ÉDITO

Bonne année

***Brigitte LECOINTRE**, présidente*

Chers amis

Chaque nouvelle année nous rappelle combien le temps passe vite... Alors que je m'apprête à mettre un terme à mon mandat après 15 ans de présidence au sein de l'Anfiide en juin 2024, c'est avec beaucoup d'émotion que je vous souhaite à chacun le meilleur, une année remplie de santé, de bonheur et de réussite.

Pour rompre les traditions je souhaiterais commencer par le temps des remerciements.

Je remercie l'ensemble des membres du Bureau et du Conseil pour leur engagement sans faille, le travail considérable qu'ils accomplissent et leur attachement à l'Anfiide.

A Brigitte Herisson va toute ma gratitude pour la gestion de la vie de l'Anfiide au quotidien et le partage des lourdes responsabilités avec tant de bienveillance.

Ma reconnaissance est grande pour Michel Mansuino en charge de la trésorerie qu'il gère avec tant de conscience face à une situation économique précaire.

Je tiens également à exprimer ma plus sincère et entière gratitude aux adhérents

→ SUITE PAGE 2

SOMMAIRE

2 **État des lieu**
Lysiane BAUSSART

5 Résau de pratique avancée en soins infirmiers (**RéPASI**)
Christophe DEBOUT

13 **La filière clinique infirmière en France**
Chantal JOUTEAU-NEVES
Évelyne MALAQUIN-PAVAN

18 L'association francophone européenne des diagnostics, interventions et résultats de soins infirmiers (**AFEDI**)
Isabelle DE GEEST

20 Des perspectives pour soutenir la **recherche en soins infirmiers** en France
Emmanuelle CARTRON

23 Comment envisager la **réforme de la profession infirmière** et avec **quelle vision en tant que chief nursing officer ?**
Brigitte FEUILLEBOIS

25 **PORTUGAL** Pour la défense des **soins infirmiers** et des infirmières - pour la **dignité des soins**
Luis Filipe BARREIRA

28 Les infirmier.ère.s formées en **sexologie**
Véronique BARANSKA

30 Lettre de candidature à un poste **au conseil d'administration**
Aurélien GOLLIOT

31 **Veille juridique et réglementaire**
Geneviève CAILLE

31 **Veille juridique N°43**
Geneviève CAILLE

et aux associations membres pour leur fidélité, à Sarah Lejoly directrice -Espace Évènementiel pour son professionnalisme et sa générosité, aux partenaires qui nous soutiennent, au Conseil international des infirmières, à Mme Feuillebois Brigitte, Chief Nursing Officer, enfin à toutes celles et ceux qui nous apportent leurs expériences et leurs expertises.

Permettez-moi pour ce dernier édito de remonter le temps…

Quand la présidence de l'ANFIIDE m'a été confiée j'ai éprouvé autant de joie et de fierté que d'appréhension et de doute, et oserais-je avouer aujourd'hui de peur. J'avais tant de choses à apprendre, à connaître, à découvrir, de nouvelles compétences à acquérir, des codes à maîtriser, la responsabilité associative enfin l'obligation morale de continuer à porter une idéologie qui a toujours eu une influence sur l'évolution de la profession depuis des décennies. Bref un nouveau job !!!! Je pouvais m'appuyer sur mes prédécesseurs dont j'avais été l'élève, et particulièrement de Christophe Debout je pouvais m'appuyer sur une équipe d'administrateurs engagés, solidaires et qui le sont toujours 15 ans plus tard, je pouvais m'appuyer sur la bienveillance et la fidélité des adhérents …

Tellement de ressources pour me guider et m'accompagner dans cet exercice de leadership. J'ai souhaité marquer ces années par l'affirmation d'une approche participative pour assurer renforcer et coordonner toutes les représentations, actions, activités professionnelles nationales et internationales de l'Anfiide. J'ai toujours été persuadée qu'être président d'une association est une fonction éphémère et qu'il n'est rien sans le soutien, la solidarité de chacun au sein du conseil et tout autant persuadée que la richesse d'une association c'est l'ensemble des membres qui participent à sa vie, à ses projets pour ne plus être une organisation mais un organisme bien vivant.

Ces années écoulées ont été infiniment riches en apprentissage, en défis de toutes natures à relever, en réalisations accomplies, en belles rencontres humaines. Je ne manquerai pas de prétention en vous disant que tout a été simple, je reprendrai ici la citation de Confucuis *« Nulle pierre ne peut être polie sans friction, nul homme ne peut parfaire son expérience sans épreuve »* je rajouterai cependant que ces années ont été uniques dans ma vie.

Chers amis l'heure n'est pas encore au bilan…Les mois à venir vont être consacrés à continuer notre participation active aux groupes de travail de la réforme du métier socle initiée le 11 et 12 mai 2023, à la réunion de la triade CII ICM OMS le 23 et le 24 mai à Genève, au Salon infirmier 2024 en tant que membre du comité scientifique, aux conseils d'administration d'autres associations et enfin ces mois vont être destinés à préparer le centenaire de l'Anfiide le 22 juin 2024 à Marseille.

***Brigitte LECOINTRE**, présidente*

ÉTAT DES LIEUX

Lysiane BAUSSART

Le 14 novembre 2024, l'ANFIIDE célèbrera son 100e anniversaire.

Les commémorations ou anniversaires sont l'occasion de faire un point sur le temps écoulé, les évènements passés. Notre association a permis depuis de longues années aux infirmières qui l'ont composé d'y trouver un lieu de rencontre professionnel, d'échanges, de réflexions, de ressourcement et un moyen d'expression.

La profession d'infirmière est une profession jeune qui date du 19ème siècle et qui a succédé aux attributs des religieuses aidant les médecins. Notre profession est donc encore en plein développement et maturation.

Dans les années 1990-2000, 2010, j'ai participé aux groupes de réflexions et de travail de l'ANFIIDE. Je fus même vice-présidente quelques temps. Je me souviens encore des sujets qui faisaient débats et pour lesquels nous passions et usions temps et énergie.

Qu'en est-il des batailles d'hier, des idées que nous défendions, des opinions que nous voulions faire connaître et reconnaitre ? L'exercice professionnel s'est-il amélioré, la formation s'est-elle approfondie, la reconnaissance professionnelle est-elle accrue ?

Quel est le chemin parcouru ? Quel est le chemin à parcourir ? Quelles sont les avancées ?

Certains projets ont abouti et nous pouvons en être fiers. En effet, dans les années 1990-2000, nous parlions déjà de pratiques avancées et essayions de convaincre les Pouvoirs Publics de l'intérêt général de les reconnaitre comme un rôle possible à assumer pour les infirmières. Nous réclamions aussi une formation plus universitaire afin de passer d'un métier à une profession, et d'accroitre la reconnaissance professionnelle. Les autres grands thèmes qui nous préoccupaient étaient aussi la possibilité de rémunération des consultations infirmières, la fidélisation des professionnelles et la durée d'exercice professionnel.

Avec ces quelques exemples, on s'aperçoit rapidement que si, bien que des problématiques ont évolué ainsi que souhaité, il reste encore énormément de sujets de préoccupations pour notre profession, ou que les avancées ont été laborieuses, et très longues.

La crise de la pandémie dernière a démontré à quel point il est important pour la population d'avoir une structure sanitaire saine, adaptable, responsable et soudée. La population infirmière représente 70% des actifs de la santé en France. Il est donc impossible d'améliorer le système de santé en faisant l'impasse sur ce groupe professionnel.

Les différentes réformes du système de santé ont alternativement promu la profession infirmière par exemple par la création du service de soins infirmiers en 1991. Elles l'ont de nouveau subordonné au pouvoir médical (création des pôles avec une nouvelle pyramide hiérarchique en 2009, priorisant le pouvoir médical au sein des pôles) tout cela dans une contrainte économique écrasante et en négligeant la prévention car la plupart des efforts économiques ont porté sur l'hospitalier. Ce contexte n'a pas favorisé une évolution sereine du corps professionnel, chaque évolution favorable assombrie par la crainte d'un retour en arrière et l'impression grandissante et fortement implantée d'être peu considéré, non écouté, méprisé même. Ce contexte n'est pas étranger aux difficultés de recrutement et/ou de fidélisation de la profession.

La France se caractérise par une structure sanitaire basée principalement sur le système hospitalier alors que les besoins ne sont pas uniquement dans ce domaine. Les dispensaires qui longtemps avaient permis une prévention de qualité, le recours aux soins de proximité et l'égalité d'accès aux soins ont été supprimés sans être remplacés par d'autres structures publiques. Actuellement, des initiatives individuelles ou des élus locaux face aux déserts médicaux recréent des structures pluri professionnelles au lieu et place de l'Etat. La pénurie médicale provoquée par un numérus clausus trop strict et le mal être général des soignants ont conduit à une offre de soins défaillante, et dévalorisante pour les professionnels qui s'épuisent.

Longtemps, on a avancé que notre profession étant essentiellement féminine, dans notre monde patriarcal, il n'était pas illogique que syndicat et association professionnelle soient peu entendus par les Pouvoirs Publics ou les autres professions de santé. Outre le fait que la profession est moins «genrée» qu'avant, l'évolution de la société, le mouvement «Me To» rend cet argument désuet. Par ailleurs, d'autres professions telles que celle des médecins s'est au contraire féminisée sans pour autant perdre son pouvoir de lobby, si ce n'est son aura auprès de la société. C'est d'ailleurs nous faire offense que de dresser ce type d'argument. Longtemps, Pouvoirs Publics et population attendaient des infirmières des qualités dites «féminines» : compassion, écoute, maternage etc. Les soins étaient essentiellement des soins de nursing : toilette, aide aux repas, aux gestes habituels de la vie etc. Les années 1970 avec les avancées de la science, l'apparition de soins techniques, l'utilisation de machines sophistiquées et la réforme hospitalière de 1971, ont fait connaître une révolution réelle de la profession, qui s'est complexifiée, avec des besoins de compétences beaucoup plus diverses.

Des divergences sont alors apparues selon les lieux ou le type d'exercice professionnels, certains avec une prédominance technique, d'autres éducationnelle ou encore concernant les actes du rôle propre.

La multiplication des lieux d'exercice (hôpitaux, cliniques, libéral, éducation nationale etc.), des spécialisations professionnelles (IADE, IBODE, puéricultrice, etc.) contribue certainement à la difficulté de constituer une force d'expression suffisamment «audible». Les intérêts et/ou problématiques sont en effet divers. Un corporatisme s'est aussi créé, scindant la profession en une myriade de sous-groupes professionnels repliés sur eux même.

A cela s'ajoute une prolifération des organismes de représentation : syndicats, associations, collectifs. Mais justement, cette multiplication ne devrait-elle pas être un atout ? les multiples formes d'exercice montrent l'importance de notre profession au sein de la structure sanitaire. Les modes d'expression sont autant d'opportunités et de forme de langage pour se faire entendre.

Certes, il existe un écart entre l'exercice des infirmières hospitalières et celui des non hospitalières (éducation nationale, libérales, militaires etc.). L'un est en grand partie technique, l'autre plus holistique. Le passage de l'un à l'autre peut être complexe pour certaines. Mais ces différences ne devraient démontrer que la richesse d'une profession et non sa faiblesse. Cette caractéristique permet aux professionnelles d'évoluer au cours de leur carrière, de rester apprenantes, de garder leur curiosité intellectuelle et d'éviter la routine. Cette particularité permet au cours d'une carrière de vivre plusieurs facettes de la même profession, de se remettre en question. Evoluer, c'est vivre, grandir, s'investir, s'ouvrir au monde.

Nous constatons par ailleurs, qu'actuellement, que sages femmes et même pharmaciens ou médecins ont eux aussi du mal à faire entendre leurs revendications, leur besoin de reconnaissance et leurs souffrances au travail. La durée de leur formation étant plus importante, ont-ils plus facilement l'écoute des instances décisionnelles et la reconnaissance de la population ? Mais à la durée de formation initiale s'ajoute l'expérience et/ou les formations complémentaires. Ces dernières ne sont pas suffisamment mises en valeur par un revenu approprié et/ou par des Unités de Valeur, alors que la France est friande de diplôme.

On constate une véritable souffrance professionnelle qui est de plus en plus flagrante dans toute notre structure sanitaire, ainsi que dans de nombreux pays. Une enquête de DREES du 11 mai 2023 indique qu'en 2021, 24% des étudiantes infirmières abandonnaient leurs études, et ceci particulièrement la 1re année où les étudiantes quittent 3 fois plus souvent leur cursus d'études qu'en 2011.

Une autre enquête de la DREES de juillet 2023 montre que près de la moitié

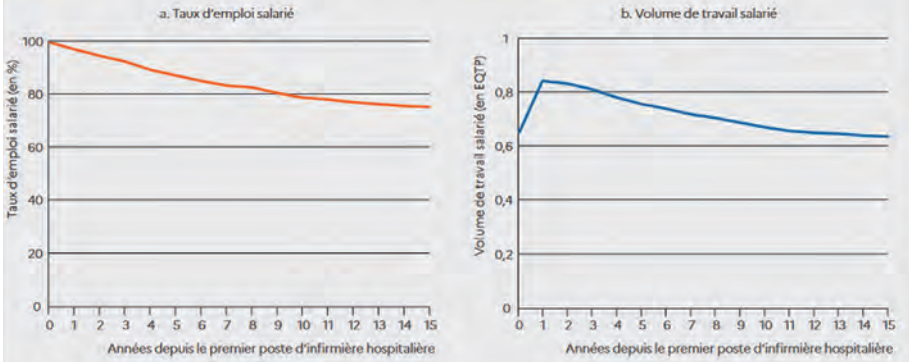
des professionnelles ont quitté leur emploi hospitalier ou changé de métier après 10 ans d'exercice. 9 % sont encore salariées mais hors de l'hôpital, 6 % ont changé de métier tout en restant dans le secteur hospitalier (exemple emploi administratif), 5 % ont changé de métier et de secteur (par exemple en devenant professeure des écoles). Si la survenue d'enfants implique souvent une baisse de la quotité de temps de travail, elle n'explique pas l'abandon de l'exercice en milieu hospitalier.

Cette situation est préoccupante car même si l'on augmente le nombre d'entrée en IFSI, si les abandons en cours de formation s'accroissent et si la durée d'exercice professionnelle reste faible, le déficit entre besoins et panel de salariées hospitalières restera problématique ce qui influe fortement sur les conditions de travail. Cette situation augmente la charge de travail des infirmières restant présentes sur le terrain et les oblige soit à prioriser les soins, soit augmenter leur rythme de travail, source d'erreurs par ailleurs. Cette charge mentale (conscience du risque d'erreur) supplémentaire s'ajoute à la fatigue inhérente à toute activité.

Cette situation, déjà connue dans les années 2000, semble s'aggraver fortement depuis la crise du Covid qui a mis en valeur la dégradation de l'ensemble de nos structures sanitaires.

D'après le SNPI CFE-CGC (Syndicat National des Infirmières), dans un article du 10 février 2019, les causes principales du mal être infirmier sont prioritairement la faible attractivité salariale, la non reconnaissance financière des contraintes professionnelles (horaires, travail de week-ends et de nuit) une charge de travail s'alourdissant par une durée de séjour de plus en plus courte, des patients plus lourds et polypathologiques et vieillissants, et une politique de remplacement défaillante.

Graphique 1 Volume de travail et taux d'emploi salarié des infirmières hospitalières au long du cycle de vie



EQTP : équivalent temps plein.
Lecture > Dix ans après leur premier poste comme infirmière hospitalière, 79 % des personnes ayant exercé cette profession occupent encore un emploi salarié. Le volume de travail salarié dix ans après un premier poste comme infirmière hospitalière est en moyenne de 0,67 EQTP, en incluant, avec un volume de travail nul, celles qui n'occupent pas d'emploi salarié.
Champ > Ensemble des personnes ayant commencé pour au moins six mois un poste salarié de professions intermédiaires de la santé et du travail social dans le secteur hospitalier public ou privé, France métropolitaine, 1989-2019.
Sources > Insee, Panel tous actifs et échantillon démographique permanent ; calculs DREES.
> Études et Résultats n° 1277 © DREES

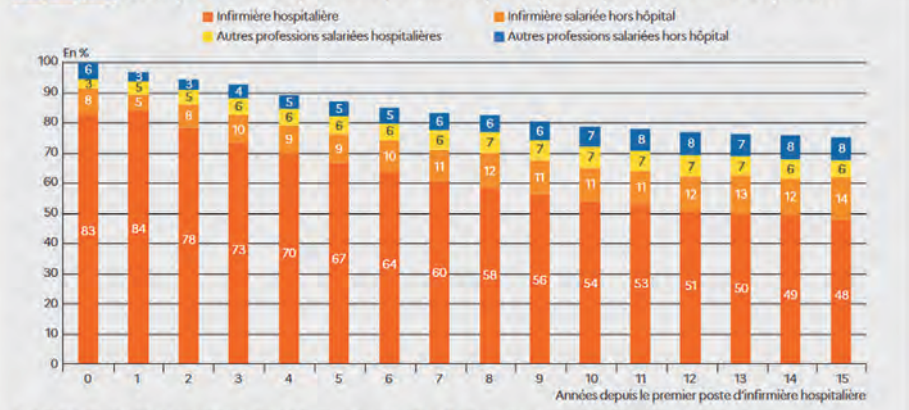
Les différentes revalorisations salariales induites par la crise du Covid, bien que certainement pas suffisamment conséquentes par rapport à l'attente des professionnelles, n'ont pas eu l'impact souhaité par les pouvoirs publics et démontrent que ces raisons, pourtant réelles et importantes, ne sont pas les seules. Comme dans les années 1990 et 2000, la dystonie entre les valeurs professionnelles enseignées et surtout celles auxquelles les soignants aspirent, et l'exercice quotidien de la profession tiraille douloureusement et devient parfois insupportable. Ce mécanisme a déjà été démontré par le travail du docteur Estryn-Béhar en 2004 (Santé, satisfaction au travail et abandon du métier de soignant de Madeleine Estryn-Béhar PRESST-NEXT). Il semble cependant s'être aggravé ces dernières années.

Cet état de faits est renforcé par l'évolution de notre société. Entre la crise pluri annuelle du Covid, les tragédies internationales avec la survenue de guerres qu'on espérait obsolètes, les bouleversements climatiques qui impactent toutes les populations et tous les niveaux socio-économiques, beaucoup de personnes aspirent à des valeurs plus individuelles qu'auparavant. Il y a repli sur soi avec l'immense incertitude du lendemain. Les soignants, de l'aide-soignante au médecin spécialiste souhaitent, et ont besoin de privilégier leur famille comme l'ensemble de la société.

La profession d'infirmière traditionnellement déconsidérée comme une « profession sous médicale », représentant 70 % du personnel soignant sur l'ensemble des structures sanitaires, enfermée dans le carcan du décret des actes infirmiers (sous prescriptions médicales, selon le rôle propre), cloisonnée par le cadre de la T2A (être efficient plutôt qu'efficace), étouffe et cherche un second souffle. Au lendemain des années de crises Covid, après avoir subi un alourdissement des charges de travail, elle est désabusée et amère.

Il est demandé de plus en plus de compétences, ce qui est normal et ce auquel nous aspirons, mais par ailleurs, le sentiment des professionnels est souvent que l'on attend d'eux qu'ils soient des acteurs … passifs. Quelles que soient l'expérience, les compétences développées au cours des années ou par la formation, ou la recherche, le périmètre

Graphique 2 Décomposition de l'emploi salarié par année depuis le premier poste d'infirmière hospitalière



Lecture > Dix ans après leur premier poste comme infirmière hospitalière, 54 % des personnes exercent encore en tant qu'infirmière hospitalière, dans le public ou le privé.
Champ > Ensemble des personnes ayant commencé pour au moins six mois un poste salarié de professions intermédiaires de la santé et du travail social dans le secteur hospitalier public ou privé, France métropolitaine, 1989-2019.
Sources > Insee, Panel tous actifs et échantillon démographique permanent ; calculs DREES.
> Études et Résultats n° 1277 © DREES

étroit des actes listés par un décret encadrant la profession entrave un exercice professionnel adaptable aux besoins de la population.

En résumé, la profession d'infirmière est relativement récente et s'est substituée au travail des religieuses. Elle se résumait surtout initialement à des actes de « maternage », puis a fortement évolué suite aux avancées scientifiques et techniques des années 1990.

Elle a connu de grandes difficultés à se faire reconnaître comme une vraie profession avec ses différents aspects : manuel, scientifique, socio-psychologique.

La dystonie entre le ressenti des infirmières dans leur vie professionnelle et le perçu commun qu'en a la population, auxquels s'ajoute des contraintes familiales, sociales et financières de plus en plus mal acceptées à notre époque impacte lourdement l'investissement professionnel à court et long terme des infirmières.

Le contexte est cependant actuellement favorable pour faire avancer nos aspirations : pénurie médicale actuelle, notre formation plus rapide que celle des médecins, le plus grand nombre de professionnelles permettent un maillage plus fin sur le territoire.

La télémédecine ne peut être une réponse valable face aux besoins des populations rurales que si elles sont complémentées par des professionnelles permettant la mise en place des traitements, leurs explications si besoin, et l'octroi d'examens complémentaires que peuvent faire des IPA (Infirmières de Pratiques Avancées).

Les besoins de santé vont aller croissants avec un vieillissement important de la population, d'où plus de poly pathologies, un rapport personnes âgées/personnes actives évoluant de façon préoccupante, certainement l'apparition de nouvelles pathologies avec le dérèglement climatique et des vagues d'immigration de plus en plus importantes. L'apport de l'Intelligence Artificielle peut pallier partiellement le manque de médecins mais certainement pas celui des infirmières, au contraire. En effet, le besoin de contact, de relation humaine va devenir de plus en plus prégnant au risque sinon de déshumanisation des soins.

Le défi est là, il reste aux professionnelles d'être force de propositions et créatives dans ces dernières.

RÉSEAU DE PRATIQUE AVANCÉE EN SOINS INFIRMIERS (RéPASI)

Retour sur l'histoire d'un groupe d'intérêt commun de l'ANFIIDE

***Christophe DEBOUT**, IADE, CSSP, PhD, Responsable de l'Ecole d'infirmiers anesthésistes diplômés d'Etat et de l'Institut de formation des ambulanciers, IFITS, Neuilly sur Marne, Chaire Santé ScPo/IDS UMR S 1145, Paris*

L'Association nationale française des infirmières et infirmiers diplômés et étudiants (ANFIIDE) a toujours occupé une place centrale dans l'histoire de la profession infirmière en France. Cette association a initié le processus de professionnalisation de l'exercice infirmier au décours de la première guerre mondiale en France sous l'impulsion de sa Présidente Léonie Chaptal[1] ; elle a ensuite contribué aux grandes étapes qui ont marqué l'évolution de ce groupe professionnel lui permettant d'acquérir toutes les caractéristiques d'une profession.

Il faut également souligner que dès sa création, l'ANFIIDE s'associe aux activités du Conseil international des infirmières (CII). Léonie Chaptal sera d'ailleurs élue présidente du CII de 1929 à 1933 et Paris accueillera le 7e congrès mondial des infirmières en 1933. Il en a résulté une porosité des travaux nationaux de l'association aux tendances internationales dans le domaine infirmier ainsi qu'aux enseignements dégagés des expériences étrangères que ce soit dans le champ de la pratique, de la formation, de la régulation de la profession, du management ou encore de la recherche.

L'ANFIIDE est une association professionnelle généraliste, son caractère inclusif lui permet de couvrir les différents champs d'activités ouverts aux infirmières et d'intégrer également les étudiants en soins infirmiers. Mais ses statuts donnent la possibilité à ses membres de créer des groupes d'intérêt commun (GIC) sur des sujets ou des aspects spécifiques de l'exercice infirmier.

Le GIC RéPASI s'est inscrit dans cette logique. L'intitulé qui a été donné à ce GIC « réseau de pratique avancée en soins infirmiers » est évocateur de l'ouverture internationale de l'association, il s'inscrit en continuité avec le réseau NP/APN du Conseil international des infirmières créé en 2000. Si, au moment de la création de ce GIC la notion de pratique avancée infirmière était très innovante en France, ce choix de cet intitulé traduit une volonté des membres de ce groupe d'acculturer les infirmières françaises à ce concept qui connaissait un grand essor international à cette période.

Alors que la pratique avancée infirmière est devenue une réalité en France, il est intéressant de poser un regard historique sur le GIC RéPASI ce qui constituera l'objectif principal de cet article. Cette analyse permettra de repérer en quoi les activités de ce groupe ont contribué à la création de nouveau métier infirmier.

GIC RéPASI ANFIIDE RÉSEAU DE LA PRATIQUE AVANCÉE EN SOINS INFIRMIERS EUROPE

Un peu de méthode

Toute étude historique[2] débute par la sélection d'une période sur laquelle portera l'analyse. Concernant le GIC RéPASI, la période retenue débute en 2002, soit quelques années avant la création de ce GIC, et s'achève par sa transformation en une association indépendante en 2019.

Au sein de cette période, quatre phases ont pu être identifiées ; un intitulé évocateur des axes de travail du GIC a été attribué à chacune des périodes :

- 2002/2005 : Créer un GIC centré sur l'expertise clinique infirmière
- 2006/2013 : Promouvoir la pratique avancée infirmière dans le contexte français
- 2014/2018 : Influer sur la rédaction des textes législatifs et réglementaires encadrant l'exercice infirmier en pratique avancée
- 2018/2019 : Se transformer pour accompagner les évolutions du système de santé et de la profession infirmière

La contextualisation constitue un autre impératif de toute analyse historique. Ainsi, chacune des quatre périodes explorées sera replacée dans le contexte du moment afin de mieux comprendre la logique des acteurs du GIC : décisions, prises de position et activités.

Concernant le GIC RéPASI, réaliser cette contextualisation impose d'adopter deux focales : internationale et nationale.

Au niveau international, cette période sera marquée par un essor international de la pratique avancée infirmière à partir d'un creuset américain. Ce phénomène a conduit à la création d'un réseau dédié au sein du CII qui va rapidement devenir un des composant les plus dynamiques de cette organisation internationale

Au niveau national, cette période s'inscrit en continuité avec les avancées majeures intervenues en France en matière de professionnalisation du groupe infirmier dans le dernier quart du XXème siècle. A ce titre, il faut notamment citer la reconnaissance d'un rôle propre à l'infirmière lors de l'actualisation de définition de l'infirmière intervenue en 1978, le premier décret d'actes publié en 1981, l'intégration de la démarche de soins et du diagnostic infirmier dans le code de santé publique en 1992 ou encore la publication des règles professionnelles l'année suivante[3]. Ces évolutions résultent de la mise en synergie d'initiatives multiples portées par les organisations professionnelles, des enseignants et des anciens élèves de l'école internationale de Lyon ou encore des infirmières positionnées au sein du ministère de la santé qui s'emploieront à structurer un service infirmier autonome au sein des établissements de santé mais aussi du domicile. Il faut également citer le projet franco-suisse de développement de l'expertise clinique infirmière porté par des infirmières visionnaires telles que Josiane Bonnet ou encore Rosette Poletti[4]. En concevant un programme de formation structuré destiné aux infirmières déjà diplômées, elles ont permis à ces professionnels de développer leur expertise clinique en utilisant notamment les connaissances en sciences infirmières issues des chercheuses et théoriciennes américaines. C'est ainsi qu'une filière certifiante en trois niveaux a pu se mettre en place en France dans les années quatre-vingt-dix : infirmière clinicienne certifiée, infirmière spécialiste clinique et infirmière consultante. Bien qu'un nombre important d'infirmières aient pu bénéficier de ces formations, qu'elles exercent en établissement de santé ou dans d'autres environnements de soins, et que la plus-value apportée par ces infirmières certifiées était le plus souvent reconnues dans leur lieu d'exercice, elles n'ont toutefois jamais pu obtenir une reconnaissance statutaire même si ce fut envisagé en 1995 dans le cadre de la réforme de la formation des cadres.

Cette période est également marquée par l'acquisition des attributs qui manquaient encore au groupe infirmier pour être qualifié de profession à part entière. Deux présidents se succèdent à la tête de l'ANFIIDE durant la période étudiée : Christophe Debout, jusqu'en 2009, puis Brigitte Lecointre. L'unité du groupe professionnel infirmier et son mode de régulation sont des sujets qui ont régulièrement alimenté les réflexions des organisations infirmières en France. Une nouvelle initiative visant à l'unification des organisations représentatives de la profession infirmière a été engagée à la fin du XXe siècle elle a pris la forme d'une association, le groupement d'intérêt professionnel en soins infirmiers (GIPSI)[5], dont la présidence sera assurée par l'ANFIIDE de 2005 à 2009.

La période étudiée est également marquée par des restructurations majeures du système de santé en lien avec l'évolution des caractéristiques démographiques et épidémiologiques de la population mais également des contraintes économiques qui vont affecter le système de santé.

Mais ces grandes lignes seront développées plus en détail en préambule de chacune des périodes abordées afin de servir de toile de fond aux activités du GIC RéPASI.

Enfin, il est nécessaire d'identifier les sources susceptibles d'informer le sujet, d'y accéder afin de pouvoir les exploiter. Concernant le GIC RéPASI, les archives de l'ANFIIDE constituent le fond qui a été exploité. Cette analyse documentaire a été complétée par une recension des publications émanant de ce groupe, tant dans les revues professionnelles que scientifiques, mais également de leurs contributions et prises de position dans les articles relayés par les sites internet infirmiers ou encore sur les réseaux sociaux.

Quatre phases

- **Créer un GIC centré sur l'expertise clinique infirmière : 2002/2005**

Le contexte de cette période est marqué au niveau international par les premières années d'existence du réseau Nurse Practitioner/Advanced Practice Nurse (NP/APN) du CII[6] créé en 2000 lors d'une réunion inaugurale organisée à San Diego en marge du congrès des infirmières praticiennes américaines. La première priorité de ce réseau consiste à rédiger dès 2002 une définition internationale de l'infirmière en pratique avancée. Cette définition sera suivie par une série de préconisations visant à harmoniser l'approche du concept de pratique avancée infirmière afin d'en faciliter la diffusion dans le monde[7]. Dans le même objectif, une conférence internationale bisannuelle est créée[8]. L'Australie accueille la deuxième conférence du réseau à Adélaïde la même année. Une troisième conférence sera organisée en Europe, à Groningen, en 2004.

Au niveau national, les évolutions importantes intervenues dans la profes-

sion infirmière durant la seconde moitié du XXe siècle sont à conforter dans un environnement marqué par une volonté de maîtrise des dépenses de santé. Les ordonnances, publiées en 1996[9], fixent les orientations. Elles instaurent notamment la certification des établissements de santé dont la mise en œuvre nécessitera une implication forte des équipes infirmières et de leur encadrement. Cette période est également marquée par une réflexion relative à la démographie des professions de santé. Les instituts de formation en soins infirmiers reçoivent l'injonction d'augmenter les quotas d'admission en formation infirmière[10]. Les résultats des études prospectives relatives à la démographie médicale sont publiés en 2003 par le Doyen Berland[11]. Ces données et les préconisations formulées dans ce rapport enjoignent les décideurs politiques à prendre des mesures rapides dans le but d'enrayer ce processus. Le concept de pratique avancée y est cité comme une stratégie visant à remédier à cette tension des effectifs médicaux. Des expérimentations de transfert d'activités entre professionnels de santé sont engagées afin d'en tester la faisabilité et l'acceptabilité au niveau national.

Au sein de la profession infirmière, le groupement d'intérêt professionnel en soins infirmiers (GIPSI) poursuit ses activités dans le but de promouvoir une dynamique unitaire. Cette période est également marquée par deux initiatives visant à modifier la régulation de la profession infirmière et de la doter d'un ordre, la première émane d'un collectif d'associations et de syndicats professionnels qui prend le nom de « groupe sainte Anne » en référence au lieu où les réunions étaient organisées la seconde est portée par l'Association pour un ordre des infirmières et des infirmiers de France (APOIIF)[12]. Suite à l'organisation d'états généraux infirmiers et à des activités de lobbying auprès des parlementaires, un texte de loi est voté le 16 décembre 2006 instaurant l'autorégulation de la profession infirmière par l'ordre national des infirmiers (ONI)[13]

Le GIC RéPASI durant cette période

C'est dans ce contexte qu'en 2002, des infirmières cliniciennes certifiées et des infirmières spécialistes cliniques créent un GIC au sein de l'ANFIIDE dans le but de promouvoir le développement de l'expertise clinique infirmière ; il prend l'appellation de « GIC clinique ».

Les activités de ce GIC sont guidées par deux axes prioritaires et complémentaires. Il s'agit tout d'abord de conforter les acquis législatifs et réglementaires relatifs à l'autonomie clinique de l'infirmière et de promouvoir la mise en œuvre de la démarche clinique infirmière, l'utilisation du diagnostic infirmier pour formuler les jugements cliniques mais aussi la communication thérapeutique dans la pratique infirmière quotidienne. Les travaux de ce GIC sont informés par les concepts et les théories issues des sciences infirmières.

La reconnaissance statutaire de l'expertise infirmière constitue le deuxième axe de travail de ce groupe. Lors de la réforme de la formation des cadres intervenue en 1995[14], il avait été envisagé de donner une reconnaissance statutaire aux infirmières expertes cliniques. Les dissensions internes au groupe professionnel infirmier en matière de formation à la clinique infirmière avaient conduit le ministère de la santé à ne pas accorder cette reconnaissance. Les membres du GIC ne se satisfont pas de ce statuquo et décident d'œuvrer dans le but d'amener les décideurs à reconsidérer cette position eu égard à la plus-value dégagée par les infirmières cliniciennes et infirmières spécialistes cliniques.

Suite à la publication du rapport du doyen Berland, ce groupe va également manifester le souhait de contribuer aux réflexions relatives au maintien de l'accès aux soins dans un contexte marqué par les tensions de la démographie médicale.

GIC PRATIQUE CLINIQUE ANFIIDE

Cette volonté va conduire l'ANFIIDE à créer en 2005 un GIC dédié qui prend l'appellation de « réseau de pratique avancée en soins infirmiers » (RéPASI). Ce GIC s'inscrit en continuité du GIC clinique, il donne plus visibilité au concept de pratique avancée infirmière et ambitionne de favoriser la transposition nationale des normes issues du réseau du Conseil international des infirmières dans les travaux engagés à la suite de la publication du rapport du doyen Berland.

● Promouvoir la pratique avancée infirmière dans le contexte français : 2006/2013

Le contexte international de cette période est marqué par la poursuite de la croissance du réseau NP/APN du CII. Les publications qui émanent de ce réseau se multiplient et les conférences bisannuelles qu'il organise constituent un lieu d'échanges et de réseautage très actif au sein de la communauté des infirmières en pratique avancée. L'Afrique du Sud accueille la conférence de 2006, Toronto celle de 2008. Cette conférence du réseau NP/APN est la première à laquelle l'ANFIIDE participe, la représentation française dans ces conférences et plus largement dans les travaux de ce réseau sont constants depuis cette date.

En 2010, la conférence de Brisbane donne l'opportunité à la France de présenter pour la première fois la situation nationale dans ce domaine. Il en sera de même lors de la conférence organisée à Londres en 2012.

Cette période est également marquée par la publication d'études ayant pour but de dresser un état des lieux international du déploiement de la pratique avancée dans les systèmes de santé.

Ainsi, Sheer et Wong[15] publient en 2008 les résultats d'une étude descriptive internationale visant à évaluer la dissémination du concept de pratique avancée infirmière dans le monde.

En 2010, un rapport commandité par l'OCDE[16] explore le développement de l'exercice en pratique avancée dans douze pays membres de cette organisation. La même année, Pulcini[17] publie les résultats d'une étude internationale explorant les différents aspects en lien avec l'exercice en pratique avancée dans 32 pays : pratique clinique, formation et régulation.

Au niveau national, cette période est marquée par une reconfiguration du système de santé qualifiée de « virage ambulatoire ». Cette réforme est une réponse à l'évolution des caractéristiques démographiques et épidémiologiques de la population française et vise également à préserver la couverture sanitaire universelle. Le plan Hôpital 2007[18] et la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST) votée en 2009[19] fourniront un cadre à cette restructuration. L'actualité infirmière est dense durant cette période tant au niveau de la pra-

tique que de la formation ou encore de la régulation. Dans le champ de la pratique, les infirmières sont habilitées à prescrire des dispositifs médicaux en 2007[20]. La même année, la Haute autorité de santé (HAS) publie trois rapports sur la pratique avancée ainsi que les résultats d'une consultation publique visant à identifier l'ampleur des dépassements de fonction dans les pratiques quotidiennes[21].

L'article 51 de la loi HPST votée en 2009 introduit le concept de coopération entre professionnels de santé. Si ce dispositif vise à encadrer les dépassements de fonctions, la méthodologie d'élaboration et de validation d'un protocole est très complexe ce qui décourage nombres d'équipes comme le soulignera l'évaluation du dispositif réalisée en 2014 par la HAS[22]. De même, l'introduction de ce dispositif crée une confusion entre la notion de protocole de coopération et celle de pratique avancée pourtant bien différente.

La réflexion nationale sur l'intérêt d'introduire la pratique avancée est poursuivie. Dans les années 2010, le ministère de la santé incite les trois spécialités infirmières à engager une réflexion sur le concept de pratique avancée dans leurs champs d'activité respectifs. Il changera sa position secondairement en refusant d'associer les concepts de spécialité et de pratique avancée infirmière.

En février 2010, la présidente du CII Rosemary Bryant effectue une visite en France pour soutenir le projet de pratique avancée. En outre, un rapport est publié en 2011 soulignant l'urgence d'introduire la pratique avancée[23] en France.

Dans le domaine de la formation infirmière, une réingénierie du diplôme d'État d'infirmière est engagée par le ministère de la santé, il s'inscrit dans une volonté d'universitarisation du programme. Un collectif d'associations et de syndicats professionnels infirmiers intitulé « unité pour le LMD »[24] est créé afin de demander la mise en place d'une filière de formation universitaire en sciences infirmières allant de la licence au doctorat dans le cadre de cette réforme.

Les référentiels d'activités, de compétences et de formation infirmier sont publiés en 2009. Outre le diplôme d'état, les infirmières nouvellement diplômées

> L'École nationale de santé publique (ENSP) se transforme en grand établissement universitaire et prend l'appellation d'école des hautes études en santé publique (EHESP).

se voient octroyer le grade licence[25]. Il est à noter que dans ce référentiel de formation, les unités d'enseignement considérées comme constitutives de l'activité infirmière sont identifiées sous l'intitulé « sciences et techniques infirmières ».

En 2012, la réingénierie du diplôme d'état d'infirmier anesthésiste est achevée dans une logique d'universitarisation, le niveau académique de ce programme de formation permet l'attribution du grade master aux IADE diplômés à partir de 2014[26].

A cette même période, l'École nationale de santé publique (ENSP) se transforme en grand établissement universitaire et prend l'appellation d'école des hautes études en santé publique (EHESP)[27]. Dans le cadre de cette restructuration, un département des sciences infirmières et paramédicales (DSIP) est créé en 2009[28] assurant des missions d'enseignement, de recherche et de services. L'une des premières réalisations de ce département dans le domaine de l'enseignement consistera au lancement du premier master en sciences cliniques infirmières conjointement avec l'université d'Aix Marseille[29]. Ce programme vise à jeter les bases d'une formation à la pratique avancée infirmière en prenant pour cadre de référence le profil d'infirmière clinicienne spécialisée tel qu'il est défini par le réseau NP/APN du CII. Les premiers diplômés sortent dès 2011. Un second programme de cette nature sera proposé par l'université de Versailles Saint Quentin en Yvelines en collaboration avec le département de formation de l'hôpital Sainte Anne à Paris[30].

Par ailleurs, en 2010, le ministère de la santé décide de soutenir le développement de la capacité de recherche infirmière en créant le programme hospitalier de recherche infirmière (PHRI) qui deviendra l'année suivante le programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP). Ce programme propose des financements à l'ensemble des professions qualifiées de « paramédicales » dans le but de conduire des travaux de recherche[31].

Dans le domaine de la régulation de la profession, l'ONI connaît des débuts difficiles. L'équilibre financier est d'autant plus difficile à atteindre qu'une résistance importante est observable chez une partie des infirmières à se conformer à l'obligation d'inscription. Son existence sera même remise en question fin 2013 eu égard au déficit financier que ses dirigeants doivent résorber[32].

Suite à la création de l'ordre national des infirmiers, les membres du GIPSI décident de transformer cette organisation en académie des sciences infirmières dans le but notamment de promouvoir la production et l'utilisation de connaissances scientifiques indispensables à la qualité et à la sécurité des soins[33]. Cette transformation incite à la création de sociétés savantes dans les différents domaines cliniques infirmiers.

Le GIC RéPASI durant cette période

Durant cette période, si les membres du RéPASI poursuivent leurs activités de promotion de la clinique infirmière, ils diffusent également les préconisations du réseau NP/APN. Ils relaient également en France les données probantes faisant état de l'impact positif de cette forme d'exercice infirmier dans les environnements nationaux dans lesquels elle a été implantée. Il s'agit d'informer et de démystifier la pratique avancée afin de mettre en avant le levier que cette forme d'exercice peut jouer dans les stratégies visant à maintenir l'accès à des soins de qualité en France dans un contexte d'accroissement des besoins de la population et de tensions démographiques médicales.

Les membres du GIC multiplient les interventions sur le thème de la pratique avancée dans les conférences organisées par les organisations professionnelles infirmières, notamment les structures membres du GIPSI puis de l'ASI.

Des réflexions communes sont engagées sur le sujet avec les organisations représentatives des spécialités infirmières qui, dans un premier temps, avaient été invitées par le ministère de la Santé à examiner l'intérêt d'une pratique avancée infirmière dans leurs

champs d'activités respectifs. Ainsi, le Président du CEEPAME participe en 2010 à la conférence du réseau NP/APN de Toronto et la Présidente de l'UNAIBODE à celle de Londres en 2012.

Le RéPASI s'associe également aux initiatives européennes francophones en matière de développement de l'expertise clinique infirmière et de la pratique avancée infirmière. Ses membres contribuent à l'organisation des conférences européennes francophones dédiées à la clinique infirmière. Le programme de ces conférences accorde une place croissante au thème de la pratique avancée comme ce fut le cas lors le congrès de Lausanne organisé en 2007.

Il est également à noter qu'en 2009, l'ANFIIDE crée un nouveau GIC en son sein dédié à la consultation infirmière. Il réunit les infirmières formées à la consultation dans le but de faire reconnaître cette modalité d'intervention. GIC Consultation et GIC RéPASI auront, pendant ces années, des sujets de réflexion communs que leur appartenance à l'ANFIIDE permettra de partager.

- **Influer sur la rédaction des textes législatifs et réglementaires encadrant l'exercice infirmier en pratique avancée 2014-2018**

Le contexte international de cette période reste ponctué par les rencontres régulières des membres du réseau de pratique avancée du CII lors des conférences d'Helsinki (2014) et de Hong Kong (2016) Chacune de ces conférences permettent aux délégués français de repérer les ressources potentiellement transposables en France et au réseau de rester informé des développements intervenus en France.

En 2015, Springer, sous les auspices du CII, lance la collection *advanced practice nursing* afin de diffuser les travaux des experts sur l'ensemble des sujets connexes à l'exercice en pratique avancée[34].

Au niveau national, un projet de loi visant à moderniser le système de santé est en préparation. Il prévoit d'intégrer des articles destinés à introduire l'exercice en pratique avancée en France.

L'ONI organise un colloque au Sénat en juin 2015 dans le but d'informer les parlementaires qui examineront le projet de loi.[35]

La loi de modernisation du système de santé est votée en janvier 2016[36]. Son article 119 modifie de code de santé publique en créant un titre préliminaire au livre III instaurant l'exercice en pratique avancée des auxiliaires médicaux. Toutefois, un texte de loi de cette nature reste sans effets s'il n'est assorti de textes d'application. La profession infirmière est choisie comme projet pilote d'implantation de l'exercice en pratique avancée.

Durant la même période, un projet de préfiguration de l'infirmière clinicienne spécialisée (Prefics) est lancé par l'agence régionale d'île-de-France[37] afin de mettre en évidence la nécessité et la faisabilité de l'exercice en pratique avancée en France.

La préparation des textes d'application de l'article 119 de la loi de 2016 prendra beaucoup de temps d'une part du fait de la difficulté à trouver un consensus avec les parties prenantes médicales mais également du fait des changements politiques intervenus en 2017.

La méthodologie retenue initialement repose sur un groupe de travail très élargi mais peu d'avancées sont toutefois observables en matière de rédaction des textes d'application.

Le changement de ministre de la santé, intervenu en mai 2017, a pour effet de laisser le dossier en sommeil pendant quelques mois. Le sujet est remis en avant lors de la publication du plan renforcer l'accès territorial aux soins en octobre 2017[38], la priorité 1 prévoit de *« Déployer des pratiques avancées à partir de 2018 »* tout en réaffirmant la volonté de *« Diffuser de nouveaux protocoles de coopération simplifiés entre les professionnels de santé »*. Une nouvelle Stratégie nationale de santé est définie en 2018[39].

> un projet de préfiguration de l'infirmière clinicienne spécialisée (Prefics) est lancé par l'agence régionale d'île-de-France afin de mettre en évidence la nécessité et la faisabilité de l'exercice en pratique avancée en France.

Une nouvelle méthodologie de rédaction des textes dapplication de l'article 119 de la loi de modernisation du système de santé est adoptée reposant sur un groupe de travail beaucoup plus resserré. Le groupe est limité aux représentants des deux ordres professionnels concernés, à la HAS et aux représentants du Collège infirmier français nouvellement constitué.

Ce second groupe de travail va permettre d'aboutir à la publication des premiers textes d'application en juillet 2018[40]. Trois domaines d'intervention figurent dans le décret sur les quatre initialement prévus. Les parties prenantes médicales n'ayant pu se résoudre à accepter la création du domaine d'intervention psychiatrie santé mentale en dépit de la situation déplorable de l'offre de soins dans ce domaine. Il faudra une année supplémentaire de concertations pour que de nouveaux textes d'application soient publiés en août 2019 introduisant ce quatrième domaine d'intervention[41].

Ces textes d'application reçoivent un accueil mitigé tant par les organisations professionnelles médicales qu'infirmières. Ces dernières jugent l'autonomie clinique octroyée aux infirmières en pratique avancée insuffisante, elles déplorent l'absence d'adéquation du dispositif avec les besoins actuels et futurs de la population mais également avec les insuffisances de l'offre de soins.

Le GIC RéPASI durant cette période

Dès 2014, la composition du GIC RéPASI se modifie. Il intègre un nombre croissant d'infirmières issues des masters en sciences cliniques infirmières. Leur objectif principal consiste à pousser les décideurs politiques à sortir de leur position attentiste et à introduire l'exercice en pratique avancée pour les infirmières dans la législation et la réglementation française.

Au niveau national, les membres du RéPASI œuvrent afin d'influencer la rédaction des articles relatifs à l'exercice en pratique avancée figurant dans la loi de santé publique alors en préparation.

Les membres du RéPASI font appel à des soutiens extérieurs afin de conforter leurs positions en matière de pratique avancée. En janvier 2014, Judith Shamian, alors présidente du CII, effectue une visite en France afin de renfor-

cer les activités de lobbying menées auprès des décideurs politiques. Les membres du RéPASI répondent présents aux invitations des organisations infirmières souhaitant intégrer le thème de la pratique avancée dans le programme des conférences qu'ils organisent.

Le RéPASI est également impliqué activement dans l'organisation du colloque organisé par l'ONI au Sénat en juin 2015.

En 2015, le congrès européen francophone est organisé par l'ANFIIDE en Avignon[42] avec la participation de la présidente du CII Judith Shamian.

Pendant cette période, le RéPASI conduit des travaux afin d'étayer ses prises de position.

En 2014, une étude descriptive est menée afin de dénombrer les infirmières titulaires d'un master clinique infirmier et d'identifier les caractéristiques des fonctions qu'elles occupent[43].

Après le vote de la loi de modernisation du système de santé en janvier 2016, les membres du RéPASI vont œuvrer dans le but d'obtenir la rédaction et la publication rapide des textes d'application mais également d'influer sur leurs contenus. Il s'agit avant tout d'inscrire le modèle français d'exercice en pratique avancée en cohérence avec les normes internationales dans ce domaine et de sortir d'une logique de substitution qui place le transfert de tâches au premier plan.

Les représentants du RéPASI parviennent à intégrer les groupes de travail dédiés pilotés par le ministère de la santé.

jnipa
journée nationale de l'infirmière en pratique avancée

En 2017, le RéPASI organise la première journée nationale des infirmières en pratique avancée (Jnipa)[44] afin de donner une visibilité à ce concept, de faire état de l'avancée des travaux de rédaction des textes d'application et plus largement de mettre en lien les infirmières et infirmiers intéressés par cette thématique. Cette démarche est aussi entreprise au niveau des pays de l'espace francophone donnant lieux à des interventions au sein des séminaires européens du SIDIIEF en 2017[45] ainsi qu'au 14e congrès des infirmières cliniciennes, spécialistes cliniques et de pratique avancée organisée à Mons la même année[46].

> Durant cette période, un nombre sans cesse croissant d'universités françaises souhaitent être accréditées afin de pouvoir mettre en œuvre le programme de formation des IPA.

À la même période, le RéPASI s'associe à une initiative visant à identifier les compétences attendues des IPA dans le système français en utilisant une méthode Delphi ; les résultats de cette étude sont publiés en février 2018[47].

Si des éléments caractéristiques relatifs à la pratique avancée sont intégrés dans les textes d'application publiés en 2018 grâce à l'intervention des représentants infirmiers, le poids du conservatisme médical écarte le premier recours, le primo diagnostic et la primo prescription du champ de compétences des infirmières en pratique avancée. Le RéPASI souligne toutefois le caractère historique de cette évolution pour la profession infirmière en France.

- **Se transformer pour accompagner les évolutions du système de santé et de la profession infirmière 2018-2019**

Le contexte international de cette période est marqué par les travaux préparatoires à l'année internationale des infirmières programmée par l'organisation mondiale de la santé en 2020. Un recueil de données international est effectué dans le but d'établir un état des lieux des soins infirmiers dans le monde qui sera publiée durant l'année 2020. En outre, la campagne Nursing Now[48] est lancée afin de conforter la place des professionnels infirmiers dans les systèmes de santé et de promouvoir l'exercice du leadership infirmier. Un groupe Nursing Now est créé en France afin de relayer cette campagne au niveau national.

Nursing now

Le réseau NP/APN organise sa conférence bisannuelle à Rotterdam en 2018. Cette rencontre permet d'engager l'actualisation des normes du CII pour la pratique avancée infirmière. Deux monographies exposant ces normes sont développées, l'une dédiée aux infirmières praticiennes et aux infirmières cliniciennes spécialisées[49] la seconde, rédigée en collaboration avec la Fédération internationale des infirmières anesthésistes (IFNA), est exclusivement centrée sur les infirmiers anesthésistes[50].

Au niveau national

Durant cette période, un nombre sans cesse croissant d'universités françaises souhaitent être accréditées afin de pouvoir mettre en œuvre le programme de formation des IPA. Bien que le modèle économique relatif à l'exercice en pratique avancée ne soit pas dévoilé, un nombre important d'infirmières s'inscrivent à ce programme de formation. Les aides financières octroyées par certaines agences régionales de santé incitent les infirmières à se former et les établissements de santé à encourager le départ en formation des professionnels intéressés.

En 2019, les premières IPA sont diplômées, il s'agit d'infirmières titulaires d'un master clinique infirmier ayant pu bénéficier d'un parcours de validation d'acquis.

Ce nouveau métier infirmier s'organise et se dote d'organisations professionnelles dédiées. Un syndicat professionnel est créé en 2019 : l'Union nationale des infirmières en pratique avancée (UNIPA)[51].

Le ministère de la santé incite les IPA à créer un Conseil national professionnel (CNP) selon le cadrage national prévu par le texte de janvier 2019[52].

En novembre 2019, l'ONI publie son livre blanc sur la profession infirmière[53].

Au printemps 2019, une crise majeure touche le secteur des urgences[54]. Dans le cadre de la stratégie de sortie de

crise, la Ministre de la santé Agnès Buzyn annonce à l'automne 2019 la création d'un 5e domaine d'intervention pour les IPA centré sur les urgences[55].

Le GIC RéPASI durant cette période

Le GIC RéPASI accompagne l'introduction du modèle d'IPA français en diffusant notamment des stratégies de déploiement et en tentant d'influer sur les réflexions préparatoires du modèle économique qui sera proposé aux IPA. Le déploiement des IPA est d'ailleurs le thème retenu pour la 2e JNIPA organisée en décembre 2018[56]. Cette conférence est désormais devenue pérenne.

L'ouverture des concertations en vue de créer le domaine d'intervention urgences donne l'opportunité au RéPASI d'intégrer ces réflexions.

Cette période marque la fin du GIC RéPASI qui se transforme en une association indépendante dédiée à la pratique avancée infirmière : l'ANFIPA[57]. Ce processus repose sur un accord mutuel entre les instances de l'ANFIIDE et les membres du RéPASI qui deviendront les fondateurs de l'ANFIPA[58].

L'ANFIPA sera une des structures fondatrices du CNP-IPA[59].

Quelle contribution a apporté le GIC RéPASI durant ses quatorze années d'existence ?

Au terme de ce retour sur l'histoire du RéPASI, quelques constats peuvent être dégagés quant à la contribution apportée par les membres de ce GIC durant ses quatorze années d'existence.

Indéniablement, les activités du RéPASI ont permis d'accroître la litéracie des parties prenantes du domaine de la santé en matière de clinique infirmière, d'expertise infirmière et pratique avancée.

En outre, le RéPASI s'est toujours positionné en interface entre l'environnement national et international. La réalisation d'une veille documentaire internationale, la diffusion des normes et travaux jugés pertinents et la stimulation de la réflexion en vue d'une transposition nationale ont indéniablement influé sur le développement du modèle français d'exercice en pratique avancée.

Les représentants du RéPASI n'ont eu de cesse de proposer ces références internationales au sein des différents groupes de travail organisés dans le cadre des concertations pilotées par le ministère de la santé. Certaines ont été retenues, d'autres pas comme c'est souvent le cas dans une logique de négociation.

Le contenu des textes qui encadrent l'exercice infirmier en pratique avancée publiés en 2018 montre une influence des préconisations internationales même si certains axes de progrès de notre offre de soins ont été ignorés dans la mesure où les décideurs n'ont pas souhaiter utiliser le modèle PEPPA[60] préconisé.

Cette dynamique proactive nationale a également été portée au sein de l'espace européen francophone contribuant à la diffusion du concept de pratique avancée.

Mais le RéPASI a également contribué à informer les collègues étrangers sur la situation française en matière d'offre de soins et de contribution des infirmières notamment grâce à une présence française ininterrompue au sein des activités du réseau NP/APN du CII.

Conclusion

Cette analyse historique a mis en évidence les évolutions intervenues dans les objectifs du GIC RéPASI ainsi que dans le profil de ses membres en réponse aux changements du contexte de la santé et de l'offre de soins en France.

Les infirmières cliniciennes certifiées et les infirmières spécialistes cliniques ayant contribué à la création du RéPASI n'ont malheureusement pas eu de deuxième chance après l'échec des négociations de 1995 et n'ont jamais pu voir leurs compétences reconnues par l'attribution d'un statut.

> Le RéPASI a constitué le creuset de la pratique avancée infirmière en France

En revanche, le RéPASI a constitué le creuset de la pratique avancée infirmière en France grâce à l'engagement des infirmières titulaires d'un master en sciences cliniques infirmières dont certaines étaient des infirmières cliniciennes certifiées ou des infirmières ayant développé des compétences dans le domaine de la consultation infirmière avant de débuter ce cursus masterisant. Ces infirmières avaient développé, durant leur cursus, des compétences en matière de leadership et avaient également acquis des compétences en matière de recherche leur permettant de produire des données factuelles destinées à alimenter leurs argumentaires. Le réinvestissement de ces acquis a été essentiel à l'atteinte des résultats du RéPASI avec le soutien constant de l'ANFIIDE. L'obtention de ces résultats est également dû à une maîtrise des nouveaux vecteurs de communication, notamment les réseaux sociaux, donnant une visibilité accrue aux activités du réseau, permettant le repérage des tendances mais également l'évolution des représentations.

Quelle que soit la période et les caractéristiques des membres du RéPASI, un ensemble de principes a constitué le dénominateur commun de ce GIC : l'ancrage infirmier, la mise en exergue de l'expertise infirmière, la recherche de la juste utilisation de cette expertise au service de la population et du système de santé et la reconnaissance de la plus-value générée. La pugnacité des membres du RéPASI et leur refus du statuquo sont également à souligner ; ces caractéristiques ont fait de ce GIC de l'ANFIIDE un acteur incontournable dans le domaine de l'exercice en pratique avancée.

Cette analyse met également en évidence le rapport singulier que la société française entretient avec la notion d'expertise clinique infirmière. On peut s'interroger sur les facteurs qui expliquent la visibilité de l'exercice infirmier en pratique avancée en France : est-ce l'habilitation supervisée à prescrire ou la spécificité de l'approche infirmière proposée aux patients permettant l'obtention de

résultats cliniques positifs ? On peut aussi s'étonner de la difficulté à faire reconnaître l'expertise infirmière dans le contexte contemporain en dehors de l'exercice en pratique avancée. Le GIC RéPASI a constitué le creuset d'une organisation professionnelle désormais indépendante et totalement dédiée à l'exercice infirmier en pratique avancée. Il appartiendra aux membres de l'ANFIPA d'écrire l'histoire de cette organisation.

Remerciements : je tiens à remercier Brigitte Hérisson, secrétaire générale de l'ANFIIDE, qui a mis à ma disposition les archives de l'ANFIIDE relatives à la période étudiée et aux activités du GIC RéPASI.

1. Debout, C., & Magnon, R. (2014). *Léonie Chaptal, un leader visionnaire.* Sève, (3), 73-83.
2. Lewenson, S. B., & Herrmann, E. K. (Eds.). (2007). *Capturing nursing history: A guide to historical methods in research*. Springer Publishing Company.
3. Perrin, G., & Fresney, C. D. (2017). *Le métier d'infirmière en France.* QUE SAIS-JE.
4. Debout, C. (2014). *La filière clinique en soins infirmiers, éléments de clarification dans le contexte français.*
5. http://s516305429.onlinehome.fr/GIPSI/co/siteWeb.html accédé en décembre 2023
6. https://icnnpapnnetwork.wildapricot.org/ accédé en décembre 2023
7. https://www.icn.ch/news/icn-launches-new-history-organisation-1899-present-day accédé en décembre 2023
8. https://icnnpapnnetwork.wildapricot.org/page-1075375 accédé en décembre 2023
9. https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000742206 accédé en décembre 2023
10. https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2000/00-23/a0231594.htm accédé en décembre 2023
11. https://medias.vie-publique.fr/data_storage_s3/rapport/pdf/034000619.pdf accédé en décembre 2023
12. Delmas, P. (2007). *Ordre infirmier français, enjeux et perspectives.* Wolters Kluwer France.
13. https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000790702/ accédé en décembre 2023
14. https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000738028 accédé en décembre 2023
15. Sheer, B., & Wong, F. K. Y. (2008). *The development of advanced nursing practice globally. Journal of nursing scholarship*, 40(3), 204-211.
16. Delamaire, M. L., & Lafortune, G. (2010). *Nurses in advanced roles: A description and evaluation of experiences in 12 developed countries.*
17. Pulcini, J., Jelic, M., Gul, R., & Loke, A. Y. (2010). *An international survey on advanced practice nursing education, practice, and regulation. Journal of nursing scholarship*, 42(1), 31-39.
18. https://medias.vie-publique.fr/data_storage_s3/rapport/pdf/034000153.pdf accédé en décembre 2023
19. https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020879475 accédé en décembre 2023
20. https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000021786720 accédé en décembre 2023
21. https://www.has-sante.fr/jcms/c_497724/fr/delegation-transfert-nouveaux-metiers-comment-favoriser-les-formes-nouvelles-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante accédé en décembre 2023
22. https://www.cnks.org/wp-content/uploads/2021/05/rapport_d-activite_article_51_2014_post-college_vf.pdf accédé en décembre 2023
23. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_relatif_aux_metiers_en_sante_de_niveau_intermediaire_-_Professionnels_d_aujourd_hui_et_nouveaux_metiers_-_des_pistes_pour_avancer.pdf accédé en décembre 2023
24. https://www.infirmiers.com/profession-ide/etudiants-et-professionnels-infirmiers-lunite-pour-le-lmd accédé en décembre 2023
25. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009.pdf accédé en décembre 2023
26. https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000026230199/ accédé en décembre 2023
27. https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000820024 accédé en décembre 2023
28. https://static3.infirmiers.com/profession-ide/faire-avancer-la-recherche-infirmiere-et-paramedicale-en-france accédé en décembre 2023
29. https://www.cadredesante.com/spip/profession/breve/ehesp-master-sciences-cliniques accédé en décembre 2023
30. https://www.infirmiers.com/profession-ide/reconnaitre-les-infirmieres-de-pratiques-avancees accédé en décembre 2023
31. Stuwe, L., Parent, M. & Louvet, O. (2015). *Bilan de 5 ans du Programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP) : quels enjeux, quels défis ?.* Recherche en soins infirmiers, 121, 64-71. https://doi.org/10.3917/rsi.121.0064
32. https://www.actusoins.com/267951/rejet-de-lamendement-visant-a-supprimer-lordre-infirmier.html accédé en décembre 2023
33. https://www.academie-sciences-infirmieres.fr/index.php/presentation accédé en décembre 2023
34. https://www.springer.com/series/13871 accédé en décembre 2023
35. https://www.actusoins.com/264358/infirmiere-en-pratique-avancee-quel-metier-quelle-formation.html accédé en décembre 2023
36. https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000029589477/ accédé en décembre 2023
37. De Rosis, C., Teixeira, M. & Jovic, L. (2021). *Préfigurer l'exercice de la pratique infirmière avancée : une coconstruction à l'œuvre en milieu de soins*. Santé Publique, 33, 89-100. https://doi.org/10.3917/spub.211.0089
38. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/acces_aux_soins_dp_vdef_131017.pdf accédé en décembre 2023
39. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf accédé en décembre 2023
40. https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037218115 accédé en décembre 2023
41. https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000038914192 accédé en décembre 2023
42. https://anfiide.fr/espace-archives/congres-avignon-2015 accédé en décembre 2023
43. https://www.fhf.fr/sites/default/files/documents/Pr%C3%A9sentation%20REPASI.pdf accédé en décembre 2023
44. http://www.espace-evenementiel.com/docs/jnipa2017(std).pdf accédé en décembre 2023
45. https://sidiief.org/wp-content/uploads/2019/10/Rapport-annuel-2017.pdf accédée en décembre 2023
46. https://fnib.be/event/congres-mons-2017/ accédé en décembre 2023
47. Ambrosino, F., Barrière, C., Danan, J. L., Lecointre, B., Hue, G., Meury, P., & Debout, C. (2018). *Compétences attendues de l'infirmière de pratique avancée en France: recommandations d'experts à partir d'une étude Delphi modifiée*. Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière, 4(1), 5-19.
48. https://anfiide.fr/accueil/linternational/nursing-now-2020 accédé en décembre 2023
49. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_APN%20Report_FR_WEB.pdf accédé en décembre 2023
50. https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-06/ICN_Nurse-Anaesthetist-Report_FR_web.pdf accédé en décembre 2023
51. https://unipa.fr/qui-sommes-nous/ accédé en décembre 2023
52. https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037972054 accédé en décembre 2023
53. https://www.ordre-infirmiers.fr/le-livre-blanc-de-la-profession-infirmiere accédé en décembre 2023
54. Pateron, D. (2023). *La crise des urgences*. Les Tribunes de la santé, 76, 67-75. https://doi.org/10.3917/seve1.076.0067 accédé en décembre 2013
55. https://www.actusoins.com/316555/agnes-buzyn-un-plan-de-754-millions-pour-les-urgences.html accédé en décembre 2023
56. http://www.espace-evenementiel.com/docs/jnipa2018%28std%29.pdf accédé en décembre 2023
57. https://anfipa.fr/ accédé en décembre 2023
58. https://www.actusoins.com/323518/conseil-national-professionnel-des-infirmiers-en-pratique-avancee-des-debuts-difficiles.html accédé en décembre 2023
59. https://twitter.com/CnpIpa accédée en décembre 2023
60. Bryant Lukosius, D., & DiCenso, A. (2004). *A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles*. Journal of advanced nursing, 48(5), 530-540.

LA FILIÈRE **CLINIQUE INFIRMIÈRE** EN FRANCE : HIER, AUJOURD'HUI ET DEMAIN

Témoignages

Chantal JOUTEAU-NEVES – ***Evelyne MALAQUIN-PAVAN***, *Infirmières cliniciennes certifiées[1], infirmières spécialistes cliniques certifiées[2], Groupe d'intérêt commun GIC Expertise clinique ANFIIDE.*

Depuis Florence Nightingale , les infirmières n'ont cessé d'affirmer la spécificité des soins infirmiers, maillon essentiel dans les systèmes de santé en complémentarité des mandats des autres professionnels de santé. La création de filières en sciences infirmières et la reconnaissance de la clinique infirmière est une longue histoire qui se poursuit encore aujourd'hui. C'est au travers de nos expériences d'infirmières françaises que nous déroulerons ci-après la genèse de la filière clinique en France telle d'éprouvée depuis les années 80.

Contexte initial entre 1984 et 1989

Grâce notamment à l'ANFIIDE et à ses réseaux internationaux notamment le CII nous avons cette opportunité fabuleuse d'avoir accès à de multiples informations via les rencontres entre pairs optimisant les partages documentaires à un moment où les accès en ligne sont peu développés. Attachées aux 4 piliers centraux de notre discipline (la personne, la santé, l'environnement, le soin), nous identifions rapidement la plus- value de ces ancrages disciplinaires. Nous prenons connaissance du développement de l'expertise clinique infirmière à l'international, notamment aux Etats Unis *(voir encadré 1)* ainsi qu'en Europe où des professionnels infirmiers s'engagent pour créer une filière clinique dont l'objectif est avant tout le développement d'un haut niveau de compétences infirmières en matière de raisonnement et d'habiletés cliniques.

Chantal JOUTEAU-NEVES
Evelyne MALAQUIN-PAVAN

ENCADRÉ 1 - Aux États-Unis, le terme d'infirmière clinicienne apparait en 1943. C'est une professionnelle spécialisée. En 1954, Hildegarde Peplau crée, avec l'appui du gouvernement, le 1er programme universitaire orienté Santé mentale et psychiatrie. Ces programmes ne cesseront de se développer jusqu'aux doctorats dans les années 1980. Deux filières cliniques coexistent

- **Les infirmières spécialistes cliniques** développent leurs compétences au sein de la discipline des soins infirmiers. Tout en ayant de solides bases scientifiques, elles investissent pleinement leur champ de compétences propres et développent une démarche clinique infirmière. Elles augmentent leur capacité d'analyse des problématiques de leurs clients à partir de modèles conceptuels infirmiers et de concepts en sciences humaines. Elles sont centrées sur les réactions des clients face à leur maladie ou confrontés à un processus de vie difficile et posent un ou des diagnostic(s) infirmier(s). Elles possèdent une palette d'interventions qui leur permet d'aider leur client à faire face à ce qui lui arrive et à mettre en place des stratégies de santé. Elles exercent dans de nombreux domaines, mènent des actions d'éducation ainsi que des projets d'amélioration de la qualité des soins. Outre les soins directs, elles animent des actions de formation, sont consultantes en soins infirmiers et prennent une part active dans la production et l'utilisation des travaux de recherche.
- **Les infirmières praticiennes** acquièrent des compétences médicales (anamnèse, examen clinique médical, diagnostic médical, prescriptions médicales réglementées, réalisation d'actes techniques médicaux) qu'elles utilisent en combinaison avec leurs compétences infirmières afin d'offrir une prise en charge globale aux clients qu'elles soignent. Elles exercent dans les consultations, les maisons de retraite, les établissements de santé ou à titre libéral. Elles possèdent le plus souvent une spécialité : adultes, familles, pédiatrie, etc. Les infirmières sages-femmes et les infirmières anesthésistes sont considérées comme des infirmières praticiennes.

Rosette A. Poletti[6] organise les premières formations cliniques post-diplôme à l'Ecole d'Enseignement Supérieur Infirmier de la Croix Rouge suisse (ESEI) à Lausanne. Le programme s'articule autour de 3 niveaux : *infirmière clinicienne* (certificat) ; *infirmière spécialiste clinique* (diplôme de même niveau que celui de cadre) et *infirmière consultante* (master délivré par l'université Webster, à Genève) Une reconnaissance statutaire est rapidement accordée aux infirmières issues de cette filière dans les cantons suisses. D'autres pays européens dont la France suivront.

En France, à défaut de filière universitaire, Marie Thérèse Bal-Craquin, directrice de l'organisme de formation continue «Santé Formation[7]» initie en 1985 le premier cursus *Infirmière clinicienne* dans la continuité des formations *Infirmière conseillère de santé* développées dans plusieurs régions. Tel, ce programme d'approfondissement de la pratique clinique en soins infirmiers aborde des concepts permettant d'approfondir les 4 piliers centraux (ex : adaptation, anxiété, deuil, systémie...), des méthodes d'entretiens et des interventions non médicamenteuses permettant d'agir en situations, en appui notamment des résultats d'interventions obtenus via l'approche SIMONTON[8] auprès de patients souffrant de cancers. Ouvert aux IDE diplômées, ce cursus *Infirmière clinicienne* se déroule sur deux années, selon un principe d'alternance associant formation théorique/mise en pratique ainsi que 50 heures de supervision clinique. Tout autant bousculant qu'enrichissant, ces temps de supervision sont l'occasion d'analyser la pratique, d'oser raconter la manière dont on a "tricoté" les données cliniques avec les hypothèses diagnostiques, le tout nourri des retours des pairs et des formateurs rendant concrète la plus-value conceptuelle dans la recherche de données additionnelles et le choix des interventions.

Nos formateurs sont principalement suisses ou canadiens, avec Rosette A. Poletti en fil rouge, entourée de Lise Lamontagne, Françoise Maillard, Louise Grondin, Lise Riopelle, Margot Phaneuf. Côté modélisation professionnelle, nous mesurons avec Josiane, Geneviève, Hélène, Laurence, Cathy, Martine et nos autres camarades de promotions combien ces ancrages disciplinaires boostent notre « oser mettre en œuvre ».

Une certification clôture la formation composée d'une soutenance d'un mémoire décrivant les raisonnements cliniques et les suivis de cinq patients ainsi que des épreuves pratiques visant à confirmer le niveau de maîtrise des outils. À l'époque, modèle promu en formation initiale et en pratique en France, le modèle conceptuel de Virginia Henderson est particulièrement approfondi, dans l'objectif de nous en approprier les 4 sources de difficulté et les 6 niveaux d'indépendance/dépendance[9] qui en font l'opérationnalité dans l'intrication des besoins fondamentaux entre eux.

On retrouve dans les mémoires des descriptifs de consultation infirmière sans vraiment la nommer, la notion de contrat, d'objectifs, d'évaluation des interventions, mais la restitution d'une démarche de soins structurée comme de ce qui a concouru aux choix des diagnostics infirmiers est peu décrite. Le jury, composé de pairs internationaux chevronnés fait de la démarche clinique infirmière le fil conducteur de la soutenance orale. Clairement, on revisite « l'oser argumenter » qui, avouons-le, s'il n'a pas été un exercice des plus confortables à l'époque, nous a permis d'oser nous y risquer dans la suite de notre cheminement professionnel. En particulier, 1987-1988 étant une période de mouvements infirmiers ainsi que de travaux avec le Ministère de la santé et différentes entités autour de métiers dits "sensibles" dont celui d'*infirmière clinicienne* et de *cadre expert* en soins, l'expérience acquise durant ce cursus nous donne l'élan pour oser être personnes qualifiées pour y contribuer.

Autre fait marquant, avec la 1re promotion, nous créons la Société française des infirmières cliniciennes (SFIC) choisissant en logo graphique la lampe emblématique de Florence Nightingale... Pour rendre visibles nos travaux, un premier congrès des infirmières cliniciennes françaises est organisé à Paris en 1987.

Catherine Duboys Fresney et Georgette Perrin, alors conseillères techniques au ministère de la santé, soutiennent fortement la réflexion engagée au ministère de la santé sur l'intérêt de développer une filière clinique en France. Si au fil des réunions constructives le ministère semble plutôt favorable aux propositions concrètes élaborées pour la reconnaissance statutaire de l'expertise clinique, le manque de cohésion des différents acteurs impliqués en stoppe la mise en œuvre. Et il faudra attendre derrière presque 30 ans (2018) avant que la loi reconnaisse l'expertise infirmière.

Poursuite du développement made in France après 1990

Dans une dynamique visionnaire et de leadership infirmier, deux de nos pairs Josiane Bonnet[10] et Jean-François Négri créent en 1990 ISIS, Institut de Soins Infirmiers Supérieur, organisme de formation continue rapidement reconnu pour la qualité de ses formations cliniques. Leur détermination commune est de favoriser une pratique innovante au cœur du concept des pratiques infirmières avancées, vocable sous lequel on retrouve les différents niveaux d'expertises infirmières, en lien avec les typologies de formations suivies, universitaires ou autres.

C'est donc sur cette volonté de renforcer l'identité et l'autonomie infirmière que sont élaborés les contenus des modules des cursus *Infirmière clinicienne* (premier niveau filière clinique) et *Infirmière spécialiste clinique* (second niveau filière clinique). L'ancrage conceptuel et le raisonnement clinique infirmier sont le fil conducteur qui assure la cohérence de la formation tant du niveau 1 que du niveau 2. Le contenu des modules « s'emboitent » sur cet axe, en appui d'un corpus disciplinaire à savoir utiliser[11]. La classification internationale des diagnostics infirmiers, les modèles conceptuels infirmiers, les théories de soins, des concepts en sciences humaines éclairent et enrichissent le raisonnement diagnostique. Les outils abordés facilitent l'accompagnement des personnes soignées comme des groupes dans la mise en place de stratégies d'adaptation en santé, face à la maladie ou une situation complexe dans le continuum de vie.

C'est la période où, en parallèle de nos activités professionnelles principales, nous rejoignons l'équipe d'ISIS, contribuant au contenu pédagogique ainsi qu'à l'animation réflexive d'un ou plu-

sieurs modules, les formateurs ISIS étant majoritairement en activité clinique parallèle.

Dès 1992, le cursus d'infirmière clinicienne s'articule en 10 modules répartis sur 18 mois et en 10 heures de supervision clinique. Le principe d'alternance optimise l'intégration des apports renforcés dans la pratique quotidienne, gage de professionnalisation. Y sont abordés de manière opérationnelle la notion de compagnonnage et d'aide à affiner les hypothèses, les données additionnelles, la formulation diagnostique, le choix des interventions et la mesure des résultats. Le mémoire de fin d'études présente deux situations cliniques témoignant de l'appropriation des concepts et de la maîtrise des outils abordés pendant la formation. En lien avec l'une des situations cliniques décrites, un travail pratique enregistré réalisé avec la personne soignée et/ou son aidant est également exigé (relation d'aide - entretien motivationnel - relaxation - toucher détente,...). L'objectif visé est bien que l'infirmière clinicienne certifiée exerce son leadership au sein de son mode d'exercice de rattachement, en collaboration avec les autres professionnels de santé.

Progressivement, nous en mesurons la réelle plus-value dans différents modes d'exercice. Certains directeurs de soins visionnaires ne s'y trompent pas, inscrivant ce développement de compétences dans leur plan de formation institutionnel, renforçant ainsi les ressources pour optimiser la mise en œuvre les différents axes des projets de soins. Citons pour exemples les directions des soins de Valenciennes, Amiens, Laval, Chartres, Le Mans...). Saisissant l'opportunité d'augmenter leurs compétences et de d'affirmer leur leadership, de nombreuses infirmières libérales se financent ces cursus.

ENCADRÉ 2 - « L'infirmier(ère) qui exerce en pratique avancée est un(e) infirmier(ère) diplômé(e) qui a acquis des connaissances théoriques, le savoir-faire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de sa profession. Les caractéristiques de cette pratique avancée sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmier(ère) sera autorisé(e) à exercer » CII[21]

Quant à lui, le programme du cursus d'infirmière spécialiste clinique s'échelonne sur deux années. Découpé en 10 à 12 modules et incluant un stage de 15 jours, il permet d'approfondir certains des concepts vus au niveau 1 (pour exemples, adaptation humaine, systémie familiale, chronicité, vieillissement, soins palliatifs, addictions, ...) ainsi que d'aborder des thèmes complémentaires comme la gestion de projet, l'animation de groupe, l'analyse de pratique, l'évaluation des pratiques professionnelles, la recherche en soins, l'Evidence based,... Autant d'ancrages scientifiques permettant en tant qu'IDE spécialiste clinique de nous positionner à la fois en première ligne auprès des personnes soignées comme en seconde ligne auprès des équipes de soins.

L'ambition est forte puisqu'il s'agit bel et bien de démontrer quelle plus-value cette formation apporte dans le système de santé. Même pas peur : 90 jours de face à face pédagogique, des travaux à rendre entre chaque module avec des allers-retours intersessions et trois projets à finaliser : 1 projet d'évaluation de pratique, 1 conduite de projet à partir d'une situation analysée, 1 projet de recherche. Des ajustements sont faits après les deux premiers cursus, avec un format ramené à 65 jours, conservant le principe d'évaluations et centrant le contenu du mémoire clôturant la formation autour de l'élaboration d'un projet de soins. Un délai de plusieurs mois est laissé entre la fin de la formation et la soutenance du mémoire. Entre 1992 et 2007, dix cursus successifs permettent à environ 180 infirmières spécialistes cliniques d'être certifiées.

La nécessité se fait sentir de continuer à développer des habiletés renforcées tant pour les IDE dans le champ de l'éducation et de la structuration d'une consultation infirmière mais aussi pour la collaboration qu'apportent les aides-soignantes dans le processus de soins infirmiers. Dans cette dynamique d'approfondissement clinique, le cursus *Education thérapeutique* et le cursus *Consultation infirmière* sont créés pour les IDE ainsi que le cursus *Approfondissement de la pratique aide-soignante* pour les AS.

En parallèle des formations, organiser l'étayage et la visibilité

Dès le début de cette aventure, le besoin de se regrouper et de partager les expériences est perçu.

Grâce au réseau de quelques-uns notamment des administrateurs ANFIIDE, un noyau se constitue avec des collègues belges, suisses et français pour écrire une nouvelle page, cette fois-ci dépassant les frontières. L'objectif est de porter collectivement le développement de la filière clinique, en appui des spécificités de nos systèmes de santé respectifs, des besoins des populations et du mandat social des infirmières décliné notamment au travers des référentiels d'activités, de compétences et de formation initiale et post-diplôme. Décision est prise de sanctuariser tous les 2 ans un *Congrès européen des IDE cliniciennes et IDE spécialistes cliniques*,

selon une organisation confiée à tour de rôle à la Suisse, la Belgique, la France. Avec les collègues européens et de l'ANFIIDE, nous participons à l'organisation des quinze congrès successifs. La dernière organisation française date de 2015 (Avignon[12]) et belge de 2017 (Mons). Au fil des ans, certains termes ont été rajoutés au libellé générique *Infirmières cliniciennes et spécialistes cliniques* du congrès dont ceux d'*Infirmières consultantes* puis *de Pratique avancée* à compter de 2015.

Les annales de ces congrès témoignent de ces savoirs partagés autour de thématiques centrées sur l'EBN, l'utilisation des concepts en soins, des retours d'expériences de travaux de recherche, d'évaluation de pratiques, de modalités de consultations infirmières de 1re et de 2e ligne, de compagnonnage et de déclinaison des expertises infirmières, de résultats plébiscités par les usagers comme par les professionnels ainsi que des perspectives de transposition dans l'enseignement initial comme continu. La diversité des travaux partagés témoignent de la contribution des infirmières au système de santé ainsi que de leur haut niveau de compétences au service des populations. Nous profitons de cette tribune pour saluer notamment quelques-uns de nos pairs belges[13] et suisses chevilles ouvrières avec leurs associations respectives: Alda DALLA VALLE, Yves MENGAL, Thierry LOTHAIRE, Dan LECOCQ, Karim MEKDADE, Véronique URBANIAK[14].

S'engager dans différents modes de transmissions devient une évidence. Au milieu d'autres thématiques d'articles comme d'ouvrages auxquels nous concourrons, des publications[15] rendent visibles le développement de la filière clinique dans différents domaines d'exercices et d'enseignement.

Au sein de l'ANFIIDE, nous contribuons à la création en 2005 d'un Groupe d'Intérêt Commun (GIC) *Expertise clinique* regroupant les IDE cliniciennes et des IDE spécialistes cliniques. C'est avec ténacité, patience et diplomatie, lors de denses réunions de travail avec les instances politiques et professionnelles (AFEDI[16], SIDIIEF[17], ...), de publications et contributions orales qu'en partenariat avec les membres du GIC nous témoignons de plus-value de la filière clinique pour la santé des usagers comme pour l'efficacité de notre système de santé, dans un contexte sanitaire et social complexe.

Nous,
Pierrette BOUCHER — Québec Canada
Claude JAMARE — Belgique
Lise LAMONTAGNE — France
Fabio PILAVSKI — Israël
Rosette A. POLETTI — Suisse

Certifions que Evelyne MALAQUIN a démontré sa compétence à utiliser les méthodes d'aide aux personnes atteintes de cancer ou de maladies graves et à leur famille, nous lui conférons le titre d'

INFIRMIERE CLINICIENNE

Délivré par SANTE-FORMATION
M.-Th. BAL-CRAQUIN, Directrice
Reconnu S.F.I.L.
Date d'expiration : 8 janvier 1992
Sauf revalidation

ISIS
Institut de Soins Infirmiers Supérieurs
AVEC MENTION
Les membres du jury de certification, réunis
à THONON- LES - BAINS le 14 juin 1996 attestent que
Evelyne MALAQUIN - PAVAN
a satisfait aux épreuves de validation de la formation de niveau II de la filière clinique en soins infirmiers et lui décernent le présent certificat
CERTIFICAT D'INFIRMIERE SPECIALISTE CLINIQUE
Présidente du jury: Rosette POLETTI, Docteur en Sciences de l'Education
Membres du Jury: Mireille BALAHOCZKY, Maîtrise option Consultation et Recherche en Soins Infirmiers; Olivier DUFOUR, Diplômé de 2ème cycle en Santé Communautaire
Responsable Pédagogique: Josiane BONNET, Maîtrise option Consultation et Recherche en Soins Infirmiers

Convaincues de l'intérêt de la consultation infirmière dont nous pouvons témoigner concrètement sur la base de nos pratiques de 1re et 2e ligne, nous nous organisons avec notamment Brigitte LECOINTRE pour porter une saisine auprès de la Haute Autorité de Santé, saisine qui n'est pas retenue. Le GIC ANFIIDE *Consultation* voit le jour en 2009, dont les travaux se concrétisent par la publication en 2014 de l'ouvrage collectif *La consultation infirmière*[18]. Brigitte HERISSON est notre pilier pour la recherche et la compilation bibliographique ainsi que pour conduire l'enquête auprès des étudiants en soins infirmiers. À partir de ces analyses, cet ouvrage rend visible l'intérêt des consultations infirmières pour la santé des populations en France, de la naissance à l'accompagnement de la fin de vie.

Le Réseau de la Pratique Avancée en Soins Infirmiers (REPASI) voit le jour quelques années plus tard, creuset fertile de réflexions et d'échanges ainsi que de travaux en collaboration avec l'HAS[19] notamment la note de cadrage sur la consultation infirmière et de la pratique avancée.

Un nouveau GIC *Pratique clinique* est créé en 2019 pour promouvoir l'expertise clinique infirmière quelle que soit la fonction occupée dans l'objectif de favoriser la dynamique collaborative disciplinaire. La nécessité de ré-initier un GIC *Infirmières cliniciennes* est questionnée et les travaux reprennent sous l'impulsion de Florence JAKOVENKO dans l'objectif de poursuivre le développement de cette fonction, complémentaire des autres expertises infirmières.

Évolution de la filière clinique aujourd'hui et demain

L'arrêt des cursus d'infirmière spécialiste clinique s'est produit en quelque sorte

logiquement lors du développement de la filière universitaire en sciences infirmières. 2009 voit une évolution notable : L'EHESP[20] crée une filière en sciences cliniques infirmières sous l'impulsion de Monique Rothan Tondeur et de Christophe Debout. En toute logique, la maquette pédagogique s'ancre notamment dans les contenus des cursus précurseurs d'infirmière clinicienne et d'infirmière spécialiste clinique enseignés à ISIS. Le master 1 se déroule à l'hôpital Charles Foix à Ivry sur Seine. D'autres universités et instituts de formation développent à leur tour des enseignements similaires. Pour exemples, le master 1 et le master 2 en sciences cliniques infirmières, de l'institut de formation des cadres de santé de Sainte-Anne, en partenariat avec l'université de Versailles Saint Quentin ou encore ceux ouverts en 2010 aux IDE à l'université de Marseille Méditerranée.

Aujourd'hui en 2023, plusieurs universités dispensent des masters 2 *Infirmière en pratique avancée (cf. encadré 2)* selon un canevas décomposé en une première année commune et un domaine d'approfondissement la seconde année dans 5 disciplines : Oncologie, hématologie-oncologie / Maladies rénales chroniques, transplantation et dialyse / Polypathologies chroniques stabilisées / Psychiatrie et santé mentale / Médecine d'urgence. La France a fait le choix de former et de reconnaitre des professionnels infirmiers en pratique avancée en regard de problèmes médicaux, promouvant le modèle praticienne associé aux compétences spécialiste clinique *(cf. encadré 1).*

En parallèle, la filière de formation d'infirmières spécialistes cliniques ainsi que d'infirmières cliniciennes continuent à intéresser les infirmières généralistes dans le cadre de leur développement professionnel continu ; ce constat au quotidien est confirmé dans le rapport IGAS-IGESR d'octobre 2022 dédié à l'évolution du métier infirmier[22]. Plusieurs modalités d'expertises infirmières s'articulent entre elles, qui en doute aujourd'hui ?

Différents diplômes universitaires en *Soins infirmiers* et masters *Sciences infirmières* sont accessibles.

Aujourd'hui, ISIS, racheté par NOVETUDE SANTE, est devenu ISIS SANTE, propose un cursus d'infirmière clinicienne. Comme toutes les infirmières diplômées d'état cherchant à renforcer leur rôle propre ne souhaitent pas forcément s'engager dans des études universitaires, ces formations certifiantes sont une opportunité d'acquérir ce complément d'expertise clinique, gage d'une qualité de soins efficace et efficiente…

Des temporalités et des statuts à consolider

Le statut de l'infirmière en pratique avancée est reconnu par l'article 119 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé devenu l'article n°L4301-1 du code de Santé Publique, paru au journal officiel le 19 juillet 2018. Plusieurs décrets et arrêtés précisent les modalités de formation et d'exercice. Et s'il reste du chemin à parcourir pour asseoir l'exercice IPA, réjouissons-nous de cette mise en œuvre tant pour le service rendu à la population que pour l'attractivité produite pour des IDE qui aspirent à cette fonction.

Dispensée par des infirmières généralistes qui s'y sont formées, la consultation infirmière de 1re et de 2e ligne est une réalité dans de nombreux lieux de pratique. Pour autant, la reconnaissance statutaire et financière de ces infirmières formées à la clinique infirmière - et certifiées via la formation continue, ne semble pas à l'ordre du jour. Certaines préconisations entrevues dans le rapport IGAS-IGESR précité font néanmoins état de différents niveaux d'expertise infirmière mobilisés au quotidien auprès des personnes soignées à valoriser, expertises reconnues complémentaires à celles développées dans le cadre des trois diplômes d'état de spécialités et du diplôme d'état IPA.

Les IDE engagées dans la filière clinique exercent leurs compétences dans de nombreux domaines avec une reconnaissance certaine des personnes soignées, de leurs pairs et des autres professionnels de santé dont les médecins avec lesquels elles collaborent. Le système de santé a besoin de toutes les compétences qu'elles soient liées à la discipline infirmière ou médicale. Gages de sens redonné à notre profession, la reconnaissance de l'expertise infirmière et de l'évolution des missions qui lui seront confiées à l'issue des travaux de refonte du métier socle engagés depuis Mai 2023 en sont l'un des enjeux.

C'est enfin avec un engagement toujours aussi tenace qu'à l'heure où, retraitées de nos activités hospitalières, nous laissons à d'autres pairs le soin de co-construire le devenir, nous terminons notre témoignage en confirmant que, si c'était à refaire, nous recommencerions : l'aventure humaine et professionnelle vécue au travers du développement de cette filière clinique comme de la discipline infirmière a illuminé assurément nos parcours de vie. Poursuivez !

1. Respectivement 2ème promotion 1988- 1989 et 1e promotion 1985-1987.
2. Promotion 1993-1996.
3. https://www.medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/nightingale_flo.html
4. Lire partout infirmier, infirmière.
5. CII : conseil international des infirmières s
6. https://fr-academic.com/dic.nsf/frwiki/1451655
7. Organisme devenu plus tard Université Libre Européenne de Soins Infirmiers (ULESI).
8. Simonton Carl, Matthews- Simonton Stéphanie, Guérir envers et contre tout, EPI éditeurs, Paris, 1983.
9. Poletti A. R. Les soins infirmiers, théories et concepts, Collection Infirmières d'aujourd'hui, Bayard, 176p,
10. IDE française diplômée de l'université WEBSTER
11. Pour exemples : Peplau Hildegarde (1995) Relations interpersonnelles en soins infirmiers, InterEdition, Paris, 325 pages ; Roy Callista (1986) Introduction aux soins infirmiers, un modèle d'adaptation, Editions Lamarre, Paris ; Watson Jane (1998) Le caring, traduction sous la direction de J Bonnet, Editions Seli Arslan, Paris.
12. https://anfiide.fr/espace-archives/congres-avignon-2015
13. FNIB Fédération nationale des infirmières de Belgique – www.fnib.be
14. ASRIC Assemblée Suisse Romande infirmières cliniciennes – www.asric.ch
15. Pour exemples : Malaquin-Pavan E, La filière professionnelle infirmière, soins, 2004, 684 :30-34 ; Debout C, Pratique avancée et filière clinique infirmière, Soins, 2004, 684, 39-41 ; Neves C, Donner du sens aux soins, soins 2004, 684, 43-45 ; Debout C, Malaquin-Pavan E, Neves C, Revue SOINS n°724 avril 2008, dossier « les théories de soins infirmiers », Modèles conceptuels et théories de soins, caractéristiques et utilisation pratique, pages 38-43 ; Neves C, Raisonnement clinique et modèles conceptuels, Quelle dynamique pédagogique ? Soins, 2008, 724, 44-47 ; Fédor MC, Infirmière clinicienne, vers l'approfondissement du soin, Soins, 2004, 684, 50-51 ; Lecointre B, Malaquin- Pavan E, Neves C, Diagnostic infirmier et diagnostic éducatif, différence et complémentarité, Revue de l'infirmière, n°204, octobre 2014 ; Bordieu P, Jacquet A, Beauverger S, Apport des théories de soins infirmiers en pratique libérale, soins, 2008, 725, 38-41 ; Venchiarutti L , Soudan C, De la clinique infirmière à l'infirmière clinicienne, Revue de l'infirmière, 2008, 145, 38-39.
16. AFEDI : Association Francophone Européenne de Diagnostics, interventions et résultats Infirmiers
17. SIIDIEF : Secrétariat international Des infirmières et Infirmiers de l'Espace Francophone.
18. Lecointre B, Malaquin-Pavan E , Neves C, ANFIIDE, La consultation infirmière, Lamarre, Paris, 2014.
19. HAS : Haute Autorité de Santé
20. EHESP : Ecole des Hautes Etudes en santé Publique.
21. CII : conseil international des infirmières s
22. Rapport IGAS N°2022-030R / IGESR N°21-22 275 - Evolution de la profession et de la formation infirmières, octobre 2022, 218p.

L'ASSOCIATION FRANCOPHONE EUROPEENNE DES DIAGNOSTICS, INTERVENTIONS ET RESULTATS DE SOINS INFIMIERS - AFEDI

Histoire, réalisations et perspectives

Isabelle DE GEEST *pour l'AFEDI*

Pour une association, fêter un anniversaire de plus de 30 ans s'accompagne immanquablement d'un temps d'introspection centré sur ses origines, son présent et les perspectives qui justifient sa continuité. L'AFEDI a fait l'exercice.

En janvier 1991, sous l'égide de l'Association de la recherche en soins infirmiers, (ARSI) se réunissaient une centaine d'infirmier(e)s pour discuter de l'à-propos de fonder une association visant à promouvoir les diagnostics infirmiers dans les pays francophones.

Pourquoi une telle démarche ? Pourquoi le Diagnostic Infirmier suscitait-il l'intérêt ?

La réponse se trouve dans le contexte qui a accompagné l'émergence du rôle propre ou rôle autonome infirmier.

Dans les années 70 on assiste dans de nombreux pays francophones européens à l'émancipation de la profession infirmière qui se concrétise par **la reconnaissance de l'existence du soin infirmier** en tant que tel, ce **qui conduit à une définition de la profession ainsi qu'à la reconnaissance d'un rôle propre ou rôle autonome infirmier.**

Concrètement *« L'infirmière dotée d'un rôle autonome devenait une professionnelle ayant un rôle thérapeutique propre dans le champ de la santé »* (Ch. Debout)

Ces considérations fondamentales sont légitimées dans les décrets et lois de la réglementation qui régissent la profession d'infirmière.

Les professionnels doivent s'approprier cette nouvelle vision du soin infirmier ce qui crée une certaine perturbation de l'identité professionnelle

Malgré l'organisation de nombreux colloques sur le thème *« Rôle propre et responsabilité »* tel, par exemple, celui organisé par le CEFIEC en 1988, le rôle propre ou autonome infirmier reste invisible, les infirmières se situent encore difficilement par rapport aux autres professionnels de santé, identifient mal les actes relevant de leurs compétences spécifiques, ressentent une grande ambivalence entre leurs deux pôles d'activité : le rôle autonome et le rôle sur prescription médicale.

> En 1953, Virginia FRY (infirmière américaine) évoquait pour la première fois le terme **diagnostic infirmier** dans ses écrits.

Force est de constater que la démarche de soins orientée par les modèles conceptuels, combinaison censée mettre en lumière la pratique spécifiquement infirmière, ne répond pas aux attentes.

Pendant ce temps de tâtonnement européen, des actions et des recherches en soins infirmiers menées par des infirmières Nord -Américaines avaient vu le jour.

En 1953, Virginia FRY (infirmière américaine) évoquait **pour la première fois le terme diagnostic infirmier dans ses écrits**. Elle identifiait le jugement clinique comme une étape importante de l'élaboration d'un plan de soins personnalisé et de l'autonomie infirmière.

Le concept DI était né.

L'intérêt pour le concept DI a donné naissance à une action concertée de la part de plusieurs infirmières nord-américaines pour relever le défi qui consistait à, d'une part, identifier les réactions humaines pouvant être répertoriées sous le concept diagnostic infirmier et d'autre part à concevoir une classification qui les réunirait.

En 1982 l'Association Nord-Américaine pour le Diagnostic Infirmier (NANDA ou ANADI en français) fut créée dans le but de développer, perfectionner et promouvoir une taxonomie des DI qui soit d'utilité générale pour les infirmières.

C'est en 1990 lors de sa neuvième conférence que la NANDA a approuvé la définition du DI amendée en 2009, 2013 et 2019.

En 2002, la taxonomie II organisée à partir des Modes fonctionnels de santé de Marjory Gordon est adoptée.

Depuis 2002, la NANDA est devenue **NANDA International Inc.** afin de refléter l'intérêt grandissant, au niveau mondial, pour le développement d'une terminologie en soins infirmiers.

NANDA-International Inc. est une marque et non un acronyme. Il n'est donc plus correct de parler de l'ANADI.

Dès1987, par les échanges internationaux (présence d'infirmières européennes dans les facultés des sciences infirmières), et les publications des collègues anglo-saxonnes traitant du sujet, le DI s'installe progressivement en Europe permettant aux infirmières du secteur de la pratique et de l'enseignement de s'y référer.

En avril 1991, la création de **l'Association Francophone Européenne des**

Diagnostics Infirmiers est effective. Elle a pour objet :

1. De développer le diagnostic infirmier comme un concept contributeur à la promotion de la qualité, de la reconnaissance et de la gestion des soins infirmiers ;
2. De participer à la recherche internationale sur les diagnostics infirmiers ;
3. De développer des réseaux d'échanges et être garante de la scientificité des diagnostics infirmiers en langue française.

Convaincue de la complémentarité entre la classification des Diagnostics Infirmiers et les classifications des Interventions et Résultats de soins infirmiers, **l'AFEDI introduit en 2005, les interventions et les résultats infirmiers dans ses objectifs, sans changer le sigle de l'association dont la dénomination officielle a été modifiée en Association francophone européenne des diagnostics, interventions et résultats infirmiers.**

Une des missions de l'AFEDI vise à développer des réseaux d'échanges et à être garant de la scientificité des diagnostics infirmiers en langue française.

Ces objectifs sont concrétisés par une attention particulière donnée à :

La formation

Les classifications des diagnostics infirmiers, des interventions et des résultats de soins infirmiers rassemblent des concepts en évolution, il faut se les approprier, les tester pour leur donner du sens dans la pratique, en décortiquer leur structure, leur contenu, et leur utilité, mettant à nu le savoir qu'ils génèrent pour fournir des soins efficaces. Sans cet exercice d'appropriation, la démarche de soins est stérile.

Le concept DI gravite dans une myriade de constellations d'outils et de concepts dont il convient de préciser les fonctions ainsi que les liens entre eux afin de leur donner du sens pour la pratique.

C'est ainsi que plusieurs formatrices, membres du CA de l'AFEDI ont animé de nombreuses sessions de formations dans l'espace francophone portant par exemple sur le dossier infirmier reflet de la démarche de soins infirmiers ; l'utilisation des classifications en soins infirmiers ; l'écriture professionnelle ; le raisonnement clinique ; l'utilisation des modèles conceptuels et théories en soins infirmiers ; les outils de traçabilité et de valorisation du jugement clinique comme les diagnostics infirmiers ou autres concepts pouvant contribuer à garantir l'identité disciplinaire et assurer des collaborations interprofessionnelles.

Le secteur Nord-Belgique organise régulièrement des ateliers de raisonnement clinique. Une convention de collaboration a été établie avec l'ANFIPA (Association Nationale française des IPA) et a produit une session de formation en 3 webinaires sur l'autogestion de la maladie chronique en partenariat avec la personne soignée, ainsi que plusieurs ateliers de raisonnement clinique et d'élaboration de plans de soins guides.

Parmi les valeurs qui sous- tendent les réflexions, les productions ou les interventions au nom de l'association, le droit à l'autodétermination du/des bénéficiaires de soins infirmiers fait office de postulat

Les JEE

Organisée dès 1991, les Journées d'Etude Européennes (JEE) organisées tous les 2 ans constituent un formidable lieu d'échange et de formation. Les thèmes proposés sont choisis pour être en phase avec l'évolution de la société et les intérêts des professionnels.

Grâce son réseau de contacts, l'AFEDI accueille des intervenants reconnus comme experts dans le domaine sélectionné, parmi ceux-ci, citons quelques auteurs d'ouvrage de référence tel que Marjory Gordon (1993, alors présidente de la NANDA), Cécile Lambert (1994), Margaret Lunney (1998), Luc Mathieu (1999 et 2004), Louise Levesque (2004), Sue Moorhead (2011).

Lors des JEE de mars 2024 qui ont pour thème *« Eclairer le raisonnement clinique avec les théories de soins pour un jugement clinique infirmier personnalisé »*, les intervenantes invitées sont, entre autres, Clémence Dallaire, Infirmière Ph.D, Professeure titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université de Laval, Québec, Canada ; Mathilde Garry Bruneau, Infirmière, MSc, PhDs en sciences infirmières sous la direction du Pr. Clémence Dallaire, chargée de cours à l'université de Rennes ainsi que Nadine Jacqmin ,inf., L.Sc., Ph.D, Faculté des sciences infirmières, Université de Laval, Québec, Canada, attachée à la Direction des soins chargée d'enseignement Centre Hospitalier de Luxembourg (CHL), Luxembourg.

> Les classifications font leur chemin dans nos esprits comme dans nos pratiques.

La traduction des publications américaines en français

Lors de sa création en 1991, l'AFEDI se dote d'un Comité de traduction composé d'infirmières belges, françaises et suisses.

En mars 1994 : paraît la première édition en français de la classification 1992-1993 de la NANDA (ANADI) traduite par l'AFEDI et l'ANADIM (Association canadienne).

NANDA-I a désigné l'AFEDI comme étant le garant scientifique de la traduction des ouvrages en langue française.

Comme l'explique M. Gordon, les diagnostics sont le résumé de bases conceptuelles permettant d'interpréter les observations.

La traduction d'un ouvrage comporte toujours des risques, car il est parfois difficile de trouver les mots qui rendent avec exactitude le sens de la version originale.

C'est pourquoi nos préoccupations et celles de nos collègues québécoises, systématiquement associées, ont toujours été les suivantes : les exigences de la langue française ; la signification du concept ; le contexte de la pratique des soins infirmiers.

La traduction française des DI acceptés par NANDA-I contraint les membres du comité de traduction à faire un travail d'analyse et à parcourir la littérature sous-jacente pour saisir le sens du concept afin de traduire fidèlement les attributs des concepts. La compréhension du sens du concept favorise la pertinence de la terminologie.

La taxonomie évolue constamment en fonction des changements dans la société pouvant impacter le domaine de la santé ou en fonction des données probantes disponibles et de la littérature actuelle. C'est une des raisons pour

lesquelles, il y a une nouvelle édition tous les 2 ou 3 ans. La dernière édition (2021-2023) s'appuie sur 362 pages de références bibliographiques.

En 2010, l'AFEDI en collaboration avec Ch. Debout propose la traduction de la 3e édition française de la 5e édition américaine de la **classification des interventions de soins infirmiers**, proposée par Joanne C. Mc Closkey & Gloria M. Bulechek, sous la direction de Howard Butcher, membres de l'*« Iowa Intervention Project »* (542 interventions)

En 2014 , l'AFEDI propose la traduction de la 2e édition française de la 5e édition américaine de la **classification des résultats de soins infirmiers** proposée par Sue Moorhead, Marion Johnson, Meridean L. Maas et Elizabeth Swanson (490 résultats)

Des liens ont été établis entre la CRSI/NOC et les diagnostics infirmiers de NANDA International et la Classification des interventions de soins infirmiers (CISI (NIC).

L'AFEDI s'investit dans La gestion des soins et la recherche

Lorsqu'un langage standardisé est employé pour documenter une pratique, il est possible d'effectuer des comparaisons, d'évaluer l'efficacité des soins dispensés dans des lieux et par des professionnels différents, prévoir des effectifs de personnels et saisir la contribution propre aux soins infirmiers dans un format cohérent et quantifiable.

Avec les classifications comme support, des membres du CA de l'association sont présents dans des groupes de travail poursuivant ces objectifs, notamment des groupes créés sous le haut patronage du Service Public Fédéral de la Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement – Belgique.

Nous terminerons cette introspection avec un constat positif. Malgré les résistances et les critiques parfois intenses, les classifications font leur chemin dans nos esprits comme dans nos pratiques. Un travail rigoureux de validation doit se poursuivre., L'Association est reconnue par le monde professionnel, nous en avons pour preuve le nombre croissant de sollicitation d'intervention et de participation à des travaux de promotion des classifications.

Bibliographie
CELIS M-Th., DE GEEST I., MORREN J., *« 30 ans de l'AFEDI : Rétrospective »*, 28e JEE, mars 2021

Des perspectives pour soutenir la recherche en soins infirmiers en France

***Emmanuelle CARTRON**, présidente de l'Arsi (Association de recherche en soins infirmiers). emmanuelle.cartron@asso-arsi.fr, Infirmière, Ph.D, maître de conférences, Université Paris Cité, INSERM, UMR 1123 – ECEVE, 75010 Paris, France.*

En 1856, lorsque Florence Nightingale présente les données de la diminution de la mortalité des soldats pris en charge par son équipe pendant la guerre de Crimée, elle montre comment une analyse statistique peut révéler l'efficacité des soins infirmiers qu'elle y avait développés. Elle permet aussi de faire valoir l'intérêt de former les infirmières sur la base des connaissances scientifiques de cette période et ouvre la voie des premiers instituts de formation en soins infirmiers.

Florence NIGHTINGALE, « La dame à la lampe »

Cette expérience britannique a été reprise dans plusieurs pays qui considéraient que la profession infirmière relevait d'une formation de haut niveau délivrant un diplôme protégé. Les d'activités de recherche en soins infirmiers sont ensuite davantage repérées dans les milieux académiques aux Etats-Unis où la discipline infirmière a émergé. Les travaux de recherche des infirmières inscrites à l'université ont souvent pour objectif de mieux comprendre l'expérience des personnes concernées par un problème de santé. Ces nouvelles connaissances sont à l'origine des premières théories en soins infirmiers développées pour guider les infirmières dans l'analyse des problèmes de santé et les interventions infirmières à proposer.

En France, on retrouve plusieurs initiatives de travaux scientifiques menés par des infirmières. Par exemple, l'expérience lyonnaise de l'École internationale d'enseignement infirmier supérieur (Eies) mise en place par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) entre 1965 et 1995, illustre que la recherche en soins prend racine bien avant le décret professionnel de 2002[1] qui pour la première fois mentionne que *« un infirmier propose des actions de recherche dans le domaine des soins infirmiers les organise ou y participe »*. En 2009, ce lien avec la recherche est inscrit dans le référentiel de formation par l'intégration d'unités d'enseignement dédiées à *« l'initiation à la démarche de recherche »* dont les objectifs sont entre

autres, d'acquérir les compétences nécessaires à *« analyser les résultats d'une étude de recherche dans le domaine des soins et de la santé »*[2] . Par la suite, la création du Programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP) a permis de développer les activités de recherche clinique en soins infirmiers en France. D'une part, par la mise à disposition de financements, mais aussi par le soutien des établissements au développement d'une culture recherche pour les infirmières. Ce soutien s'est traduit par la création de postes de coordonnateurs paramédicaux de la recherche en soins dans la plupart des Centres hospitaliers universitaires. Rassemblés en Commission nationale des coordonnateurs paramédicaux de la recherche (CNCPR), ils ont rédigé le « livre blanc pour le développement de la recherche paramédicale en France » en 2022, une ressource utile pour comprendre les enjeux de la recherche infirmière[3]. D'autres opportunités comme le renforcement des enseignements à la recherche dans les formations infirmières de grade master, ont été pour plusieurs infirmières des tremplins vers une formation académique. Une récente enquête menée en 2022 par l'Association de recherche en soins infirmiers (Arsi) recensait 174 infirmières titulaires d'un doctorat ou doctorantes[4]. D'autres travaux permettent d'évaluer à plus de 200 le nombre de chercheurs infirmiers en France en 2023. Ces cursus académiques ont été suivis dans diverses disciplines comme les sciences de l'éducation, la santé publique, la sociologie. La création en 2019 de la section 92 - sciences infirmière du Conseil national des universités (CNU) a permis de créer des postes d'enseignants chercheurs dans cette discipline.

Rassemblés depuis décembre 2023 au sein du Collège français des enseignants chercheurs universitaires en sciences infirmières (Cofecsi), ils portent le souhait de mener une réflexion stratégique sur les soins infirmiers, l'enseignement et la recherche en sciences infirmières, ils souhaitent développer la filière complète Licence-Master-Doctorat dans cette discipline.

Ce retour sur l'histoire lointaine ou récente de notre profession met en lumière plusieurs niveaux de relation entre la recherche et les activités infirmières.

S'approprier les résultats de la recherche : une activité pour toutes les infirmières.

Depuis 2009 le programme de formation initiale infirmière a intégré des unités d'enseignement dédiées à l'initiation à la recherche. Ces compétences ont besoin d'un environnement facilitateur pour qu'elle puissent contribuer à l'amélioration de la qualité des soins. Il doit permettre notamment l'accès aux articles payants, de dégager du temps d'activité professionnelle pour la lecture d'articles, et soutenir les changements de pratiques professionnelles.

Plusieurs initiatives méritent d'être mises en avant pour illustrer comment certaines organisations favorisent le lien entre les activés infirmières et la recherche. Des établissements de santé ont intégré un poste de coordonnateur paramédical de la recherche pour soutenir la diffusion d'une culture scientifique infirmière. Des relais peuvent aussi être pris par l'encadrement de proximité pour organiser des échanges autour du soin et des pratiques innovantes. Reste que le travail de recherche documentaire, de lecture, sélection et synthèse est éloigné des réalités du travail actuel des infirmières et ce d'autant plus qu'elles exercent loin de ces établissements.

> L'universitarisation de la formation initiale infirmière sera aussi un levier pour développer la culture scientifique des futures infirmières

Des perspectives existent pourtant comme celles de s'appuyer sur les personnes ressources telles que les infirmières en pratique avancée ou les infirmières de spécialité ayant obtenu un diplôme de spécialité de grade master, sur les associations infirmières et les sociétés savantes. L'universitarisation de la formation initiale infirmière prévue à la rentrée 2025 sera aussi un levier pour développer la culture scientifique des futures infirmières. Les étudiants pourraient être des relais pour diffuser les connaissances en réalisant des travaux de synthèse de littérature accessibles sur des sujets issus de la pratique professionnelle. Des réseaux de soins primaires tissent aussi des liens avec le monde académique et les établissements de santé. Autant de pistes pour que les résultats de recherche soient accessibles pour toutes les infirmières.

Porter un projet de recherche clinique : une activité d'expertise pour des infirmières.

Après plus de 10 ans de PHRIP et autres financements dédiés aux projets de recherche cliniques infirmiers, les projets financés sont suffisamment nombreux pour illustrer comment les infirmières peuvent s'appuyer sur les structures d'appui à la recherche clinique pour assurer un rôle d'investigateur principal dans des projets de recherche en soins infirmiers. Il reste nécessaire de bien connaître son sujet de recherche et les étapes d'un projet pour dialoguer avec les personnes ressource : chef de projet, méthodologiste, attaché de recherche clinique, web manager, statisticien, technicien ou infirmer de recherche clinique, rédacteur d'article scientifique, traducteur, ... L'infirmière qui porte un projet de recherche clinique doit développer de grandes compétences de coordination pour fédérer tous les intervenants. Si l'expérience française dans ce domaine montre que cette organisation est possible, des freins sont aussi identifiés : investissement important en dehors du temps de travail sans contrepartie, difficulté à publier les résultats dans les revues scientifiques, rareté des projets portés par des infirmières exerçant en soins primaires, dans le domaine de la prévention ou de la gestion d'équipe.

Des pistes existent pour soutenir les investigateurs dans leurs missions. Les programme de formation continue ou diplômante dans le domaine de la recherche infirmière sont disponibles : actions de formation courte, Diplômes universitaires, certains masters de recherche en santé. La structuration de la recherche clinique dans les Centres hospitaliers universitaires peut être mis au profit d'autres établissements, les Groupements inter régionaux de la recherche clinique (Girci), les Agences régionales de santé (ARS) sont aussi des maillons à solliciter par les professionnels de soins primaires pour être mis en lien avec les structures d'aide à la recherche clinique.

Il reste que les organisations intègrent peu les activités de recherche et en période de difficulté à fidéliser les infirmières sur leur poste, les demandes de libérer du temps pour porter des projets de recherches trouvent souvent peu de réponses positives de la part des directions. Pourtant la recherche est aussi un espace de création et d'innovation qui permet de revoir les organisations et la pertinence de certains soins. C'est aussi une activité qui peut favoriser l'intérêt du travail en permettant aux infirmières de se centrer sur les questions en lien direct avec la clinique. La possibilité de rémunérer ces activités complémentaires ou de les intégrer dans un projet de formation académique comme le doctorat permettant aux infirmières de se projeter dans une activité pérenne de chercheure, sont des perspectives pour développer les projets de recherche clinique infirmiers et faciliter la publication scientifique française dans ce domaine.

Devenir chercheure : une voie possible et à développer pour les infirmières françaises.

Près d'une vingtaine d'infirmières et d'infirmiers occupaient un poste d'enseignant chercheur à la rentrée 2023 en France. Si la discipline scientifique infirmière y est bien reconnue, la démographie de ces chercheurs ne permet pas de généraliser la possibilité de développer les doctorats en sciences infirmières. Par ailleurs entreprendre une carrière d'enseignant chercheur éloigne les infirmières des activités cliniques ce qui limite l'attrait pour ce type de poste.

Cependant des annonces récentes5 comme celle du Pr Christine Ammirati, chargée de la mission interministérielle d'universitarisation des formations paramédicales, permettent de penser que cette situation est temporaire et ces postes sont amenés à évoluer pour permettre d'associer des activités cliniques, d'enseignements et de recherche.

Les espaces de formation académiques doivent aussi pouvoir proposer des enseignements disciplinaires pour clarifier ce qui recouvre du champ infirmier et contribuer à des recherches utiles au soin infirmier et complémentaires de celles menées dans d'autres disciplines.

Les perspectives pour la recherche infirmière doivent être pensées au service du soin infirmier, dans toutes ses dimensions. A la fois un soin centré sur l'expérience des personnes malades mais aussi sur l'environnement et le maintien en santé à tous les moments de la vie.

Soutenir une recherche au service des soins infirmiers de qualité.

Si penser aux perspectives de la recherche en soins en France met souvent la lumière sur les profils des professionnelles qui ont intégré la recherche dans leurs activités professionnelles, il semble tout aussi important de réfléchir aux façons de maintenir un haut niveau de qualité des soins en s'intéressant aux différents liens entre la recherche et les infirmières, sans exclure de la réflexion les infirmières qui n'ont pas d'appétence particulière pour ces activités.

Identifier les facilitateurs pour chaque type d'activité en lien avec la recherche relève d'une réelle stratégie de développement de la culture scientifique au service de la qualité des soins infirmiers. En France, il existe des fondations solides sur lesquelles il est possible de projeter des pistes de réflexion pour l'enseignement infirmier universitaire et la structuration des aides nécessaires aux activités de recherche clinique infirmière, dans tous les contextes de soin. La mise en œuvre d'un nouveau référentiel de formation infirmière prévu pour la rentrée 2025 est une opportunité à saisir pour permettre de guider les futures infirmières à délivrer des soins adaptés aux nouvelles connaissances scientifiques. Chaque infirmière, quel que soit son environnement professionnel, doit aussi pouvoir compter sur une organisation du système de santé rendant possible les activités de recherche clinique et des voies pour envisager une carrière universitaire. Nos associations sont des maillons nécessaires pour faciliter ces activités de recherche en soin infirmier et soutenir les infirmières dans leur projet professionnel si elles souhaitent développer des activités de recherche.

1. Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.
2. Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'état infirmier
3. CNCPR. *Livre blanc pour le développement de la recherche paramédicale* [En ligne]. 2022 Mar. Disponible : https://www.chu-bordeaux.fr/Professionnels-recherche/Recherche-clinique-et-Innovation/Actualit%C3%A9s-recherche-clinique-et-innovation-CHU-de-Bordeaux/LE-LIVRE-BLANC-DE-LA-PROMOTION-DE-LA-RECHERCHE-PARAMEDICALE-EN-ETABLISSEMENT-DE-SANTE/220329-CNCPR-Livre-blanc-V30.5.pdf/
4. Cartron, E., Quindroit, P., Bentz, S., Mottaz, A., Lecordier, D. & Jovic, L. (2023). *Mieux connaître le profil des infirmières titulaires d'un doctorat en sciences ou doctorantes exerçant en France : une étude descriptive quantitative. Recherche en soins infirmiers*, 153, 60-68. https://doi.org/10.3917/rsi.153.0060
5. Ammirati C. L'universitarisation des professions paramédicales. *Allocution au programme des 18 Assises nationales hospitalo-universitaires* [Podacast en ligne]. Versailles ; 2023 Dec. Disponible : https://conferences-hu.fr/2023-assises-versailles/

Comment envisager **la réforme de la profession infirmière** et avec **quelle vision en tant que *chief nursing officer ?***

Brigitte FEUILLEBOIS

Il était une fois, une profession de santé très féminisée qui proclamait à qui prenait la peine de l'écouter, son aptitude à répondre avec efficacité, rigueur et bienveillance, à des besoins humains qu'elle pouvait reconnaitre. Les individus qui composaient cette profession étaient présents sur tout le territoire et disposés à intervenir à tout moment et en toute circonstance.

Toutefois, la profession observait avec une lassitude croissante, la dissonante profondeur entre ses savoir-faire et la perception sociétale de leur valeur. Alors, elle arpenta avec détermination et engagement le chemin de la légitimation en chevauchant de contrée en contrée, à la recherche d'alliés et de conciliateurs prêts à l'accompagner et à la soutenir dans la métamorphose à exaucer.

Quelle singulière histoire n'est-ce pas, que la nôtre, celle de la profession infirmière ? Face à la question de l'attractivité du métier et du sens qu'il porte, et comme cela est fréquemment évoqué aujourd'hui, il s'agit de [re]-conquérir les attributs et les conditions du « réenchantement » de la profession.

Enoncer la question relative à la transformation de la profession infirmière en France relève d'un pari tout autant ambitieux qu'ardu. Ce n'est, en effet, pas un projet aisé, rapide et dont la mise en œuvre pourrait ne se déployer qu'en une démarche circonscrite à un domaine d'exercice précis. Elle ne se déroulera pas non plus, en quelques jours et ne se limitera pas uniquement à la profession elle-même. Ce n'est pas simplement l'actualisation d'un programme de formation ou l'ajout de quelques actes à la réglementation. Elle ne se résume pas à la mise en application d'un nouveau logiciel de soins obsolescent ou au relooking d'un uniforme professionnel étriqué. Ce n'est pas rassembler quelques acteurs autour d'une table de négociation pour élaborer, après divers échanges, un relevé de décisions. Non, la transformation de la profession infirmière n'est pas un projet comme les autres. Cela est un fait incontestable et indiscutable. Considérée dans son contexte écosystémique, l'évolution infirmière à venir pourrait être comparée à une réforme constitutionnelle tant les conséquences qui en découleront pourraient être étendues à tout le système de santé français, voire bien au-delà, et intimement intriquées à la vie quotidienne de la population.

> Le sujet nécessite d'articuler et de concilier de nombreux objectifs interdépendants tout en ciblant un regain d'attrait pour la profession.

Le postulat repose donc sur l'affirmation d'une démarche complexe, longue et clairsemée d'obstacles potentiels tout au long du processus qui sera mené. Au-delà de la stricte observation du rôle professionnel infirmier en de-

venir, dans un contexte global d'évolution continue des compétences des professions de santé et des besoins en santé sur le territoire, le sujet nécessite d'articuler et de concilier de nombreux objectifs interdépendants tout en ciblant un regain d'attrait pour la profession.

Espérée depuis plusieurs années par la communauté infirmière, annoncée début 2022 par Olivier Véran, affirmée au printemps 2023 par François Braun, elle pourrait ressembler à l'Arlésienne tant l'ouvrage et le maitre d'œuvre se sont faits attendre. C'est désormais chose faite. Et nous pouvons observer cette décision comme une forme de courage politique, en considérant par avance sa portée non seulement sur l'ensemble de la profession et sur les étudiants, et également sur tous les acteurs du système de santé.

Les travaux techniques qui interrogent l'exercice de la pratique infirmière ont débuté en juin dernier en se poursuivant selon une temporalité soutenue - les rendez-vous sont fixés chaque semaine avec le groupe de travail - et studieuse afin d'aboutir début 2024 à une base consolidée et consensuelle sur des domaines d'activités et de compétences génériques. Parallèlement, les travaux relatifs à la réingénierie de la formation ont été initiés tout récemment et dont le cadrage s'inscrit dans le maintien des trois années d'apprentissage professionnalisant, dans les domaines théoriques, cliniques et pratiques et avec la délivrance du diplôme par les présidents d'université. Les finalités de ces travaux sont tout d'abord de répondre aux aspirations des nouvelles générations, et de plus de parachever le processus d'universitarisation entamé depuis 2009. Bien entendu, ils nécessitent par ailleurs de s'articuler significativement avec les intentions scientifiques sur lesquelles les pratiques infirmières françaises doivent désormais se fonder. Cela signifie non seulement la capacité graduée à se former à la recherche et par la recherche, mais aussi, celle de faire usage dans l'exercice des données probantes comme sources rigoureuses d'hypothèses et de choix cliniques.

Néanmoins de quelle transformation parlons-nous précisément ? Avant tout, nous énonçons l'impérieuse mise en concordance des pratiques infirmières en mutation constante avec les textes réglementaires qui les encadrent. Il va s'agir de sécuriser les activités des professionnels et les personnes soignées alors que les infirmiers sont en permanence tiraillés entre la rigidité de la règlementation et la réponse concrète à apporter afin de garantir la continuité des soins avec un seuil de qualité incontestable. Si l'évolution infirmière a fait l'objet d'un long et historique parcours de reconnaissance, c'est bien la construction juridique de la profession qui est à reconsidérer pour lui apporter la visibilité sociale qui lui revient et l'agilité requise au contexte sanitaire et social mouvant ainsi que son exigence présente et future.

> C'est bien la construction juridique de la profession qui est à reconsidérer pour lui apporter la visibilité sociale qui lui revient.

Il ne s'agit donc pas de se contenter d'une mise à jour des actuelles pratiques diversifiées mais bien de construire le métier infirmier de demain, celui qui saura s'adapter aux enjeux de santé publique projetés. Cependant, de quelles perspectives parlons-nous exactement ? Alors que le diplôme d'Etat en soins généraux prépare à des exercices extraordinairement variés et pluriels, convient-il de développer des profils infirmiers capables de s'insérer dans des milieux techniquement hyperspécialisés ou de les façonner pour leur permettre une assertivité, une réflexivité et une adaptabilité professionnelles renforcées avec des compétences affirmées en matière d'analyse et d'évaluation adossées à un raisonnement clinique robuste ? Quoiqu'il en soit, le principal enjeu est de modifier la narration juridique en révisant la définition même de la profession infirmière et en introduisant avec conviction l'idée fondatrice de sa spécificité : celle de prendre des décisions professionnelles dans le domaine des soins infirmiers, à partir de données scientifiques connues dans la discipline des sciences infirmières en particulier, et d'une expertise clinique rendant compte des préférences et des valeurs de la personne, de ses ressources dans un environnement singulier.

Fondée à partir d'une dérogation à l'exercice illégal de la médecine qui s'impose comme le monopole juridique et sociologique des professions de santé, le cadre juridique infirmier a été élaboré par ajustements progressifs liés aux volontés du législateur de proposer des mesures politiques populaires dans un contexte de réduction des ressources humaines disponibles. Marqué encore aujourd'hui par deux textes majeurs, il est décliné par la définition de la profession issue de la loi du 31 mai 1978 et par le décret du 29 Juillet 2004 qui précise le périmètre de l'activité professionnelle ainsi que les règles qui l'accompagnent. Indubitablement, l'enjeu actuel n'a aucune vocation à une quelconque remise en question de ces piliers originels, gagnés au fil des années par des revendications légitimes et des luttes historiques tenaces. La détermination de la profession infirmière à faire reconnaitre son autonomie et sa responsabilité n'a d'ailleurs de cesse de s'accompagner d'un leadership dans l'action politique.

Nous pouvons donc présupposer qu'aujourd'hui, si les modalités de la combativité pour la reconnaissance doivent elles-aussi se renouveler, la transformation passera par la valeur politique accordée à cette nouvelle définition. Cela nécessite par conséquent de l'édicter avec toute la robustesse et la précision dont il conviendrait de faire usage pour traduire le mandat social infirmier tel que la profession souhaite le revendiquer et finalement, l'endosser.

Alors, soyons collectivement assurés que la bataille pour une réforme infirmière juste, opérante et marquante ne fait que débuter. Elle demandera de l'ardeur, de l'enthousiasme et de l'unité professionnelle concrète et pugnace. Le défi est tel, que nous devons le relever avec habileté pour les futures générations d'étudiants, d'infirmiers et pour l'ensemble de la population française qui requière la solidité de notre expertise, de nos compétences conjuguées à l'action coordonnée de toutes les professions de santé.

PORTUGAL
Pour la défense des **soins infirmiers** et des infirmières – pour la **dignité des soins**

***Luís Filipe BARREIRA**, président de l'Ordre des Infirmières Portugaises*

L'Ordre des infirmiers (OE) est l'association professionnelle publique qui regroupe tous les professionnels infirmiers travaillant au Portugal. Il a été créé en 1998 par le décret-loi 104/98 du 21 avril. En tant que régulateur de la profession, l'Ordre des infirmiers a pour objectif principal de défendre les intérêts des patients et de la profession. L'OE a pour objectif fondamental de promouvoir la défense de la qualité des soins infirmiers dispensés à la population, ainsi que le développement, la régulation et le contrôle de la profession d'infirmier, en veillant au respect des règles d'éthique et de déontologie professionnelles.

Selon la loi, l'OE est une association de droit public dont les missions sont définies à l'article 3 du statut de l'Ordre des infirmiers. L'État reconnaît la profession d'infirmier comme une profession d'intérêt public, avec des intérêts professionnels autonomes, c'est pourquoi il permet l'autorégulation de ces aspects spécifiques, tels que les règles qui définissent l'accès à la profession, l'élaboration de normes éthiques, le pouvoir disciplinaire, entre autres, qui sont décrits dans le statut de l'OE. L'Ordre décerne deux titres professionnels : infirmier et infirmier spécialisé.

Le statut de l'OE est l'ensemble des articles qui définissent le fonctionnement et l'éthique professionnelle de l'organisation.

En outre, au quotidien, les infirmières doivent respecter des principes universels tels que

- l'égalité,
- la liberté responsable, avec la capacité de choisir, en gardant à l'esprit le bien commun,
- la vérité et la justice,
- l'altruisme et la solidarité
- la compétence et le développement professionnel.

Les principes directeurs de la profession devraient être les suivants :

- La responsabilité inhérente au rôle assumé vis-à-vis de la société ;
- Le respect des droits de l'homme dans les relations avec les clients ;
- l'excellence dans la profession en général et dans les relations avec les autres professionnels.

En ce sens, l'Ordre des infirmiers est responsable devant tous les citoyens de la qualité des soins fournis et ne peut qu'exiger de ses membres un niveau de soins élevé.

Le Portugal, comme beaucoup d'autres pays, a ressenti le besoin de changer ses modèles de formation, en encourageant le passage de la licence en soins infirmiers à la licence et, par conséquent, l'accès aux deuxièmes et troisièmes cycles d'études.

Le processus réglementaire qui a débuté en 1998 avec la création de l'OE et qui, au cours des deux derniers mandats, a connu une évolution considérable en raison de sa maturité et de sa consolidation, est important pour la reconnaissance et la consolidation du leadership dans le domaine des soins infirmiers, comme le souligne l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Un modèle de développement professionnel a été mis en œuvre au Portugal sur la base de la reconnaissance du besoin croissant de différenciation dans les différents domaines des soins infirmiers, en raison de la nature complexe des besoins en matière de soins et des processus et ressources disponibles pour les professionnels dans le domaine de la prestation de soins.

En tant que président de l'Ordre des infirmiers, je pense que la création de cette institution, dotée de pouvoirs délégués par l'État portugais, a marqué un tournant dans la reconnaissance et la consolidation du leadership dans le domaine des soins infirmiers, qui a connu une évolution considérable au cours des dernières années.

Dans le but de responsabiliser les infirmières, le modèle de certification des compétences menant à l'obtention du titre professionnel d'infirmière spécialisée ou de compétence différenciée ou avancée, par la reconnaissance et la valorisation des compétences acquises par l'expérience professionnelle, les processus de formation et la réalité vécue dans la prestation des soins, est un moyen important de préparer les infirmières aux besoins de réponse et de différenciation des systèmes de santé, face aux défis identifiés par l'OMS en matière de réglementation professionnelle dans son rapport *"Les soins infirmiers dans le monde : Investir dans l'éducation, l'emploi et le leadership"*.

La participation de chaque infirmière à la vie de son Ordre est fondamentale pour le développement de la profession, contribuant à sa valorisation et à sa visibilité sociale, en vue d'améliorer les soins de santé fournis aux citoyens. Au cours des huit dernières années, nous nous sommes efforcés de donner une voix à tous les infirmiers, en nous donnant pour mission d'accompagner les membres à tout moment, sous la devise *"Personne n'est seul"*. Les infirmières ont ainsi acquis une voix, une visibilité, une responsabilité et même une âme.

Mais le nombre d'infirmières au Portugal reste insuffisant. En tant que régulateur professionnel et garant de la qualité des soins infirmiers fournis, l'OE ne peut ni tolérer ni accepter cette situation, car il ne s'agit pas seulement d'une question de chiffres. Nous avons fait de nombreuses interventions dans ce sens, dans tous les forums : politiques, sociaux, académiques et professionnels. Le manque d'infirmières met quotidiennement la vie des gens en danger. Je plaide pour la reconnaissance des responsabilités des infirmières, dont certaines sont des responsabilités *"nouvelles"*. Cela doit s'accompagner, comme c'est le cas dans d'autres pays, d'une compensation appropriée, afin que l'infirmière puisse passer à un autre niveau. Le métier d'infirmier doit être reconnu et valorisé à sa juste valeur au Portugal.

Le pays doit se rapprocher de la moyenne des pays de l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques). Outre cette pénurie de professionnels, de nombreux infirmiers partent travailler à l'étranger parce que le Portugal ne leur offre pas les conditions dont ils ont besoin et qu'ils souhaitent.

L'accélération technologique de ces dernières années a entraîné la transition numérique des soins infirmiers. S'appuyant non seulement sur les avancées technologiques, mais aussi sur la nécessité d'accroître l'efficacité et la réactivité des services, les infirmières ont été invitées à internaliser l'utilisation des nouvelles technologies dans leur pratique d'une manière plus humaine et plus pertinente, contribuant ainsi à un service plus sûr et plus approprié. Il faut ici souligner l'importance de l'informatisation des dossiers infirmiers, considérée par l'Ordre comme un axe structurant pour le développement de la profession et de l'offre de soins.

> Sous la devise "Personne n'est seul", les infirmières ont acquis une voix, une visibilité, une responsabilité et même une âme.

Ainsi, la création d'une ontologie infirmière a permis de normaliser les informations utilisées par les infirmières, jouant un rôle central dans l'interopérabilité des informations associées à la profession et à la prestation de soins, en termes de données collectées, de diagnostics infirmiers identifiés, d'interventions prescrites et de résultats de santé obtenus, contribuant à remplir le devoir des infirmières *"d'assurer la continuité des soins en enregistrant rigoureusement les observations et les interventions effectuées"* (article 104, paragraphe d), du statut de l'ENP).

Parallèlement, on observe une augmentation exponentielle de l'utilisation des services de télésanté liés aux soins infirmiers, un élément qui revêt une importance particulière dans un pays présentant des asymétries en matière d'accès et d'offre de soins de santé, ce qui permet de répondre à d'autres problèmes.

Ainsi, l'utilisation des systèmes de santé et la transition dite numérique permettent un meilleur accès et un meilleur partage de l'information entre les professionnels de santé et entre ceux-ci et leurs usagers, ainsi que la dématérialisation des dossiers, leur simplification et leur interopérabilité, contribuant à un rapprochement effectif entre les services de santé et la population, réduisant les inégalités d'accès, facilitant le contrôle et le suivi des usagers et une articulation agile entre les prestataires et les services de santé.

> La période récente a été catastrophique pour le Service national de santé, résultat d'un désinvestissement politique et économique et d'années répétées de gestion négligente.

C'est dans ce contexte que nous vivons actuellement que l'Ordre des infirmiers, les associations professionnelles et les syndicats s'inscrivent.

D'une part, il faut distinguer le rôle de l'Ordre des infirmiers, en tant qu'institution dont la fonction est de définir les règles relatives à l'activité professionnelle et le contrôle respectif de leur respect. Nous nous intéressons donc à la réglementation et à la discipline de la profession d'infirmier.

D'autre part, il existe deux autres types d'organisations liées aux soins infirmiers : les syndicats et les associations. Alors que les premiers s'occupent, par définition, des questions de travail découlant du contrat de travail, les secondes se concentrent sur le développement et la prospérité d'une certaine activité, en l'occurrence les soins infirmiers dans une région géographique ou une spécificité professionnelle donnée.

La représentation des infirmiers dans les aspects qui ne les concernent que directement, comme les questions de travail, ne fait pas partie des attributions de l'OE, mais de celles des syndicats. Comme le précise la loi n° 2/2013 du 10 janvier à l'article 5, paragraphe 2, *"les associations professionnelles publiques sont empêchées d'exercer ou de participer à des activités de nature syndicale ou liées à la régulation des relations économiques ou professionnelles de leurs membres"*.

Cependant, dans le cadre de sa responsabilité sociale, l'OE a le devoir d'apporter un soutien professionnel à chacun de ses membres, ce qui inclut la dénonciation de situations injustes et immorales du point de vue de la pratique professionnelle, qui est intrinsèquement liée au travail. Nous ne pouvons tolérer des situations qui mettent en péril la dignité des soins infirmiers et des infirmières. Nous devons y faire entendre notre voix, car la voix de l'Ordre est la voix de chacun de ses membres.

Ainsi, au Portugal, l'Ordre, les syndicats et les associations professionnelles ont des rôles définis, distincts et des vocations différentes. Bien que, dans le cas des soins infirmiers, ils se concentrent sur un objectif commun - les soins infirmiers - leur orientation est différenciée et indépendante. Il n'y a donc pas de relation d'interdépendance ni de liens financiers entre les institutions.

Dans l'intérêt du bon développement de la profession, il est extrêmement utile que toutes les institutions professionnelles liées aux soins infirmiers soient orientées vers le développement de la profession. Mais surtout, leurs chemins sont autonomes et indépendants. Il est évident que lorsqu'on parle de développement de la profession, il y a des moments où tout le monde s'unit et parle d'une seule voix, et ces moments sont remarquables et illustrent l'unité de la profession infirmière. Par exemple, en 2019, 20000 infirmières vêtues de blanc défendront les soins infirmiers et les femmes. Toutes ensemble, honorant la profession, dans un sentiment d'identité et d'appartenance qui reste dans la mémoire non seulement des infirmières, mais de tout un pays.

En tant que chef et plus haut représentant de l'Ordre des infirmiers, je vous assure de notre engagement à construire un consensus non seulement au niveau politique, mais aussi au niveau professionnel, afin de contribuer à assurer la centralité du rôle des infirmières dans le système de santé.

La période récente a été catastrophique pour le Service national de santé, résultat d'un désinvestissement politique et économique et d'années répétées de gestion négligente. Sans infirmières, il n'y a pas de NHS. Le déclin du NHS ne sera jamais dû à un manque de contribution, de responsabilité et de partenariat entre les classes. Parce que les infirmières sont le pilier, elles ont donné, donnent et continueront à donner à l'avenir tout ce qu'elles ont pour les patients, les communautés, la santé et le pays en faveur de soins de santé décents et de qualité.

> Aujourd'hui, plus que jamais, le rôle central des infirmières doit être reconnu par toutes les parties prenantes pour l'importance qu'elles assument au quotidien et dans tous les contextes de soins.

En tant que membres de l'Union européenne et partageant l'espace économique européen, les qualifications des infirmières sont automatiquement reconnues dans les deux pays. Nous pensons que les défis auxquels nous sommes confrontés ici sont les mêmes que ceux auxquels font face nos collègues français. Une population de plus en plus vieillissante, une profession de plus en plus usée, où l'épuisement professionnel et le stress sont de plus en plus une réalité et une préoccupation.

Au Portugal, comme dans la plupart des pays européens, il existe actuellement une population croissante souffrant de maladies et de dépendances, qui a besoin en permanence de soins de santé complexes favorisant l'indépendance en matière d'autosoins et de réadaptation, permettant de gérer les signes et les symptômes des maladies chroniques et de prévenir les complications, répondant au besoin de confort et de soulagement de la douleur chronique et de la douleur en fin de vie, et qui, intégrée à la famille, prépare et accompagne les aidants familiaux pour qu'ils puissent tenir compagnie à leur parent et le soutenir. Vivre avec maîtrise ces transitions familiales et individuelles est l'un des principaux objectifs de l'intervention infirmière, et les besoins de soins identifiés reflètent l'objectif central de l'intervention infirmière.

Nous, ici, en tant que régulateur de la profession, et l'ANFIIDE en France, en tant qu'association professionnelle, nous nous battons pour la même chose, pour de meilleures opportunités et pour la dignité de la profession. Aujourd'hui, plus que jamais, le rôle central des infirmières doit être reconnu par toutes les parties prenantes pour l'importance qu'elles assument au quotidien et dans tous les contextes de soins, car elles sont toujours aux côtés de ceux qui ont le plus besoin d'elles - les patients.

En tant que partenaire du CII, l'Ordre des Infirmiers - et moi-même en tant que son principal représentant - ne pouvait que s'associer à cette initiative visant à marquer le 100e anniversaire de l'Association Nationale Française des Infirmiers et Infirmières diplômés et étudiants. Nous espérons que ce centenaire se renouvellera pour la défense des infirmières et des infirmiers.

Les infirmier.ère.s formé.e.s en **sexologie**

***Véronique BARANSKA**, infirmière formatrice, sexologue, autrice*

La santé sexuelle intègre la santé globale et, à ce titre, n'est pas et ne doit pas être un sujet à part. Les infirmier.ère.s, parmi les professionnel.le.s de santé de première ligne, doivent être sensibilisé.es sur le fait de considérer la sexualité comme une composante importante de la vie et donc, dans les prises en soin.

Selon l'OMS, la santé sexuelle s'entend comme *«…un état de bien-être physique, mental et social eu égard à la sexualité, **qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité.** La santé sexuelle s'entend comme une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que comme la possibilité de vivre des expériences sexuelles agréables et sûres, exemptes de coercition, de discrimination et de violence. Pour que la santé sexuelle soit assurée et protégée, **les droits sexuels** de toutes les personnes doivent être **respectés, protégés et appliqués**»*. (OMS, 2006a)[1]

La France s'est dotée d'une **stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030** (SNSS). Elle se base sur des principes fondamentaux *«la sexualité doit être **fondée sur l'autonomie, la satisfaction, la sécurité** (…) …»*

*«La stratégie nationale de santé sexuelle développe une **action volontariste d'information, d'éducation à la santé et de communication**, avec une place prioritaire pour la santé des jeunes et permet de **renforcer la formation** et la **mobilisation des professionnels de santé, notamment de premier recours**.»*

*«L'amélioration des pratiques des professionnels passe par une définition académique et un **renforcement de la formation en santé sexuelle des professionnels de santé**, en particulier **les professionnels de 1er recours** (médecins généralistes, pharmaciens, sages-femmes, **infirmiers**…), première porte d'entrée des usagers dans le système de santé (…). L'objectif est autant de permettre à ces professionnels de disposer d'un **socle commun de connaissances scientifiques, psycho-sociales et juridiques**, que **d'apprendre à communiquer de façon efficace, avec empathie et sans jugement sur les sujets liés à la sexualité**, permettant ainsi **d'améliorer la communication et d'adapter leurs conseils, leur diagnostic et la prise en charge des usagers**…»*

La SNSS prévoyait, dans ses cibles pour 2023, à ce que 100 % des organismes de formation initiale et continue des professionnel.les de santé propose une formation en santé sexuelle[2]. Après une première feuille de route 2018-2020, une seconde feuille de route 2021-2024 prévoit que **d'ici 2030, 100 % des professionnel.les de santé soient formés**[3].

La sexualité concerne tout le monde, de la naissance jusqu'à la mort (c'est d'ailleurs pour cela, entre autres, qu'il est fait référence à un développement psychosexuel dès l'enfance). **Les droits sexuels** sont des **droits humains** et la **justice sexuelle**, concept récemment mis en lumière par la WAS (World Association for Sexual Health)[4], prennent sens dans la vision globale que l'on doit avoir dans notre façon d'appréhender chaque individu. Convaincu.e.s de l'importance de la sexualité dans le cadre d'une prise en charge holistique, des infirmier.ère.s se sont formé.e.s en sexologie, formation dont on ne peut faire l'impasse pour l'acquisition de **nouveaux savoirs, savoir-être et savoir-faire**. Il.elle.s sont ainsi plus outillé.e.s en vue d'**éducation**, de **conseils**, de **prévention** et de **traitements** en lien avec la **santé sexuelle** et donc, de la santé globale.

En effet, la sexologie, transdisciplinaire, regroupe les sciences humaines, les sciences médicales, les sciences sociales, la biologie, l'anthropologie, le droit, etc. La palette des champs d'action est vaste, passant de l'intérêt de compléter un manque de connaissance sur le corps, d'aider à retrouver une plus grande estime de soi, de traiter des troubles du désir sexuel, de comprendre et accompagner des difficultés à atteindre l'orgasme, de comprendre et traiter des dyspareunies… jusqu'à conseiller lors de demandes quant au souhait d'améliorer une relation, etc. Une **écoute**, un **accompagnement**, une éventuelle **orientation** doivent pouvoir être

proposé.es, d'autant plus lorsque l'on sait l'impact non négligeable de violences, de maladies, de chirurgies, de traitements, de situations de handicap...sur la sexualité. Le tabou n'a pas sa place dans la posture professionnelle infirmière.

L'un des piliers de la santé sexuelle est l'**éducation à la sexualité**. Cette éducation intègre le **référentiel des actes** *« Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et **qualité des relations avec le malade**. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, **dans le respect des droits de la personne**, dans le souci de son **éducation à la santé** et en tenant compte de la **personnalité** de celle-ci dans ses **composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle** : 1. De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social... »*

La SNSS rappelle que la santé sexuelle doit être prise en compte le plus tôt possible. L'école a ainsi, par exemple, l'obligation de mettre en place l'éducation à la sexualité. Dès lors, on retrouve le rôle prépondérant des infirmier.ère.s de l'Education nationale et de l'Enseignement supérieur, que ce soit lors de leurs **consultations infirmières** tout autant que dans les **conseils techniques** qu'il.elle.s prodiguent auprès des autres professionnel.le.s de leurs différents lieux d'exercice. Les infirmier.ère.s peuvent également renouveler une contraception pour 6 mois, délivrer une contraception d'urgence, etc. Ayant exercé pendant plus de 17 ans en promotion de la santé en milieu scolaire, je me suis vite aperçue qu'il me manquait une base solide concernant la sexualité. Néanmoins, la formation initiale et continue (obligatoire) joue un rôle essentiel. Ainsi, j'avais constitué un dossier concernant un DU de sexologie clinique qui était proposé à l'Université de Bourgogne (université la plus proche de mon lieu d'exercice). Après une année de report, ce DU n'a finalement pas été ouvert. Mon DIF mobilisé (CPF aujourd'hui) et souhaitant intégrer rapidement une formation, il y aurait eu une possibilité d'intégrer un DIU à Paris (mais combinatoire compliquée travail/formation au vu des horaires) ou à Lyon (mais liste d'attente). J'ai dû trouver une autre solution en intégrant une école privée à Paris (majorité des cours en week-ends). On peut d'ailleurs se questionner du pourquoi la sexologie n'a encore pas réussi à trouver toute sa place au niveau universitaire en France (et pourquoi des universités ne proposent pas de DU et/ou de DIU). Un questionnement qui s'impose d'autant plus lorsque l'on sait, par exemple, que le département de Sexologie de l'UQAM (Université du Québec à Montréal), a fêté ses 50 ans en 2019[6].

Infirmière formée en sexologie clinique, cela a complètement transformé ma pratique, la transdisciplinarité de la formation offrant une ouverture professionnelle qui se retrouve sur la façon d'accompagner les soins (éducatifs, préventifs, curatifs). J'ai écrit et co-écrit des livres et des articles[7]. J'interviens également dans 2 diplômes universitaires, en colloques dont aux Journées Francophones de Sexologie et de Santé Sexuelle et je suis régulièrement sollicitée dans le cadre d'articles de presse. Au-delà de mon expérience profession-

Marie-Lou COBOS

Après avoir travaillé 20 ans dans une entreprise semi privée ou elle était cadre administratif, elle s'est réorientée vers la profession d'infirmière. A 42 ans, diplômée IDE, elle s'est vite rendue compte du tabou de la sexualité auprès de la personne âgée. Tout était interdit, on oubliait que ces personnes étaient des adultes et surtout on feignait ignorer l'importance d'une vie affective au grand âge. C'est pour cette raison qu'elle s'est lancée dans le DIU de Sexualité humaine. Ses compétences ont été reconnues dans son domaine professionnel. Elle a pu s'entretenir avec des patients victimes ou auteurs de violences sexuelles, des personnes qui souhaitaient avoir une vie affective et sexuelle. Elle a publié des articles et elle dispense des formations sur la sexualité des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Elle a un projet de mettre en place dans sa région une association qui couvrirait la prévention, l'information et le conseil en santé sexuelle.[8]

Claude GIORDANELLA

Elle intervient dans plusieurs domaines :

- expertise concernant la prostitution des mineur.e.s
- vacations bimensuelles en CeGGID (orienté public ayant subi des violences sexuelles et parcours d'exil)
- formatrice en santé sexuelle

Codirectrice du DU Santé sexuelle & Droits Humains, Université Paris Cité

- membre du comité des experts de l'OPEN (Observatoire de la Parentalité et de l'Education Numérique)
- membre du RSSP (Réseau de Santé Sexuelle Publique, Île-de-France)
- intervention en colloques, dont aux Journées Francophones de Sexologie et de Santé sexuelle.

Elle a participé à la co-écriture du guide de premier recours en sexologie.[9]

Nadia FLICOURT

Elle est formatrice experte consultante

- animation, formation et analyse de pratiques professionnelles
- accompagnement des professionnels du social, du sanitaire et de l'éducatif, centré sur un travail pluridisciplinaire dans la prise de conscience des processus relationnels instaurés et interférents dans l'histoire personnelle de chacun
- nombreuses interventions aux Assisses Françaises de Sexologie (aujourd'hui Journées Francophones de Sexologie et de Santé sexuelle)

Participation à l'écriture de plusieurs articles.[10]

nelle, j'ai souhaité mettre en lumière celle d'autres collègues infirmières formées en sexologie et que je remercie d'avoir répondu à ma demande.

Pour conclure, ce sera avec un certain intérêt de découvrir comment sera déclinée la poursuite de la déclinaison de la stratégie nationale de santé sexuelle à travers le futur référentiel de formation des infirmier.ères.

1. *Santé sexuelle* – World Health Organization (WHO) https://www.who.int/fr/health-topics/sexual-health#tab=tab_2
2. *Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030* https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf
3. 2e feuille de route 2021-2024 *Stratégie nationale de santé sexuelle* https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille_de_route_sante_sexuelle_16122021.pdf
4. *WAS* https://worldsexualhealth.net/about-was/
5. *Référentiel d'activités et de compétences* https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009_annexe_1.pdf
6. *Cinquante ans de sexologie* https://actualites.uqam.ca/2019/cinquante-ans-sexologie/
7. Ouvrages de Véronique BARANSKA
L'éducation à la sexualité. Respect, égalité, altérité (In Press, 2021), avec Sébastien Landry
Ados, sexe et genres. Ton corps, tes choix, ta vie ! (In Press, 2023)
https://www.inpress.fr/auteur/veronique-baranska/
Amour, amitié et sexualité. On apprend, on comprend, on discute avec nos ados (Mango, 2023), avec Estelle Hilt et Suzanne Jolys
https://www.mangoeditions.com/9782317031809-amour-amitie-et-sexualite.html
Parmi les articles
Une éducation à la sexualité à repenser, avec Frédéric Galtier Revue de la Santé scolaire et universitaire, Elsevier Masson, 2022
https://www.em-consulte.com/article/1499783/une-education-a-la-sexualite-a%C2%A0repenser
La puberté, place de l'école, Revue de la Santé scolaire et universitaire, EM, 2023
https://www.em-consulte.com/article/1602361/la-puberte-place-de-l-ecole
8. Parmi les articles de Marie-Lou Cobos
Pleins fards au crépuscule de la vie, Sexualités Humaines, 38 Juillet-septembre 2018
https://bibliotheque.helb-prigogine.be/opac_css/index.php?lvl=notice_display&id=151072
La sexualité des jeunes en établissements médico-sociaux, l'Aide Soignante, volume 37, numéro 249, août-septembre 2023
https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1166341323001331
9. Participation de Claude Giordanella
Guide de premier recours en sexologie. Pour s'y retrouver, en parler, dépister et orienter. RSSP Réseau de santé sexuelle publique
https://www.santesexuelle.org/wp-content/uploads/2023/05/guide-de-premier-recours-en-sexologie.pdf
10. Parmi les articles avec la participation de Nadia Flicourt
Dossier La santé sexuelle, un objet de soins N° 380 * mars 2018 * L'INFIRMIÈRE MAGAZINE 37
https://www.researchgate.net/publication/344123449_L%27INFIRMIERE_MAGAZINE_37_-_N_380_mars_2018
Cahier de formation. La santé sexuelle L'INFIRMIÈRE LIBÉRALE MAGAZINE - N° 334 - MARS 2017
https://www.espaceinfirmier.fr/presse/l-infirmiere-liberale-magazine/article/n-334/la-sante-sexuelle-ILM33402901.html

Lettre de candidature à un poste au conseil d'administration

Monsieur Aurélien GOLLIOT

Madame La présidente de L'ANFIIDE

Chers membres de l'Association Nationale Française des Infirmières et Infirmiers Diplômés et des Étudiants,

C'est avec honneur et engagement que je vous présente aujourd'hui en tant que candidat au conseil d'administration de notre association.

Je m'appelle Aurélien GOLLIOT, j'ai 27 ans et je suis infirmier dans un service d'urgences d'une clinique privée, dans la région de Rouen.

Permettez-moi de partager avec vous ma vision pour l'avenir de notre profession et les raisons pour lesquelles je souhaite contribuer activement à notre association.

En tant qu'infirmières et infirmiers diplômés, nous exerçons, vous le savez, un rôle fondamental. Nous sommes les piliers du système de santé, les gardiens du bien-être de nos concitoyens. Chaque jour, nous faisons face à des défis complexes et exigeants, et nous devons être prêts à les relever avec compétence, compassion et professionnalisme.

En tant que potentiel futur membre du conseil d'administration, je m'engage à œuvrer pour renforcer notre profession et promouvoir l'excellence dans les soins infirmiers à la fois sur notre territoire et à l'international. Je crois fermement en l'importance de la formation continue et à la nécessité de développer nos compétences professionnelles pour rester efficaces et performants et nous adapter aux avancées technologiques ainsi qu'aux nouveaux besoins qui émergent régulièrement de notre société. Ainsi, je m'engage à promouvoir des initiatives qui favoriseront la formation, la recherche et l'innovation.

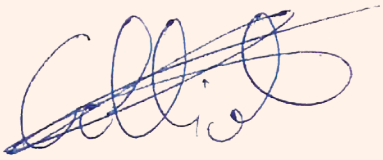
Par ailleurs, je suis pleinement conscient des défis auxquels sont confrontés les étudiants infirmiers. Le passage du statut d'étudiant à celui de professionnel peut être difficile, et je m'engage à soutenir les étudiants tout au long de leur parcours en veillant à ce qu'ils aient accès à des ressources adéquates, à des stages de qualité et à un encadrement solide. Je travaillerai à améliorer encore la collaboration avec les établissements d'enseignements et les organisations partenaires pour renforcer les liens entre la théorie et la pratique, et pour offrir aux étudiants des opportunités d'apprentissages enrichissantes.

Je suis également convaincu de l'importance de la voix collective. En tant que membre du conseil d'administration, je veillerai à ce que notre association représente et défende les intérêts des infirmières et infirmiers diplômés et étudiants au niveau national et international. Je m'engage à promouvoir une collaboration étroite avec les autres acteurs du système de santé, les décideurs politiques et les organismes de réglementation, afin d'influencer les politiques de santé et d'améliorer les conditions de travail de notre profession.

En conclusion, mes chers consœurs et confrères, je suis profondément motivé et déterminé à contribuer au développement et à la promotion de notre profession au sein de l'ANFIIDE. Je crois en notre capacité à faire une différence significative dans la vie des patients, et je crois qu'un jour viendra où notre profession sera reconnue à sa juste valeur.

Je vous demande aujourd'hui votre confiance et votre soutien. Ensemble, nous pouvons relever les défis qui se présentent à nous et faire avancer notre profession vers un avenir meilleur.

Je vous prie d'agréer Madame la Présidente, l'expression de mes respectueuses salutations.



Veille Juridique et Règlementaire

Geneviève CAILLE

La nécessité de s'informer, d'être informé, de connaître la Règlementation Professionnelle

La veille juridique détient un but bien précis pour qui la réalise. ***Notre Profession «règlementée» nécessite une vigilance constante.*** «La Veille» est une activité continue et en grande partie itérative, visant à une surveillance «active» et «réactive». C'est un ensemble d'actions permettant de se tenir au fait des informations.

La veille juridique et règlementaire est l'activité de suivi et d'anticipation des règlementations Nationales, Européennes et Internationales susceptibles d'influer sur les activités ou la stratégie.

Identifier les nouvelles dispositions légales et juridiques entrées en vigueur et traiter les informations collectées afin de diffuser une information précise.

La veille juridique permet une réelle anticipation aux évolutions de l'environnement législatif spécifique et permet de collecter des informations dès l'annonce de projets de lois ou même de simples rumeurs, optimiser la réactivité et la capacité d'adaptation et de vérifier avant de prendre une décision.

Chaque secteur d'activité doit respecter des dispositions législatives propres : avoir une bonne connaissance de ces dernières permet d'exercer son activité dans de meilleures conditions, les enjeux sont importants.

Il y a différents types de veille

Veille Juridique – Règlementaire / veille Stratégique / Veille Technologique / Veille Concurrentielle / Veille Commerciale / Veille Image

Les étapes :

- Cadrage du besoin en définissant ma méthodologie de la veille
- Identification des sources fiables et pertinentes pour le secteur d'activité
- Collecte de l'information
- Traitement et analyse de l'information
- Diffusion et partage de l'information

Notre profession «Règlementée» nécessite d'intégrer dans les recherches un regard global : législatif et règlementaire, social, économique, environnemental etc.

La très grande diversité des sites consultables nécessite une sélection. Il faut prioriser les sites internet officiels et toujours vérifier car ce processus vise à surveiller les sources d'informations en rapport avec les règlementations et aussi à détecter les nouvelles exigences.

Les informations collectées doivent provenir uniquement de sources d'autorité fiables.

S'abonner à des newsletters. Le recours au mail est sûr et certain en rappelant qu'on parle toujours de sites référés et sûrs. Les sites d'autorité proposent des newsletters ciblées.

www.legifrance.gouv.fr est le site prioritaire à consulter dans le cadre de la veille juridique.

Le nombre et la diversité des sites sélectionnés pour la recherche nécessitent *«un très important travail de lecture»* c'est incontournable et essentiel.

Il appartient au législateur et au pouvoir règlementaire d'assurer l'adaptation permanente des textes à l'évolution des circonstances de droit ou de fait qui ont initialement motivé leur adaptation. Ce principe d'adaptation peut emporter une obligation de révision des textes pour tenir compte de l'évolution des circonstances de droit ou de fait. Le travail de revue de l'état du droit en vigueur est encore plus nécessaire s'agissant des mesures de transposition des directives de l'Union Européenne *(Guide Légistique 3e édition maj 12/2017 et maj fiche 111 le 04/10/2023)*

L'adage *«Nul n'est censé ignorer la Loi»*, exprime une fiction juridique selon laquelle une personne ne peut plaider devant un juge son ignorance de la loi.

L'idée générale qui se dégage tout au long de l'histoire, c'est que le savoir juridique était détenu par une élite jusqu'à son ouverture au peuple. De nos jours, l'accès à la loi est facilité par sa publication dans le Journal officiel. Bien que le JO soit créé en 1868, la publication des nouvelles normes dans un journal date de la Révolution française. Le 16/12/1999, le Conseil constitutionnel (n°99-421 DC) a fait *«un objectif de valeur constitutionnelle d'accessibilité et d'intelligibilité de la Loi»* appuyé par les outils numériques.

Le service public de la diffusion du droit par l'internet repose sur la création d'un site internet, ouvert le 02/02/1998 sous le nom de Légifrance, suivi en 2012 du lancement de l'application légimobile. Depuis le 01/01/2016, le JO de la République française-Lois et décrets est 100% numérique et consultable sur le site de l'accès au droit Légifrance.

La veille Juridique et règlementaire malgré le volume de travail qu'elle nécessite et le temps quotidien qu'elle exige, n'est pas une contrainte mais un gage de pouvoir mieux permettre un exercice professionnel averti et responsable.

A titre informatif sur la 16e législature actuelle (depuis juillet 2022)

De juillet 2022 à décembre 2023 : 49 Lois publiées/ 38 Ordonnances/ 58 Projets de Lois/ Assemblée Nationale-Travaux parlementaires 121 projets de lois - Commission des lois 8 Lois en débat – 24 avis en cours / La commission permanente des affaires sociales à l'Assemblée Nationale et celle du Sénat méritent écoute et lecture des CR)

En Vigueur : **78 Codes dont le CSP**

16 Ministères plus 1er Ministre

Plus précisément le **Ministère de la Santé** (www.solidarites-sante.gouv.fr)

Le Système de santé français s'appuie sur des structures multiples : ambulatoires pour les soins dits de « ville », sanitaires pour la prise en charge hospitalière et médico-sociale et sociales pour des publics dits « fragiles », âgés ou handicapés. Il repose sur la liberté de choix du patient et du résident : chaque patient est libre de choisir son médecin traitant, un spécialiste, son établissement de santé, sa structure d'hébergement, ceci dans le secteur public, comme dans le secteur privé.

Sous l'autorité du Ministre 15 directions-délégations-secrétariats-services dont 8 Directions (DGS/ DGOS / DSS / DREES), 4 Délégations (Santé mentale et psychiatrie, Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), Délégation aux Affaires Européennes et Internationales (DAEI), Délégation Ministérielle au Numérique en Santé (DNS).

Sur le site **www.service-public.fr** (site officiel de l'administration française) accès à tous les organismes par thèmes.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
JOURNAL OFFICIEL
LOIS ET DÉCRETS

VEILLE JURIDIQUE N° 43

du 29/06/2023 au 05/01/2024

Geneviève CAILLE

www.legifrance.gouv.fr/www.solidarites-sante.gouv.fr/ www.has-sante.fr/www.hcsp.fr/ www.fonctionpublique.gouv.fr/www.drees.solidarites-sante.gouv.fr /www.irdes.fr/ /www.ladocumentationfrancaise.fr/ www.ccomptes.fr/www.conseil-etat.fr/ /www.insee.fr/www.assemblee-nationale.fr/www.senat.fr / www.ined.fr/www.services-publiques.fr/www.justice.gouv.fr/www.strategie.gouv.fr/www.securite-sociale.fr/ /www.dares.travail-emploi.fr/www.ordre-infirmiers.fr/www.lecese.fr/

Accès aux Soins / Pauvreté-Précarité-Insertion

Loi 2023-1268 du 27/12/2023 (texte 5) JO du 28/12/2023 visant à ***« améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels »*** (13P)

www.drees.solidarites-sante.gouv.fr /Panorama de la Drees sociale le 14/12/2023 « La Protection Sociale en France et en Europe en 2022 » (24Pays) Edition 2023. Résultats des comptes de la Protection Sociale (200P)

www.drees.solidarités-sante.gouv.fr « Etudes et Résultats N°1287 du 15/12/2023 » Un bénéficiaire sur 5 reste les 10 années suivantes dans la prestation (RSA) » (8P).

www.drees.solidarites-sante.gouv.fr /Drees-Méthodes N°10 du 28/08/2023 (34P) « La mesure de renoncement aux soins est très sensible à la formulation des questions » (Suivi dans le temps et impact de la formulation des questions)

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

Décret 2023-1351 du 28/12/2023 (texte 78) JO du 30/12/2023 fixant pour 2023 ***les paramètres des régimes des prestations complémentaires de vieillesse des médecins et des sage-femmes des régimes d'assurance vieillesse complémentaire et d'invalidité - décès des professionnels libéraux*** et des régimes d'assurance vieillesse complémentaire des artistes-auteurs et fixant des paramètres des cotisations dues par les assurés de la caisse interprofessionnelle (CIPAV) au titre de leurs régimes d'assurance vieillesse complémentaire et d'assurance invalidité-décès (4P) s'applique aux cotisations et aux prestations dues au titre des périodes courant a/c du 01/01/2023)

Décret 2023-1372 du 25/12/2023 (texte 124) JO du 30/12/2023 relatif aux ***sanctions administratives*** prévues par les articles L.114-17, L.114-17-1 et L.165-1-4 du code de la Sécurité sociale (concerne en autre les professionnels de santé libéraux, établissements et centres de santé… (4P) entrée en vigueur le 31/12/2023

Loi 2023-1250 du 26/12/2023 (texte 1) JO du 27/12/2023 de ***Financement de la Sécurité Sociale pour 2024*** (LFSS) (72P) Le texte 4 (même JO) Décision 2023-860 DC du 21/12/2023 Conseil Constitutionnel (8P)

Arrêté du 26/10/2023 (texte 10) JO du 07/11/2023 portant approbation du Référentiel de Sécurité et d'Interopérabilité relatif à l'accès par les professionnels de santé au DMP.

Arrêté du 25/07/2023 (texte 43) JO du 29/07/2023 portant approbation de l'avenant n°10 à la convention Nationale organisant les rapports entre les Infirmiers libéraux et l'Assurance maladie signée le 22/06/2023

www.drees.solidarites-sante.gouv.fr « Etudes et Résultats N°1282 du 05/10/2023 : 1/3 des médecins généralistes, et plus de la moitié de ceux exerçant en maison de santé pluriprofessionnelle, collaborent quotidiennement avec les infirmières (8P)

ANAP (Agence Nationale de la Performance Sanitaire et médico-sociale) 01/09/2023: La Réforme de la Tarification des Soins Infirmiers à domicile (14P)

www.drees.solidarites-sante.gouv.fr /Panorama/ Rapport du 20/09/2023 sur « Les dépenses de santé en 2022- Edition 2023 (286P) Ce panorama analyse les comptes et replace ces résultats dans une perspective internationale. Ces comptes recouvrent la consommation de soins de santé en France et les financements correspondants, qu'ils relèvent de l'Assurance maladie, de l'Etat, des collectivités territoriales, des organismes complémentaires ou directement des ménages. ***En 2022 : 313,6 milliards d'euros soit 4 600 euros par habitant***…(voir le sommaire en priorité pour accéder ensuite aux différentes Fiches)

Cursus / DE- Spécialités-Modes d'exercice /Formation-DPC/IFSI-Université/ Actes Infirmiers-CPS / CNP Conseils Nationaux Professionnels

Arrêté du 15/09/2023 (texte 19) JO du 29/09/2023 portant ***approbation d'un avenant n°5*** à la convention constitutive de Groupement d'Intérêt Public « Agence Nationale de développement professionnel continu » (2P)

Arrêté du 03/07/2023 (texte 28) JO du 05/07/2023 ***modifiant l'arrêté du 31/07/2019*** relatif au DE d'infirmier.

Etudes-Recherches-Evaluations-Statistiques/ Jurisprudences-Conseil Constitutionnel- Conseil d'Etat/

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

Décret 2023-1238 du 22/12/2023 (texte 33) JO du 23/12/2023 relatif à l'***indemnisation du travail de nuit dans la FPH*** (entrée en vigueur le 01/01/2024)

Arrêté du 22/12/2023 (texte 36) JO du 23/12/2023 modifiant l'arrêté du 16/11/2004 fixant le montant de l'***indemnité pout travail des dimanches et jours fériés*** (entrée en vigueur le 01/01/2024)

Ministère de la Transformation et de la Fonction Publique : DGAFP Edition 2023 FP les chiffres CLES 2023 (24P)

www.drees.solidarites-sante.gouv.fr « Etudes et Résultats N°1278 du 06/09/2023 « ***Les salaires de la FPH*** : en 2021 le salaire net moyen augmente de 2,8%en euros constants » (5P)

Décret 2023-825 du 25/08/2023 (texte 10) JO du 27/08/2023 portant diverses dispositions relatives au ***Congé de présence parentale*** et au ***congé de proche aidant*** dans Les 3 FP (3P)

Législation Européenne-Directives / Législation Mondiale / CII / OMS

Politique de l'UE en matière de santé (9P) « L'UE contribue à améliorer la Santé Publique par le financement et la législation sur la ***lutte contre les menaces transfrontières graves sur la santé***, les médicaments, les droits des patients en matière de soins de santé transfrontières, la prévention des maladies et la promotion de la santé…

Ordre Infirmier - Déontologie- Ethique- Elections- RPPS/ Démographie Infirmière

www.ordre-infirmiers.fr CP du 16/10/2023 (5P) Accès aux soins : ***Les incertitudes sur la Démographie Infirmière*** pèsent sur les politiques et la santé des Français.

www.drees.solidarites-sante.gouv.fr «Etudes et Résultats N° 1277 du 24/08/2023» Près d'***une infirmière hospitalière deux a quitté l'hôpital ou changé de métier*** après 10 ans de carrière » (6P)

Prévention-Vaccinations/ Crise Sanitaire-Pandémie-Epidémie-Etat d'Urgence-DGS Urgent/ Conseil Scientifique / Transfusion Sanguine/ Cancers -Institut National/ Endométriose/Avortement/ Bioéthique-AMA-PMA-Néonatal/ Obésité-Diabète /

Décret 2024-8 du 03/01/2024 (texte 20) JO du 05/01/2024 relatif à la préparation et à la réponse du Système de santé pour ***faire face aux situations sanitaires exceptionnelles*** (8P) Important.

DGS-Urgent N° 2023-24 du 01/12/2023 Covid-19 Mise à disposition du ***vaccin adapte NUVAXOVID3 XBB.1.5*** du laboratoire Novavax www.solidarites-sante.gouv.f

www.drees.solidarites-sante.gouv.fr « Etudes et Résultats N° 1281 du 27/09/2023 : ***Le nombre des IVG augmente en 2022*** » (8P)

Protection de l'Enfance-PMI/ Accueil de l'enfant-Adoption/ Modes de garde

www.drees.solidarites-sante.gouv.fr « Etudes et Résultats N°1286 Décembre 2023 ***Modes de garde et d'accueil des jeunes enfants handicapés*** : les parents en 1re ligne » (en 2021 : 47 000 enfants de moins de 6 ans bénéficient de l'AEEH) 8P.

www.legifrance.gouv.fr Circulaire du 05/12/2023 NOR : JUSK2315651C relative à la ***prise en charge des enfants vivant avec leur mère en détention***.

Décret 2023-736 du 08/08/2023 (texte 41) JO du 09/08/2023 relatif aux ***compétences vaccinales*** des infirmiers, des pharmaciens d'officine, des infirmiers et pharmaciens exerçant au sein des pharmacies à usage intérieur, des professionnels de santé exerçant au sein des laboratoires de biologie médicale et des étudiants en 3ème cycle des études pharmaceutiques.

Arrêté du 08/08/2023 (texte 51) JO du 09/08/2023 fixant le cahier des charges relatif aux conditions techniques à respecter pour exercer l'***activité de vaccination*** et les objectifs pédagogiques de la formation à suivre par certains professionnels de santé en application des articles R.4311-5-1, R.5125-33-8, R5126-9-1 et R.6212-2 du CSP.

Arrêt du 08/08/2023 (texte 52) JO du 09/08/2023 fixant la ***liste des vaccins*** que certains professionnels de santé et étudiants sont autorisés à prescrire ou administrer et la liste des personnes pouvant en bénéficier en application des articles L.4311-1-1, L.4151-2, L .5125-1-1A, L.5126-1, L.6212-3 et L.6153-5 du CSP.

Réformes de l'Etat/ Institutions-Santé-Justice-Travail-Education-Retraites /Economie-Finances Publiques-Loi Finances et Loi Finances Sécurité Sociale LFSS

Loi 2023-1322 du 29/12/2023 (texte1) JO du 30/12/2023 de Finances pour 2024 (289P) et Conseil Constitutionnel (texte 2) « Décision 2023-862 DC du 28/12/2023 (13P)

Services de Prévention et de Santé au Travail /Santé Scolaire /Santé et Protection des Personnels de Santé

www.sante.gouv.fr/actualites 09/10/2023 « Rapport sur la ***santé des Professionnels de santé*** » (52P)

IGAS 01/09/2023 (Janvier 2023) (suite loi du 20/07/2011-CPOM) Bilan et perspectives des ***contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens*** avec les services de Prévention et de Santé au travail (87P)

Arrêté du 27/07/2023 (texte 9) JO du 01/09/2023 (3P) fixant le cahier des charges de ***Certification des Services de Prévention et de Santé au Travail Interentreprises*** (SPSTI) (Texte pris en application du Décret 2020-1031 du 20/07/2022)

www.sante.gouv.fr « Le Plan pour la ***Sécurité des Professionnels de Santé*** du 29/09/2023 » (27P) Le plan d'actions comprend 42 mesures

Système de Santé- Refondation-transformation-Modernisation/ Réforme Hôpital- CPTS-Structures Pluriprofessionnelles / Droit du Patient /ARS/HCPP/ Expérimentations/Education Thérapeutique/Protocole de Coopération / Numérique Santé/ Santé et Environnement

www.drees.solidarites-sante.gouv.fr « Etudes et Résultats N° 1292 du 04/01/2024 » Plus ***exposés à la pollution de l'air***, les jeunes enfants des ménages modestes, plus fragiles, sont plus affectés (8P)

www.drees.solidarites-sante.gouv.fr « Etudes et Résultats N° 1289 du 20/12/2023 » En 2022 la ***baisse du nombre de lits en état d'accueillir des patients*** s'accentue (Premiers résultats de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) 2022. Au 31/12/2022:1338 hôpitaux publics 658 établissements privés à but non lucratif et 980 cliniques privées. Le nombre de sites géographiques continue de diminuer lentement. Les capacités d'accueil de ces 2976 établissements se répartissent entre hospitalisation complète (374 000 lits) et partielle (85 000 places) .....

Décret 2023-1148 du 08/12/2023 (texte 34) JO du 07/12/2023 déterminant les ***modalités de la mise en œuvre de l'expérimentation*** (dans 6 régions de l'établissement des certificats de décès) prévue par l'article 36 de la loi 2022-1616 du 23/12/2022 LFSS.

Arrêté du 29/08/2023 (texte 3) JO du 23/09/2023 relatif à l'approbation du cahier des charges (16P) de l'appel à projets « ***Communs numériques pour l'Intelligence Artificielle générative*** »

www.irdes.fr/documentation/syntheses et bibliographies « Juillet 2023 -***L'Hôpital en France*** » Cette bibliographie, essaie de présenter les principaux documents de Référence, selon les thèmes mentionnés dans le sommaire. Les références bibliographiques sont classées par ordre alphabétiques, puis par ordre alphabétiques d'auteurs et/ou de titres et portent sur la période 1990-2023 avec quelques documents clefs sur la période antérieure pour l'aspect historique (P 553 à 563) Réformes Hospitalières (P37 à 86).

www.esante.gouv.fr (17/05/2023) Agence du Numérique en Santé « ***La feuille de route du Numérique en Santé*** 2023-2027 (27P)

www.hcsp.fr Revue ADSP n°121 mars 2023 (64P) « ***Démocratie participative en santé*** / Repenser le Système de Soins sur un fondement Ethique »

www.ccomptes.fr du 07/07/2023 (34P) «***Accélérer la Réorganisation des soins de Ville*** pour en garantir la qualité et maîtriser la dépense»

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

www.drees.solidarites-sante.gouv.fr « Etudes et Résultats N°1290 du 22/12/2023 » L'***espérance de vie sans incapacité*** (correspond au nombre d'années que peut espérer vivre une personne sans être limitée par un problème de santé dans ses activités quotidiennes) à 65 ans est de 11,8 ans pour les femmes et de 10,2 pour les hommes en 2022 (5P)

www.drees.solidarites-sante.gouv.fr « Etudes et Résultats N° 1288 du 19/12/2023 » ***Grandes causes des décès*** an France en 2021 : une année encore fortement marquée par le Covid-19 (En 2021, le nombre total de décès est inférieur à celui de 2020 (660 168 contre 667 497) mais reste nettement supérieur à celui des années précédentes même en tenant compte du vieillissement de la population. Le Covid reste la 3e cause de mortalité en France (60 895 soit 9,2% des décès) et tue toujours en majorité des personnes âgées mais moins qu'en 2020.....les causes de décès en 2021 les plus fréquentes restent toutefois les tumeurs (25,7%) et les maladies cardio-neurovasculaires (20,9%) ...

www.drees.solidarites-sante.gouv.fr « Etudes et Résultats N° 1284 du 16/11/2023 » ***Résidences Autonomie*** avant le début de la crise sanitaire, le nombre de places augmentait, mais celui des résidents diminuait (8P) (Fin 2019 juste avant le début de la crise sanitaire, 100 000 personnes vivent dans une des 2 230 résidences autonomie)

www.sante.gouv.fr/actualites 09/10/2023 « ***Prévention des chutes chez les Séniors et les personnes âgées*** » Manuel pratique-Prévention des chutes (21P) « « Travail de l'équilibre chez les séniors et les personnes âgées » Accès également au Plan anti-chutes (35P) et affiches (4P)

www.drees.solidarites-sante.gouv.fr « Etudes et Résultats N°1279 du 07/09/2023 ***Accessibilité géographique à l'offre médico-sociale et sanitaire pour les personnes âgées*** : une approche territoriale » (7P)

www.ccomptes.fr 13/09/2023 « ***L'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes*** » (143P) Le nombre de personnes en situation de handicap de plus de 50 ans constitue un phénomène de grande ampleur. Le nombre de bénéficiaires de l'AAH de plus de 50 ans a progressé de 55% entre 2011 et 2019...**Instruction Interministérielle** N° DGOS/R4/DGS/DGCS/2023/76 du 21/06/2023 relative à la poursuite de la structuration des filières territoriales de Soins Palliatifs dans la perspective de la Stratégie décennale 2024-2034 (54P)

www.parlons-fin-de-vie.fr Centre National des Soins Palliatifs et de la Fin de Vie « ***L'Atlas des soins palliatifs et de fin de vie en France***- 3e Edition 2023 (22/03/2023 » (130P)

www.cnsa.fr (Mai 2023) Guide Méthodologique « ***Un tiers-lieu dans mon EHPAD*** – Comment générer une dynamique tiers-lieu en EHPAD ? (34P)

www.igas.gouv.fr « Les EHPAD vont devoir s'adapter « à l'***arrivée significative » de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer***. Le Rapport de 86P « Evaluation des dispositifs spécialisés de prise en charge des personnes atteintes de maladies neurodégénératives et le Dossier de 404P des annexes mis en ligne le 18/07/2023.

Décret 2023-608 du 13/07/2023 (texte 21) JO du 16/07/2023 relatif aux ***services autonomie à domicile*** mentionnés à l'article L.313-1-3 du Code de l'action sociale et des familles et aux services d'aide et d'accompagnement à domicile relevant des 1° et 16° du I de l'article L.312-1 du même code (20P)

www.ccomptes.fr Juillet 2023 « ***Les Soins Palliatifs : une offre de soins à renforcer*** » (124P) Communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale- 10 Recommandations.

Violences- Conjugale -Intrafamiliale-Scolaire-Travail-Harcèlement / Addictions / Suicide/Psychiatrie-Offre de Soins

Décret 2023-1088 du 24/11/2023 (texte 57) JO du 25/11/2023 relatif à l'***aide universelle d'urgence pour les personnes victimes de violences conjugales*** (entrée en vigueur le 28/11/2023- 4P)

Décret 2023-1089 (texte 58) du 24/11/2023 JO du 25/11/2023 portant ***adaptation de l'aide universelle d'urgence pour les personnes victimes de violences conjugales à Mayotte*** (3P)

Loi 2023-1059 du 20/11/2023 (texte 1) JO du 25/11/2023 d'Orientation et de programmation du ***Ministère de la Justice*** 2023-2027 (27P)

Décret 2023-1027 du 07/11/2023 (texte 11) JO 08/11/2023 relatif à la mise en œuvre d'un traitement de données à caractère personnel dénommé « ***Enquête harcèlement*** » publics concernés élèves des écoles du cours élémentaire 2e année au CM2, des collèges publics et des lycées publics (Entrée en vigueur le 09/11/2023)

www.drees.solidarites-sante.gouv.fr/Dossier Drees N°112 du 13/09/2023 « ***L'offre de soins Hospitaliers en Psychiatrie*** : évolution de 2008 à 2019 et disparités territoriales (40P).

Arrêté du 31/07/2023 (texte 13) JO du 03/09/2023 portant application dans les services centraux relevant des Ministères chargés de l'Education Nationale et de la jeunesse et des sports ,et dans les services déconcentrés et les établissements relevant des Ministres chargés de l'Education Nationale, de la jeunesse et des sports , du Décret 2020-256 du 13/03/2020 relatif au ***Dispositif de Recueil et de traitement des signalements des Actes de Violence, de Discrimination, de Harcèlement et d'Agissements sexistes dans la FP*** (3P)

www.ofdt.fr juillet 2023 (Rendu public le 01/08/2023) ***« Notes -le coût social des Drogues en France »*** (15P)

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

ESPACE-EVENEMENTIEL.COM 24 janvier 2024