



Master 2
Pilotage des politiques et actions en
santé publique

Promotion : **2014-2015**

L'Institut de Formation : prestataire
de formation pour le Développement
Professionnel Continu des infirmiers
libéraux

LE DEUNFF-ETIENNE Marie-Noëlle
Le 8 juillet 2015

Remerciements

Je remercie bien chaleureusement

- Mon maitre de stage, Monsieur Le Goff Christian, pour son implication et son accompagnement tout au long de ce travail
- Mes collègues qui m'ont permis d'être disponible
- Les professionnels de santé qui ont accepté de me rencontrer et répondre à mes questions
- L'équipe pédagogique du master PPASP, en particulier Monsieur François Xavier Schweyer et Monsieur Philippe Leroy, responsables du master, pour leur encadrement et leurs conseils,
- Ma famille, tous mes proches et mes amies qui m'ont aidé, et soutenu au cours de la réalisation de cette mission de stage.

Sommaire

Introduction	1
1 Institut de Formation	7
1.1 Contexte de l'environnement.....	7
1.2 Présentation de l'institution de Formation.....	9
1.2.1 Historique	9
1.2.2 Situation.....	10
1.2.3 Ses missions.....	11
1.2.4 Ressources	13
1.2.5 Organisation	15
2 Mission :	24
2.1 La commande :.....	24
2.2 Le Développement Professionnel Continue (DPC)	25
2.2.1 Rappel Historique	25
2.2.2 Le DPC (Article 59 de la loi HPST) :.....	26
2.2.3 Les instances de gouvernance du DPC.....	28
2.2.4 Le financement du DPC en fonction des publics	29
2.2.5 Les instances de suivi et de contrôle du DPC.....	30
2.2.6 Quelques chiffres :.....	30
2.3 Connaissance des Infirmiers Diplômés d'Etat Libéraux (IDEL).....	31
2.3.1 . Définitions	31
2.3.2 Historique	32
2.3.3 Textes législatifs régissant la profession d'IDEL.....	34
2.3.4 Aspects sociologiques	34
2.3.5 La formation continue pour les IDEL.....	44
2.4 Connaissance de l'existant des organismes de formation sur le département des Côtes d'Armor	44

Marie-Noëlle Le Deunff-Etienne -

3	Méthode	48
3.1	Revue de littératures	48
3.2	Méthodes qualitative et quantitative.....	48
4	Analyse et interprétation des résultats. (Annexe 10)	49
5	Proposition de programme de formation continue à l'attention des infirmiers libéraux des côtes d'Armor	60
5.1	Contexte et enjeu	60
5.2	Conditions et critères d'éligibilité du programme	62
5.3	Présentation de la formation	63
5.4	Organisation du projet	67
5.4.1	Organigramme.....	67
5.4.2	Evaluation des charges et Ressources	68
5.4.3	Calendrier : Diagramme de Gantt : (annexe 16)	69
5.4.4	Le plan de communication	69
5.5	Contraintes inhérentes au projet	69
	Conclusion.....	71
	Bibliographie.....	75
	Liste des annexes	I
	NOTE D'OBSERVATION.....	- 1 -
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ADELI : Association pour la maîtrise des systèmes d'information

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance

ARS : Agence Régionale de Santé

CEFIEC: Comité d'Entente des Formations Infirmières et Cadres

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CRP : Centre de Ressources Pédagogiques

CH : Centre Hospitalier

CHT : Communauté Hospitalière de Territoire

CRSA : Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie

CNI : Convention Nationale des Infirmiers

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DEI : Diplôme d'Etat Infirmier

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DIM : Département d'Informations Médicales

DPC : Développement professionnel continu

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DSF : Directeur des Soins en Formation

EPP : Evaluation des pratiques professionnelles

ETP : Education Thérapeutique du Patient

HAD : Hospitalisation A Domicile

HAS : Haute Autorité en Santé

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire

FC : Formation continue

FGSU : Formation Gestes et Soins d'Urgence

FIF -PL : Fonds Interprofessionnels de Formation des Professionnels Libéraux

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires

IDEL : Infirmiers Diplômés d'Etat Libéraux

IF : Institut de Formation

IFA : Institut de Formation Ambulanciers

IFAS : Institut de Formation Aides-Soignants

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

Marie-Noëlle Le Deunff-Etienne -

LMD : Licence –Master- Doctorat

MAIA : Maison pour l’Autonomie et l’Intégration des personnes atteintes de la maladie d’Alzheimer

MCO : Médecine-Chirurgie-Obstétrique

NGAP : Nomenclature générale des actes professionnels

ONDAM : Objectif National des Dépenses d’Assurance Maladie

ONI : Ordre National Infirmier

ORSB : Observatoire Régional de Santé de Bretagne

PHRIP : Programme Hospitalier de Recherche infirmière et Paramédicale

PRS : Programme Régional de Santé

PTS : Projet Territoriale de Santé

SROMS : Schéma Régional d’Organisation Médico-Sociale

SROS : Schéma Régional d’Organisations des Soins

SRP : Schéma Régional de Prévention

SSIAD : Services de Soins Infirmiers A Domicile

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

UE : Unité d’Enseignement

UNAPL : Union Nationale des Professions Libérales

URSSAF : Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales

USLD : Unités de Soins de Longue Durée

VAE : Validation des Acquis d’Expérience

Introduction

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) classe notre système de santé comme étant le meilleur au monde. Il s'est inspiré à l'origine du modèle allemand Bismarckien mais il adopte de plus en plus le modèle Beveridgien.

Le rapport Larcher sur les missions des hôpitaux, publié le 10 avril 2008 a démontré pourtant des lacunes dans les prises en charge des patients avec un manque de continuité des soins, ainsi que des défauts de coordination dans le parcours du patient. Ces réflexions avaient pour enjeu de permettre à l'hôpital de s'adapter aux évolutions de notre société en répondant aux besoins de la population, en garantissant une meilleure qualité de soins et de défendre un service public de santé partagé et solidaire.

La dernière loi relative à la politique de Santé Publique, votée pour cinq ans, date du 9 août 2004. Elle y mentionnait également des inégalités de santé sociales, géographiques ou liées aux handicaps, un fort déséquilibre entre les deux approches de la santé : par la personne et par la population. Elle mettait en avant l'importance des actions locales (région, territoire) ainsi que la notion de culture de réseaux.

Fort de ces constats, la loi n°2009-879 « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » (HPST) a vu le jour le 21 juillet 2009. Elle institue un nouveau paradigme dans notre système de santé totalement révisé. Elle met l'accent sur une offre territoriale de soins dans lesquels les établissements doivent s'inscrire : l'accès des soins à tous, la prévention et la santé publique. L'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) est créée pour conduire les professionnels à mener à bien leurs missions. Elle estime que la qualité des soins prodigués aux usagers est le premier critère de performance. La notion d'efficience apparaît comme un objectif principal dans le respect de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) voté par le parlement. Le concept d'efficience se définit comme « la mesure synthétique des résultats obtenus (potentiels ou réels) qui vise l'optimisation des moyens mis en œuvre »¹.

Toujours dans l'idée de décentralisation, l'Agence Régionale de Santé (ARS) remplace l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) qui a pour mission principale de piloter la politique de santé au niveau régional en décloisonnant les différents secteurs hospitaliers,

¹ Dictionnaire de la santé publique et de l'action sociale p 217

médico-sociaux et ambulatoires. Chaque région a son Programme Régional de Santé (PRS), véritable outil de pilotage, construit à partir d'un état des lieux de la santé de la population de la région concernée. Ce programme est écrit en étroite association avec les instances de démocratie sanitaire telles que la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) et les conférences de territoire. La structure du PRS se décline avec un plan stratégique de santé voté pour une durée de 5 ans, trois Schémas Régionaux dans les domaines Prévention (SRP), Organisation des Soins (SROS), accompagnement et prises en charge Médico-Sociale (SROMS) ainsi que des différents programmes dont le nombre est de huit en Bretagne.

Ce PRS est décliné enfin en Projet Territoriale de Santé (PTS) afin de répondre au plus près aux besoins spécifiques de santé de chaque territoire et de d'obtenir une démarche participative et partagée de la part des acteurs de santé et des usagers.

Dernièrement, la 6^{ème} édition du rapport sur l'état de santé de la population en France², publié le 12 février 2015 par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), évoque de nouveau l'évolution nécessaire du système de santé, confronté au vieillissement de la population, au développement des maladies chroniques, à la persistance des inégalités de santé et à la médicalisation de notre société.

Marisol Touraine, Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, présente son projet de loi 2015 comme étant « une réforme **structurante**, qui permet d'attaquer les **inégalités de santé** à la racine, en affirmant la place déterminante de la prévention et de l'éducation en santé dans nos politiques. Elle sera une réforme **durable**, qui installera le **parcours** dans notre système de santé, c'est-à-dire une prise en charge dans la proximité et la continuité. Elle sera une réforme **mobilisatrice**, enfin, qui fait le pari de **l'innovation**. Dans un contexte économique contraint, seule l'innovation permettra de porter des réformes en profondeur, tout en maintenant à son plus haut niveau la qualité des soins ».³

²Etat de sante de la population en France. Edition 2015 [en ligne] [consulté en mars 2015] Disponible sur : <http://www.drees.sante.gouv.fr>

³TOURAINÉ, Marisol. Présentations des orientations de la loi de-sante. [En ligne] [Consulté en mars 2015] Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/>

Garantir un accès aux soins équitable

NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ EST PERFORMANT MAIS INÉQUITABLE,
C'EST POURQUOI IL EST INDISPENSABLE DE LE REFONDER.

LA LOI DE SANTÉ S'ARTICULE AUTOUR DE TROIS AXES



Désormais, il est opportun de raisonner en soins de premier recours assurés par le médecin généraliste, les pharmacies, les centres de santé, les maisons ou pôles de santé. Il convient aussi de penser en réseaux de santé (plan cancer, Alzheimer...), réseaux de soins (type réseaux ville-hôpital), en filière de soins ou encore en parcours coordonnés du patient. Enfin la logique de partenariat est au cœur des organisations avec des formes différentes comme la collaboration, la coopération ou la coordination.

Dans ce contexte en grande mutation, les frontières professionnelles changent, et les compétences s'élargissent. L'évolution des métiers oblige les professionnels de la santé à repenser leurs compétences et la manière de les exercer ensemble. Les formations initiales et les diplômes sont également en transformation en France et en Europe ; la formation continue est un moyen qui permet d'approfondir ses connaissances, de conforter des compétences et d'en acquérir de nouvelles. De ce fait, la loi HPST instaure l'obligation de développement professionnel continu (DPC) pour les professionnels de santé. Selon l'article 59 de cette loi, le DPC a pour objectifs « l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé ».⁴

⁴ Loi relative au dispositif de dpc [En ligne] [Consulté en mars 2015] Disponible sur : <http://www.has-sante.fr/portail/jcms/>

L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et la formation continue (FC) sont désormais intégrées dans un dispositif unique : le Développement Professionnel Continu (DPC), obligatoire pour les paramédicaux depuis le 1er janvier 2013. Il constitue une **obligation individuelle** qui s'inscrit dans une **démarche permanente d'amélioration de la qualité des soins allant dans le sens de l'article R.4312-10 du Code de la Santé Publique (CSP)**.

Le choix de mon projet de stage de développer la formation continue au sein de l'Institut de Formation (I.F) pour les Infirmiers libéraux est en lien d'une part avec un des enjeux de la politique de santé : celui que tous les professionnels issus du soin se concertent et mutualisent leurs connaissances et compétences ; D'autre part, le partenariat de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) avec l'université, et de l'Institut de Formation Aide-Soignante (IFAS) vers l'éducation nationale avec le bac Professionnel Accompagnement, Soins, Services à la Personne (ASSP) (**Arrêté du 21 mai 2014 modifiant l'arrêté du 22 octobre 2005 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant**)⁵ vont amener une mutation de l'IF. L'enjeu pour ce dernier est de remplir sa mission de formation des professionnels de santé en répondant aux besoins de la population et d'anticiper ses changements en articulant formation initiale avec formation continue.

Ma commande de projet négociée, est donc définie ainsi : proposition par l'Institut de Formation d'un programme de formation continue destiné aux Infirmiers libéraux du territoire 7 en lien avec l'obligation de Développement Professionnel Continue.

Dans un premier temps, afin d'étudier le besoin de ma commande et l'opportunité d'y répondre, je vais définir l'Institut de Formation du Centre Hospitalier d' Yves Le Foll avec son contexte interne, environnemental ainsi que le diagnostic local de la population dans lequel il se situe.

Dans un second temps, je développerai la notion du Développement Professionnel Continue (DPC) afin de comprendre son fonctionnement et ses enjeux. Enfin je ferai des recherches approfondies sur la profession des Infirmiers Diplômés d'Etat Libéraux (IDEL). En effet, bien les connaître me permettra d'être plus pertinente et réaliste dans mon analyse et ma proposition de projet.

⁵Arrêté du 22 octobre 2005 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant [en ligne] [consulté en mars 2015] Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/>

Dans un troisième temps, j'expliquerai la méthodologie de mon travail avec mes recherches, la réalisation d'un questionnaire à destination des IDEL et mes divers entretiens effectués auprès de professionnels.

Dans un quatrième temps, j'analyserai mes données afin de déterminer un thème de formation continue réalisable en lien avec les besoins des IDEL, les orientations préconisées par le DPC et la demande formulée par l'Institut de Formation.

Enfin, je détaillerai le cadrage du projet, première étape de la gestion de projet, avec le contexte de la formation proposée, sa présentation avec le descriptif et les objectifs du programme, les partenariats ciblés, son organisation, pour finir par les contraintes inhérentes au projet.

1 Institut de Formation

1.1 Contexte de l'environnement

Le projet d'établissement du Centre Hospitalier de Saint-Brieuc, appartenant au territoire de santé N° 7 Breton, s'appuie sur le contexte actuel des évolutions du système de santé et sur son environnement démographique.

« En 2009, le Territoire de santé n° 7 représente 12,9 % de la population Bretonne avec une évolution annuelle moyenne de 0,6 % (inférieure à l'évolution annuelle régionale (0,8 %)). Ce territoire est plus âgé que la moyenne. La population était de 408 550 habitants avec 11,3 % de personnes âgées de 75 ans et plus.

Globalement les données épidémiologiques sont défavorables quel que soit le sexe.

Le taux de mortalité par suicide est très élevé. Le taux de mortalité générale est supérieur sur le territoire de santé n°7 par rapport à la moyenne générale (874,5 pour 100 000 habitants contre 853 en Bretagne). Les cancers, les maladies de l'appareil circulatoire et les pathologies liées à l'alcool constituent les principales causes de décès. La consommation d'alcool, de drogue, de tabac, le suicide et les accidents de la circulation sont aussi à l'origine de décès prématurés

Le territoire de santé n° 7 couvre principalement 3 pays : Pays de St-Brieuc, Pays de Guingamp et Pays du Trégor-Goëlo.

L'étude de l'Observatoire Régional de Santé de Bretagne (ORSB) de mai 2010 met en évidence que dans ces 3 pays, les pathologies responsables du plus grand nombre de décès sont, chez les hommes, les cancers puis les maladies de l'appareil circulatoire ; à l'inverse, chez les femmes, les maladies de l'appareil circulatoire correspondent à la première cause de décès devant les cancers.

D'un point de vue démographique, la population présente une structure d'âge plus âgée que la population bretonne (pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo) ou proche de moyenne régionale (pays de St-Brieuc).

D'un point de vue socio-économique, les 3 pays se caractérisent par une proportion de foyers fiscaux non imposés supérieure à la moyenne régionale ainsi que de nombreux cantons comportant une part de bénéficiaires de minimas sociaux supérieure aux moyennes nationales et/ou régionales

L'analyse des indicateurs de mortalité sur la période 2000-2006 montre que les 3 pays présentent un état de santé défavorable vis-à-vis de la moyenne nationale chez les hommes. Ce même constat peut être fait chez les femmes sauf pour le pays de St-Brieuc où la mortalité est comparable au niveau national.

Concernant les décès prématurés liés à des pratiques ou des comportements à risques (consommation d'alcool, tabac, drogue, suicides, accidents de circulation, etc.), les 3 pays se caractérisent par un niveau de mortalité prématurée nettement supérieure à la moyenne française et situent les pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo parmi les plus défavorables en Bretagne.

Concernant les actions de prévention, la participation aux campagnes de dépistage du cancer du sein est inférieure aux taux observés en Bretagne pour la majorité des cantons des Pays de St-Brieuc et Guingamp, et pour 3 des 8 cantons du pays Trégor-Goëlo.

Ces données défavorables sur les comportements à risque se traduisent par des taux de recours à l'hospitalisation élevés.

Le territoire dispose d'un bon maillage territorial en établissements de santé. Les taux d'équipement en établissements médico-sociaux sont supérieurs à la moyenne nationale et régionale. Toutefois, le territoire connaît des lacunes, dans plusieurs domaines.

Dans le domaine sanitaire :

- une insuffisance de structures d'aval en soins de suite, notamment en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) spécialisés ;
- une couverture insuffisante en Unités de Soins de Longue Durée (USLD) ;
- des difficultés de prise en charge des patients en soins palliatifs, le territoire ne disposant pas d'unité résidentielle de soins palliatifs ;
- l'absence de lits en Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO) de sevrage complexe en addictologie ;
- un taux de recours élevé en hospitalisation complète.

Dans le domaine médico-social :

- pour les personnes âgées et en situation de handicap, des besoins non couverts, tant à domicile qu'en établissements, illustrés par des listes d'attente en augmentation et des taux d'occupation importants des établissements ;
- l'absence de Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (MAIA) et pour la gestion des cas complexes.

La prévention est aux premiers rangs des préoccupations du territoire et doit se développer dans tous les domaines : Education Thérapeutique du Patient (ETP), addictologie,

handicap, maladies liées au vieillissement, promotion de la santé mentale et prévention du suicide, etc.

Globalement une insuffisante coordination entre tous les acteurs intervenant dans le parcours de vie de la population est également constatée.

Face à ce constat, le territoire s'est résolument engagé dans une démarche dynamique de coopération entre tous les acteurs de santé, médicosociaux et de prévention.

Cette dynamique est parfaitement illustrée par :

- un fort engagement dans la construction du Programme Territorial de Santé avec le souci d'élaborer des projets concrets pour faciliter le parcours de santé de la population du territoire ;
- la récente constitution d'une Communauté Hospitalière rassemblant 5 établissements publics qui associe les Centres Hospitaliers de Tréguier, Paimpol, Guingamp, Lannion-Trestel et Saint-Brieuc;
- l'émergence de maisons de santé pluri-professionnelles dans les zones fragilisées par le départ de médecins généralistes ;
- la volonté des collectivités locales de conclure des Contrats Locaux de Santé. Trois projets existent à ce jour : pays de Guingamp, pays du Trégor-Goëlo et communauté de communes de Lamballe. »⁶

1.2 Présentation de l'institution de Formation

1.2.1 Historique

L'Institut de Formation est né « d'école infirmière » par une autorisation administrative en date du 18 novembre 1931. Il a fonctionné dès le 11 janvier 1932. Une formation d'aide-soignante est venue intégrer l'école sur le site d'Yves Le Foll depuis 1997.

Il a poursuivi son développement pour atteindre en 1988 des effectifs de 65 élèves puis arriver à une capacité d'accueil de 90 élèves infirmiers depuis 2001. En 2002, les élèves infirmiers obtiennent le statut étudiant et deviennent des étudiants en soins infirmiers formés en Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI). A cette date, le quota national passe de 18 000 à 30 000⁷ places. En 2009, nouvel arrêté, nouveau référentiel sur les compétences et l'universitarisation.

⁶ Programme Territoriale de santé n°7 Années 2013-2016 [en ligne] [consulté en mars 2015] Disponible sur : <http://www.ars.bretagne.sante.fr/8-territoires-de-sante-en-Bret>

⁷ Projet de l'Institut de Formation de Saint-Brieuc

Ainsi, l'Institut s'adapte aux politiques de santé qui fixent les quotas des formations infirmière et Aide-soignante et se doit de se montrer réactif à son environnement et à l'évolution des besoins en santé.

1.2.2 Situation

Le Centre Hospitalier de Saint Briec, établissement public de santé, est une personne morale de droit public dotée de l'autonomie administrative et financière soumise au contrôle de l'Etat (art .L61. du code de santé public). Il fait partie de la Communauté Hospitalière de Territoire d'Armor (CHT) qui associe les Centres Hospitaliers de Tréguier, Paimpol, Guingamp, Lannion-Trestel et Saint-Briec. Il exerce les missions définies à l'article L. 6111-1 du code de la santé public.

Etablissement de santé de proximité, il se « doit d'apporter une réponse aux besoins de santé de son bassin de population, de compenser la pénurie de l'offre de ville, pour certaines spécialités médicales, de proposer une offre de soins publique afin de faciliter l'accès aux soins des patients du bassin briochin. Sa mission est également de contribuer à la formation continue des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ainsi qu'à la formation initiale et continue des sages-femmes, du personnel paramédical et à la recherche dans leurs domaines de compétence ». (Art. L. 6112)⁸. A ce titre, l'adossement des instituts de formation (IF) à un centre hospitalier (CH) est tout à fait légitime.

Le projet d'Etablissement est défini en conformité avec le Projet Régional de Santé 2012/2016, le Projet Territorial de Santé du Territoire n°7 et le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens contracté avec l'Agence Régionale de Santé. Une des composantes du projet est d'« Adapter l'organisation interne et développer les liens ville/hôpital pour optimiser le recours à l'hôpital ». Pour ce faire le CH prévoit de « Développer les partenariats avec les professionnels de santé libéraux et les acteurs du maintien à domicile. »⁹

Le projet médical de la CHT est donc en cohésion avec le projet d'établissement et avec le Contrat Hospitalier de Territoire validé par l'ARS ;

⁸Bulletin officiel N°2000-25 [en ligne] [consulté en mars 2015] Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/>

⁹Votre-centre-hospitalier/Projets [en ligne] [consulté en mars 2015] Disponible sur <http://www.ch-stbriec.fr/Menu-Gauche-des-acces-directs>

L'Institut de Formation fait donc partie de l'organigramme de la direction du centre hospitalier (CH) Yves Le Foll de saint Briec dans le pôle Ressources (Annexe 1). Il est situé dans l'enceinte même du CH. Son déménagement pour rejoindre le pôle universitaire de Mazier est prévu pour début 2018. Sa direction est assurée par Madame Véronique LESCOP, Directeur des soins.

Depuis l'intégration du diplôme d'Etat d'Infirmier dans le processus Licence –Master-Doctorat (LMD) en septembre 2009, avec une reconnaissance de grade licence, l'Institut de Formation (IF) fait partie du Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) –Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) de Bretagne. Ce GCS a pour intérêt d'être l'interlocuteur unique dans la mise en place du processus LMD pour signer la convention tripartite universités/région/IFSI. Les membres du GCS – IFSI de Bretagne sont les établissements publics de santé, les gestionnaires d'instituts de Formation en Soins Infirmiers de Dinan, Lannion, Brest, Pays de Morlaix, Quimper, Fougères, Saint-Briec, centre hospitalier universitaire et centre hospitalier Guillaume Régnier à Rennes, Saint-Malo, Lorient, Pontivy. Le siège du GCS est basé à Lorient. Le groupement est établi pour une durée de 6 ans. Chaque année, un rapport d'activité doit être remis au directeur général de l'ARS¹⁰.

1.2.3 Ses missions

Les métiers de l'hôpital évoluent en parallèle avec les progrès techniques, technologiques, médicaux, organisationnels. Cela entraîne l'émergence de compétences nouvelles et élargies dans des domaines d'activités spécifiques comme l'éducation thérapeutique par exemple.

Le Titre 1 de l'arrêté du 30 mars 1992 relatif aux missions des instituts de formation en soins infirmiers, Abrogé par l'Arrêté du 31 juillet 2009 – art 67 (V) décline les missions suivantes¹¹ :

➤ Formations initiales :

L'institut de formation dispense la formation infirmière avec 90 places par promotion, la formation aide-soignante disposant de 30 places ; Elle favorise l'accès au diplôme d'aide -soignant en s'inscrivant dans le dispositif de validation des Acquis d'Expérience (VAE) ainsi que du dispositif « passerelles ». La

¹⁰ *Circulaire_202_090709* [pdf][en ligne] [consulté en mars 2015] Disponible sur www.sante.gouv.fr

¹¹ Arrêté du 30 mars 1992 relatif aux conditions de fonctionnement des centres de formation en soins infirmiers [en ligne] [consulté en mars 2015] Disponible sur www.legifrance.gouv.fr

formation d'Ambulancier (IFA) est également dispensée : 20 places par promotion (2 promotions par an)

- Formation préparatoire à l'entrée des instituts de formation en soins infirmiers
- Formation continue incluant la formation d'adaptation à l'emploi

La formation continue est un axe important de la politique de formation. Elle permet à une formation professionnelle de maintenir ses compétences requises en lien avec les évolutions. Elle oblige à construire des dispositifs pédagogiques adaptés et variés. Elle doit pouvoir s'appuyer sur des compétences fortes auprès de ses cadres formateurs, dont l'évolution doit être accompagnée par une politique de formation ambitieuse. L'institut de formation bénéficie d'un financement de Master 2 par an pour les formateurs. Les expériences acquises via la formation continue nourrissent le dispositif de formation initiale. Le projet social du centre hospitalier a comme objectif stratégique 2 de « mettre en œuvre la gestion des emplois et améliorer les compétences par la formation continue et par la promotion professionnelle »¹². Il incite à faire de l'Institut de Formation un prestataire de formation continue.

Dans cette perspective, à ce jour, l'IF a à son actif plusieurs formations continues qui sont les suivantes :

- Formation d'auxiliaires ambulanciers,
- Formation en vue de l'habilitation aux aspirations endo-trachéales,
- Formation assistant de soins en gériatrie,
- Formation action en lien avec les pratiques professionnelles,
- Formation à la prise de pression artérielle,
- Formation tutorat et Formation en Transfusion Sanguine en cours de labellisation.

Elles sont réalisées en grande partie par les formateurs de l'IF en regard de leurs compétences et diplômes.

- Documentation de recherche en soins infirmiers

La documentation est un point fort de l'IF. Un poste à 38 h par semaine est affecté à cette mission. Le centre de Documentation et de Ressource Pédagogique (CDRP) est riche de plus de 3900 ouvrages et revues dont l'accès est numérique avec consultation sur place et à distance.

D'autre part, la recherche est présente dans le programme de formation des IDE depuis plusieurs années. Beaucoup de travaux de mémoire sont réalisés mais très peu sont publiés. Aujourd'hui, la validation de l'unité d'enseignement 3.4.S4 « initiation, à la démarche de

¹² Projet d'établissement du centre hospitalier de Saint-Brieuc 2013-2017

recherche » se fait sur présentation d'un résumé de recherche, qui devrait, sur incitation et avis du formateur, être de plus en plus publié. Cette unité d'enseignement va être travaillée en co-construction avec les universitaires et formateurs afin d'articuler logique professionnelle et logique universitaire.

En France, la recherche en Science infirmière a du retard comparée à certains pays comme le Canada. Cette différence peut s'interpréter par l'histoire de la recherche dans chaque pays, très médicale pour certains, et plus centrée sur les sciences humaines en France. Depuis le 21 mai 2010 avec la mise en place des Programmes Hospitaliers de Recherche Infirmier et Paramédicale (PHRIP) auprès des établissements de santé, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), attribue des financements à une quinzaine d'appels à projets d'infirmiers par an avec possibilité d'obtention de bourses pour des formations doctorales ou des financements privés. L'objectif de la recherche infirmière est de produire des savoirs scientifiques qui peuvent être mobilisés pour des prises de décisions tant sur la clinique que sur la formation et l'enseignement.

Le Centre Hospitalier Briochin a depuis l'année 2012 une Unité de Recherche Clinique rattachée au Département d'Informations Médicales (DIM) plus particulièrement au service du pôle oncologie (priorité institutionnelle vis-à-vis du plan cancer).

1.2.4 Ressources

- ✓ humaines

Organigramme (annexe 2)

Les effectifs rémunérés sont :

- 1 directeur des soins-coordonateur des Instituts en poste depuis 2007.
- 1 cadre supérieur de santé en charge de la coordination de l'IFSI, du contrôle qualité, de la formation continue et des commissions d'évaluation. Il fait également partie de l'équipe pédagogique responsable d'une promotion infirmière
- 1 cadre supérieur en charge de la coordination du pôle niveau V, Directeur IFA, Formateur IFAS/IFA, Formation Gestes et Soins d'Urgence (FGSU)
- 2 formateurs à temps plein (puéricultrice et IDE) responsable chacune de la formation Aide-Soignant/ambulancier
- 14 formateurs responsables de la formation infirmière dont 3 ont un master 2 (sciences de l'éducation et Droit/Ethique/Santé, 2 ont un master 1, 3 ont un Diplôme Universitaire (DU), 4 ont une licence en sciences de l'éducation, 4 sont

Formateurs manutention et 8 formateurs FGSU. Parmi, eux, un est responsable de la gestion des stages.

- 5 secrétaires (niveau type Brevet Technicien Supérieur « Assistante de Direction ») réparties respectivement sur la comptabilité, la formation AS, la Formation Continue, Formation IDE et la Formation Ambulancier.

- 1 documentaliste en charge du centre de Ressource Pédagogique (diplômé d'une licence)

- 1 aide Technique (ancienne Aide-Soignante (AS)).

Le choix de l'Institut est d'avoir une équipe polyvalente pour enrichir les compétences.

✓ Matériel

L'IF est doté d'un amphithéâtre de 270 places, de 4 salles de cours de tailles diverses, réparties sur 2 étages, toutes dotées de matériel informatique avec vidéoprojecteur et 5 salles de Travaux pratiques ; Du matériel de caméra vidéo, 4 ordinateurs portables et du matériel de simulation (2 mannequins moyenne fidélité) sont à la disposition des formateurs.

Mis à part 3 bureaux doubles, les 12 autres bureaux sont individuels.

✓ Budgétaire

Depuis la *Loi n° 2004-809* du 13 août 2004, relative aux libertés et responsabilités locales, l'IF est financé par le conseil général qui lui alloue un budget de fonctionnement et d'investissement par an qui fonctionne sur le principe d'une subvention d'équilibre. Il est calculé ainsi : coût d'étude par étudiant infirmier: 7700 euros multiplié par 90 étudiants X la durée de formation : 3 ans. La directrice doit avoir un compte financier (Charges-Produits) en équilibre. Elle a pour mission d'utiliser son budget avec efficacité et efficience. Elle ne peut faire de bénéfices car elle assure des missions de santé publique, donc à but non lucratif. S'il existe un excédent, il est mis dans le fond de dotation pour l'investissement. La directrice a fait le choix de séparer le budget de la formation continue avec celui de l'Institut de Formation. Elle a la fonction d'une chef d'entreprise.

Le bilan comptable est réalisé par le service économique du CH de Saint-Brieuc.

1.2.5 Organisation

L'organisation pour M. Crozier, sociologue, se définit comme étant « une réponse à l'action collective. Elle n'est pas une donnée naturelle mais une construction modulable, plus ou moins précaire, à la fois dépendante et indépendante des individus qui la composent. Comme tout système vivant, elle évolue au gré des influences externes et internes »¹³

A) Politique de l'Institut de Formation

Le projet de l'Institut, outil politique et stratégique, se décline en cohérence avec les priorités politiques du conseil régional, les directives étatiques, les positions universitaires et dans une optique de mutualisation entre IFSI (GCS-IFSI). Le projet de l'institut se positionne à l'articulation des contraintes externes (territoire, environnement socio-économique) et internes (compétences internes, ressources, système d'information, efficacité financière). Il guide le projet pédagogique (quelle formation et quelle évaluation pour quels apprenants ?) et le projet de formation, déclinaison opérationnelle et lisible du référentiel de formation. Ces documents sont rédigés par la Directrice des Soins en Formation (DSF) qui en est responsable.

Le principe le plus important est que la formation doit s'adapter aux compétences attendues par les usagers du système de demain. Nous devons former des professionnels qui sont et resteront, par leurs capacités d'adaptation, adaptés au marché du travail.

L'IF s'inscrit dans un processus de démarche qualité en interne dans le domaine du dispositif pédagogique (adaptation aux évolutions en attente, dynamique d'amélioration, meilleure utilisation des ressources externes et internes) mais également dans le domaine des pratiques professionnelles soignantes (maintien d'une réflexion sur le sens de l'activité). En externe, l'IF doit faire preuve de visibilité, et doit susciter crédibilité, et attractivité.

En lien avec la démarche qualité, le souci du développement durable est une préoccupation managériale ; La règle des « 3 E » : Ecologie, Economie, Ergonomie sont les critères qui entrent en considération dans le choix du fonctionnement de l'IF.

Les leviers nécessaires à la mise en œuvre de ses ambitions affichées sont une gestion raisonnée et accompagnée des ressources humaines, des locaux adaptés aux attentes pédagogiques des usagers et des professionnels et un système d'information efficient.

¹³ AUBERT, N., GRUERE, J-P., JABES, J [et al]. *Management aspects humains et organisationnels*, 1991, Paris : Editions Presses Universitaires de France, p 11

Le logiciel « Logifsi » installé depuis l'année 2005 permet l'accès à toutes informations pour l'équipe et la traçabilité de toute son activité. Il est un moyen intéressant de mise en commun, notamment la traçabilité du planning des formateurs en temps réel.

Les orientations évoquées dans le rapport De Singly de 2009 sont à entendre : « *Les cadres formateurs en instituts de formation paramédicale qui vont désormais préparer des professionnels obtenant un grade licence, devraient eux-mêmes être recrutés avec le niveau universitaire master. À terme, cela pourra conduire certains d'entre-eux à se mettre en perspective de préparer la thèse de doctorat en vue d'occuper des postes universitaires futurs. Cette évolution est étroitement liée au développement à l'université des sciences paramédicales. Elle se fera de manière progressive et devra être accompagnée.* »¹⁴

B) L'organisation interne

➤ Le management :

Management et organisation sont étroitement liés. Le degré de réalisation des objectifs de l'organisation et son adaptation à l'environnement vont découler de la qualité du management.

L'IF est une microsociété dont le système est à la fois complexe, organisé, et instable. Le projet budgétaire est à défendre et chacun doit y participer au travers des missions confiées, l'organisation est à connaître et à comprendre afin d'y voir du sens. Les interférences de l'Institut avec l'évolution sociétale et ses enjeux sont à prendre en compte : nous faisons partie d'un dispositif qui dépasse largement l'hôpital. La gestion de l'IF se situe donc à 3 niveaux, macro, méso et micro en tenant compte de la situation géopolitique avec des pouvoirs différents et des objectifs variables.

Le 31 juillet 2009 a eu lieu un véritable changement au niveau de la pédagogie avec le nouveau référentiel de formation et avec des conventions universitaires permettant d'obtenir concomitamment le DEI et le grade de licence en 3 ans. Les études sont reproduites sur le dispositif universitaire, LMD, conformément aux accords de Bologne (1999 : engagement pour harmoniser un système Européen de l'enseignement supérieur avant 2010) et de Prague(2001). L'apprentissage des connaissances est fortement repensé amenant à un diplôme Européen avec un système de formation unique centré sur l'acquisition de 10 compétences.

¹⁴ DE SINGLY, C. *Rapport de la mission Cadres Hospitaliers*, 11 septembre 2009 [en ligne] [consulté en mars 2015] Disponible sur [/www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_chantal_de_singly_tome_1.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_chantal_de_singly_tome_1.pdf)

L'IF doit intégrer les logiques des différents partenaires avec qui il collabore désormais ce qui engendre un changement de positionnement du Directeur des Soins en Formation (DSF). Il devient un partenaire et un expert en formation qui a la charge de maximiser les moyens et les stratégies pédagogiques. Le management devient un art et une pratique qui consiste à gérer l'incertain tout en privilégiant l'anticipation, l'adaptation et la coopération. La DSF, sous l'autorité du directeur d'établissement du Centre Hospitalier, contribue en lien avec l'ARS et l'université à la politique de formation définie par la région.

Les théories de l'organisation sont multiples et en évolution depuis le début du vingtième siècle. Nous pouvons retrouver au sein de l'organisation de l'IF un panachage de plusieurs écoles dont celle décrite par Max Weber : l'école classique avec le modèle bureaucratique qui s'appuie sur « des procédures explicites de fonctionnement pour rationaliser la notion d'autorité...L'ordre est régi par la règle »¹⁵. « Faire autorité est différent d'être autoritaire » note la DSF.

De même, l'école des contingences avec les théories notamment d'H Mintzberg, de J Woodward où la structure de l'organisation n'a de sens qu'au sein d'un environnement donné. Enfin, l'approche culturelle avec la culture de l'entreprise et le modèle asiatique avec la démarche qualité et la roue de Deming s'y retrouvent également.

Pour synthétiser, nous serions plus sur une approche rationnelle avec l'organisation comme système ouvert : il faut adapter la structure.

Le management privilégie la coordination horizontale entre les acteurs avec le partage des informations.

La diversité des profils des formateurs est aussi un choix dès lors qu'il existe une solidarité et complémentarité entre les formateurs et que la finalité des actions de chacun reste la qualité de la formation dispensée. Cela implique pour eux d'être en mesure de développer des compétences fortes de communication, de coopération, d'acquisition de nouveaux savoirs et pratiques et d'implication soutenues par la politique de l'institut. L'aptitude pour le formateur à créer un réseau de relations intra et extra hospitalier est un critère d'évaluation. Le cadre général des objectifs et orientations est posé par la direction de l'IF en regard des injonctions réglementaires qui lui sont imposées mais la souplesse et la réactivité sont valorisées. Les enjeux sont donc individualisés dans un contexte de coopération. Dans un contexte économique de plus en plus compliqué sont attendus des professionnels efficaces et adaptables.

¹⁵ AUBERT, N., GRUERE, J-P., JABES, J [et al]. Op. cit, p 18

Une réunion d'encadrement est programmée tous les lundis pairs de chaque mois avec des ordres du jour bien établis dont les thèmes sont choisis par la Directrice mais aussi sur proposition des cadres.

La spécificité pour la DSF de diriger des cadres de santé formés eux-mêmes au management, avec une expérience de gestion d'équipe est à prendre en considération dans sa stratégie d'action. En effet, le cadre de santé de proximité a une position très stratégique car il est le centre névralgique de l'organisation d'un service et détient un grand nombre d'informations, ce qui lui rend compte du pouvoir qu'il peut avoir. En venant à l'IFSI, il devient cadre formateur et sa posture change car il se retrouve au sein d'une équipe sans pouvoir de décision exclusif dans son champ de compétence. Il doit travailler en équipe, partager et se confronter à ses pairs.

- Un cadre supérieur de santé coordonne les activités au quotidien et est garant du respect du cadre réglementaire.
- Les formateurs

« Chaque acteur est considéré comme un être stratégique qui cherche à satisfaire ses propres besoins. Sa stratégie lui est propre, il est dit rationnel car il agit selon sa propre logique et lui seul sait pourquoi il agit de la sorte. Cette rationalité est dite « limitée » par le fait qu'un acteur agit en ajustant les moyens aux fins et que l'environnement peut lui faire choisir, non pas la meilleure solution dans l'absolu, mais la moins mauvaise en fonction du contexte. »¹⁶

Les formateurs voient évoluer leurs activités et leurs postures conjointement aux évolutions du système de formation. Leur rôle se centre davantage sur le suivi et la guidance des étudiants ainsi que l'accompagnement des professionnels de terrain dans les démarches pédagogiques qui se transforment.

Le métier même du formateur est ainsi défini : « *il conçoit des dispositifs ou des actions de formation en analysant et en créant « des situations d'apprentissage diversifiées qui conduisent les novices sur le chemin de l'expertise. »*¹⁷

La Directrice, le cadre supérieur et les formateurs sont tous des professionnels infirmiers venant de soins généraux ou de secteurs psychiatriques avec pour la plupart une expérience de cadre de proximité. Le groupe d'appartenance est donc le même avec une culture

¹⁶ MOTTA, J-M « Travail en équipe » 7 octobre 2003 [en ligne] [consulté en mars 2015] Disponible sur [/www.cadredesante.com/spip/IMG/pdf/doc](http://www.cadredesante.com/spip/IMG/pdf/doc)

¹⁷ Coordination nationale infirmière. Actualités/Cadre-de-sante-cadre-de-métier [en ligne] [consulté en mars 2015] Disponible sur <http://archives.coordination-nationale-infirmiere.org/index.php>

professionnelle commune. « La culture serait prise alors au sens que M. Crozier et E. Friedberg (1977) donnent au système d'action concret, un ensemble de régulations des relations. L'activité de travail est une source d'élaboration des cultures. Les cultures de métier se constituent dans les communautés professionnelles, à partir des expériences cumulées de capacités stratégiques venant de la culture sociale antérieure dont l'origine ici est en majorité costarmoricaïne et Bretonne. La situation stratégique dans les relations aux pouvoirs et le système des relations au travail (système de salaire, de promotion, de formation, syndicalisme) permettent également de reconstituer ce qui pour un groupe social exerçant un métier particulier correspondrait à une culture. »¹⁸

Les âges varient de 36 à 62 ans et la féminisation est importante puisqu'il y a 6 hommes pour une équipe de 26 professionnels.

Chaque formateur est référent de plusieurs UE en corrélation avec ses compétences et ses propres choix. Un système de binôme est instauré par UE depuis 1 an mais il n'est pas opérationnel. En effet, chaque cadre a eu tendance à s'approprier « ses UE » comme une sorte d'appartenance acquise;

De même, l'équipe cadre est répartie en 3 équipes de 5 formateurs responsables d'une promotion d'étudiants de son début jusqu'à la fin de formation. Afin de les différencier un code couleur est attribué par promotion : il y a donc les équipes rose, jaune et bleu. Au sein de chaque équipe, les formateurs sont référents pédagogiques de 18 à 20 étudiants ; Cette organisation a comme intérêt pour les formateurs de mieux connaître les étudiants de « leur promotion » et d'être garant de leur accompagnement dans l'acquisition des compétences et actes à acquérir pour obtenir le diplôme final dans les meilleures conditions possibles. Du côté des étudiants, cela leur permet d'avoir un formateur référent. Il existe un coordinateur de promotion par équipe qui est en charge notamment des plannings et de l'affichage des informations. « Le pouvoir n'existe pas dans l'absolu ; il surgit autour des zones d'incertitudes. Quelques positions procurent cependant des ressources importantes permettant plus particulièrement le contrôle des sources du pouvoir : C'est d'abord l'expertise, à condition qu'elle soit pertinente pour résoudre le problème auquel on est confronté »¹⁹.

¹⁸ AMBLARD, BERNOUX, HERREROS, LIVIAN Extrait de l'ouvrage « *les nouvelles approches sociologiques des organisations* » 3^{ème} édition, 2005, Paris : Editions Seuil, 300p

¹⁹ Ibid

Des terrains de stage sont attribués par formateur qui effectue des encadrements d'étudiants en collaboration avec le tuteur et le maître de stage. Les cadres plus âgés et /ou ayant fait leur carrière au sein du département en trouvent en effet des bénéficiaires secondaires de par la connaissance de l'institution et de ses « us et coutumes ». En effet, il n'existe pas d'espace social semblable où les mêmes indicateurs ont la même signification, « avec des actions dont le sens serait indéchiffrable indépendamment de celui que leur prêtent les acteurs ».²⁰ De même, « Une autre source concrète du pouvoir concerne les positions dans un réseau de communication. Etre un relais efficace avec l'environnement, avoir un « réseau » est non seulement utile pour l'organisation mais donne du pouvoir »²¹.

Une fiche de poste est consultable sur logifsi pour chacune des missions du cadre.

Le planning prévisionnel de cours, travaux dirigés de toutes les Unités d'Enseignement (UE) est construit par semestres pairs et impairs par le cadre supérieur après échanges avec les formateurs. Cela permet une programmation reconductible d'une année sur l'autre. Elle a l'inconvénient d'ajouter une contrainte dans la construction de l'UE pour les formateurs. Des échanges de date sont possibles ce qui demande de la négociation entre eux. Même si l'organisation est le royaume des relations de pouvoir, de l'influence, du marchandage et du calcul » (Crozier et Friedberg 1997), l'action sert aussi et autant aux groupes à se structurer à travers de la conquête de l'influence des autres : Le fait même d'entrer dans le jeu de la négociation, d'être reconnu comme partenaire, est aussi important que le contenu des négociations elles-mêmes. »²²

➤ La dynamique d'équipe.

Chaque équipe est unique et dépend des acteurs qui la composent. L'esprit d'équipe influe sur la cohésion et la dynamique de groupe. Le sociologue Pierre Gauvin affirme « une équipe ça se construit, l'esprit d'équipe ça se cultive »²³. La cohésion passe par des valeurs communes. Au sein de l'IF, chacun partage les valeurs de soins déclinés dans le projet pédagogique. La dynamique est basée sur « un modèle, celui des affinités, qui apparaît dans les situations de mobilité professionnelle, où l'évolution individuelle a engendré la perte d'appartenance au groupe de travail. Les

²⁰ REYNAUD, J-D. « Pour une sociologie de la régulation sociale » *Sociologie des sociétés*, vol.23, n°2, 1991, p 23

²¹ Ibid

²² Ibid n°13

²³ « Organisation le travail en équipe, un apprentissage » *Soins aides-soignantes*, N°59 juillet/aout 2014

valeurs de promotion par le travail et de réussite personnelle se concrétisent en stratégies autour de la carrière ». ²⁴

Les membres de l'équipe tous différents, participent à engendrer un climat de travail propice à la qualité de la formation. de par leurs énergies positives et/ou négatives et leurs compétences,

Les échanges et le partage entre les différentes formations au sein de l'IF sont souhaités et se créent de plus en plus.

« Même si les règles formelles sont fixées, il reste toujours des zones d'ombre, dites « zones d'incertitude » qui sont source de pouvoir pour chaque acteur. L'organisation la plus contraignante laissera toujours une marge d'autonomie aussi minime soit-elle à ses acteurs. Plus il y a de règles, plus les individus se créent des marges de manœuvre, obtenant ainsi une source de pouvoir non prévue par ces règles. Le pouvoir naît de l'interdépendance des acteurs et de la maîtrise des zones d'incertitude....Ces zones d'autonomie sont obligatoires pour que vive l'organisation. » ²⁵

➤ Le changement

Le nouveau référentiel a entraîné un nouveau paradigme pédagogique établi sur la réflexivité et les 10 compétences. Le référentiel décline le nouveau contenu et procédés. Le langage a changé : nous parlons de référentiel et non plus de programme, d'Unité d'Enseignement et non plus de module, de portfolio, de maître et tuteur de stage. Les ajustements sont fréquents et concernent aussi bien les méthodes pédagogiques que les systèmes d'information.

C'est un véritable bouleversement pour les professionnels des instituts et des services qui se questionnent sur quels professionnels allons-nous former ? Le dispositif est-il adapté à notre profession ? , la professionnalisation restant avant tout une priorité.

Beaucoup de cadres ayant connu l'ancien programme ont quitté l'IF depuis, par résistance à ce bouleversement qui ne correspondait plus à leurs valeurs. Ils interprétaient ces nouvelles pratiques et notamment la traçabilité demandée, comme du contrôle, un manque de confiance et une perte de leur statut de cadre. Il est vrai que la mise en place du référentiel « très cadré » s'est réalisé dans un délai extrêmement court (arrêté du 31 juillet 2009 pour une application en septembre suivant), sans accompagnement, ni explication ; il détermine les règles et les contenu de chaque UE, ce qui enlève aux formateurs une

²⁴ AMBLARD, BERNOUX, HERREROS, [et al] op.cit

²⁵ MOTTA, J-M « Travail en équipe », 7octobre 2003 [en ligne] [consulté en avril 2015] Disponible sur [/www.cadredesante.com/spip/IMG/pdf/doc](http://www.cadredesante.com/spip/IMG/pdf/doc) :

certaine forme de pouvoir. Dorénavant ils doivent se « soumettre à un référentiel » qu'ils n'ont pas construit.

Chaque IFSI s'en est approprié avec ses propres interprétations et intérêts. D'où l'existence d'une disparité dans la mise en application du programme avec plus ou moins de souplesse selon les IFSI ;

Du côté des professionnels de terrain, le référentiel leur confie une nouvelle responsabilité puisqu'ils sont chargés de valider ou pas l'acquisition des compétences et actes en stage. L'absence de Mise en Situation Professionnelle, anciennement pratiquée par le formateur et l'équipe, est décriée, ainsi que le nombre de stages qui a diminué. Les étudiants ont reçu parfois des critiques et des comportements d'opposition envers ce dispositif de formation qu'ils vivaient mal. Il y avait les « anciens » et les « nouveaux », les « bons » et les « mauvais » professionnels. A ce jour, cette représentation tend à s'estomper.

Il a fallu un grand travail de communication de la part de la direction de l'IFSI et des cadres pour expliquer ce nouveau programme, ses avantages que parfois même eux ne maîtrisaient pas vraiment jusqu'à ce qu'ils reçoivent la formation tutorat l'année suivante.. Les professionnels de terrain ont démontré une « *résistance au changement* » par peur de ne plus se reconnaître à travers leurs pratiques, leurs valeurs. L'université est un monde inconnu avec un nouveau langage pour ce monde para médical habitué à pratiquer dans le concret à travers des « actes » et des relations humaines intenses. La théorisation n'a pas grand sens pour elle qui ne perçoit pas encore le lien avec sa propre pratique sur le terrain où les lignes bougent tout doucement.

Le nouveau référentiel a engendré beaucoup de changements et d'ambiguïté dans la pratique des cadres. « Ce sont les incertitudes qui viennent créer les situations propices aux jeux d'acteurs. Ce sont ceux qui maîtrisent le plus cette incertitude qui peuvent alors développer des stratégies contre les autres acteurs. L'acteur est relativement libre : « l'acteur n'est jamais complètement enfermé dans son rôle dans l'organisation ». Tout le monde peut donner une interprétation de son rôle en mettant à profit les ambiguïtés, incohérences et contradictions qu'il recèle.»²⁶. La volonté d'action au sein de l'équipe sur certaines règles est récurrente et certains se sentent capables de s'arroger des droits ou d'interpréter la règle lorsqu'une situation est ambiguë ce qui entraîne des tensions au sein de l'équipe.

²⁶ Ibid

Les conflits existent mais ne sont pas clairement exprimés. Il n'y a pas de confrontation ouverte.

Les relations avec l'institution se sont améliorées depuis quelques années ; En effet, la carrière des cadres pédagogiques y était connotée péjorativement. A ce jour, une reconnaissance existe, les cadres participent aux instances du CH, reçoivent les courriers diffusés aux cadres de l'Institution et la Directrice fait partie de l'organigramme de la direction.

C) Ma position au sein de l'organisation

Je suis formatrice au sein de la formation infirmière et j'interviens également volontiers sur les formations « Aide-Soignante et ambulancier » notamment pour les gestes et soins d'urgence, ainsi qu'en formation continue. Mes relations restent essentiellement professionnelles avec mes collègues ne souhaitant pas mélanger ma vie personnelle avec le travail. Respect, bienveillance et entraide sont mes postulats de base pour travailler en équipe. Ma capacité d'adaptation acquise de par mon parcours professionnel me sert à intégrer l'organisation de l'IF et à adopter les orientations et la conception de la formation. Je pars du principe que rien n'est jamais acquis ce qui m'amène à questionner régulièrement mes pratiques et mes connaissances. Cette posture réflexive n'est pas toujours confortable car les certitudes qui nous aident à avoir confiance en nous tombent et le doute peut subsister. Mon positionnement face à des professionnels forts de leur savoir n'est pas toujours facile car je ne veux pas montrer mes doutes qui pourraient être compris comme une sorte d'incompétence. J'évalue beaucoup ma pratique sur les retours qu'en font les étudiants à travers des questionnaires d'évaluation et sur les taux de réussite aux partiels des UE que je conçois.

Je fais partie de l'équipe responsable des étudiants de 3^{ème} année dont j'étais coordinatrice avant de suivre mon master en septembre 2014. Ma posture de formateur pour les étudiants vise également à être une professionnelle évitant au maximum d'être dans un registre affectif afin de rester le plus objective possible dans mes appréciations.

La question de la posture engage également celle d'un changement de mon rapport au savoir avec les étudiants. Le cursus scolaire me renvoie à un modèle essentiellement transmissif du maître à l'élève. Avec la réforme, mon rôle est de me positionner comme accompagnateur devant oublier la posture de celui qui est souvent, placé par les étudiants comme " sujet supposé savoir ". Les modèles pédagogiques sont basés essentiellement sur l'approche compétence et le socio-constructivisme.

Les nouvelles technologies de l'information et de la communication dans la formation infirmière nous oblige, en équipe, à repenser notre position et nos stratégies pédagogiques afin de susciter chez l'étudiant une posture apprenante et autonome. Le fait de n'avoir pas enseigné l'ancien programme m'a facilité la tâche car je me suis adaptée de suite à cette nouvelle posture attendue.

2 Mission :

2.1 La commande :

Au sein de mon Master, un stage de 3 mois et demi doit être effectué avec une mission à réaliser. Le mien se fait sur mon lieu de travail à l'IF. Ma requête non négociable de départ consiste à ce que cette mission réponde à mes objectifs : un thème de santé publique, qui m'intéresse, réalisable sur le temps, sur les faits et sur lequel je puisse mobiliser les apports théoriques reçus lors de ma formation. J'ai bien conscience que le sujet doit avoir également un intérêt pour la DSF. Pour ce faire, des premiers échanges entre nous se sont passés par voie de messagerie avec l'envoi de mes objectifs et une proposition de thème.

Ce choix de communication avait pour objet de laisser un écrit avec un temps de réflexion possible pour la DSF. Les autres échanges ont eu lieu par téléphone et par mail, nos agendas ne concordant pas sur le moment avec nos disponibilités respectives. Ce moyen de communication est une pratique largement utilisée à l'IF. Plusieurs propositions de thèmes n'ont pas été retenues de part et d'autre. Le ministère de la santé souhaite mettre en place une politique de développement des métiers et des compétences ce qui nécessite de nouveaux besoins en formation. Le projet de l'Institut mentionne l'ouverture de l'IF vers l'extérieur. Ne serait-il pas l'occasion pour notre corporation infirmière, hospitalière et libérale, de s'unir pour mutualiser nos compétences ? Nous pourrions répondre à des besoins en formation nécessaires à leur prise en charge au regard de l'évolution de notre système de santé. En échange, ils pourraient nous apporter une forte expertise en santé publique et promotion de la santé. Cette idée d'un rapprochement IF et IDE libéraux a donné naissance d'un commun accord à la commande suivante : « **Positionner l'IFSI comme prestataire de formation pour le DPC des infirmiers libéraux** ». Mon maître de stage a été désigné par la DSF. Son parcours professionnel en qualité d'ancien infirmier libéral,

actuellement cadre de santé supérieur, responsable de la qualité et de la formation continue sur l'IF ont été les critères décisionnels.

Les notions que je vais maintenant développer, me paraissent indispensables pour poser le cadre et comprendre l'existant et ses enjeux.

2.2 Le Développement Professionnel Continu (DPC)

Le titre II « Accès de tous à des soins de qualité » de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) aborde dans son article 59 le développement professionnel continu.

2.2.1 Rappel Historique

a) Les médecins

- La formation continue n'existait à l'origine que sous la forme d'une obligation déontologique. En effet, l'article 11 du code de déontologie médicale dispose que tout médecin doit entretenir et perfectionner ses connaissances et prendre toutes dispositions nécessaires pour participer à des actions de formation continue²⁷.
- Une ordonnance du 24 avril 1996 a rendu obligatoire la formation médicale continue (FMC) pour les médecins²⁸.
- La loi du 01 août 2004 a fait ensuite apparaître une nouvelle obligation, distincte de la formation continue mais liée à cette dernière : l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)²⁹.
- Le rapport de l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales)³⁰ remis en novembre 2008 reconnaît la complémentarité entre la FMC et l'EPP et recommande de les réunir sous un concept commun le développement professionnel continu (DPC).

b) Les personnels non médicaux :

- 2003 : accord national interprofessionnel prenant en compte la nécessité du développement tout au long de la vie pour les professionnels salariés.

²⁷ Art.R.4127-11 CSP (Code de la Santé Publique)

²⁸ Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins.

²⁹ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

³⁰ BRAS, P-L., DUHAMEL, G. Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles des médecins, Inspection générale des affaires sociales; rapport RM 2008-124, novembre 2008.

- La loi du 4 mai 2004 relative à la formation professionnelle tout au long de la vie et au dialogue social comprend le droit individuel à la formation (DIF), les périodes de professionnalisation, le congé pour validation des acquis de l'expérience (VAE), le congé pour bilan de compétences, le passeport formation, l'entretien formation³¹.
- Un décret du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie (FPTLV) des agents de la fonction publique hospitalière stipule que ces personnels peuvent bénéficier d'actions de formation professionnelles, rémunérées ou indemnisées, en dehors ou pendant le temps de travail (actions inscrites au plan de formation, préparation à des concours, VAE...).

2.2.2 Le DPC (Article 59 de la loi HPST)³² :

- Ce que dit la loi :

*« Le développement professionnel continu a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Il constitue une obligation pour les médecins ».*³³

Ce texte est repris à l'identique pour les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les pharmaciens et les paramédicaux³⁴ tels qu'ils sont évoqués dans le CSP. Les professions suivantes ne sont pas concernées par le DPC, même si elles peuvent intégrer des formations dans un cadre pluri-professionnel : cadre de santé, aide médico psychologique, agent de service hospitalier qualifié, psychologue, ambulancier.

Cet article fixe les principes suivants : le caractère obligatoire, le contrôle du respect de l'obligation, et des critères de qualité des actions définis par décret.

- Qu'est-ce qu'un programme de DPC ?

³¹ Loi n° 2004-391 du 4 mai 2004 relative à la formation professionnelle tout au long de la vie et au dialogue social

³² Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST)

³³ Art L.4233-1 du CSP

³⁴ Art L 4143-1, L 4236-1, L 4153-1; L 4242-1 et 4382-1 du CSP.

C'est un ensemble d'activités d'évaluation et de formation, centrées sur l'analyse des pratiques, l'appropriation et la mise en œuvre de recommandations, réalisées pendant une durée définie dans le but d'atteindre des objectifs précis en termes d'amélioration.

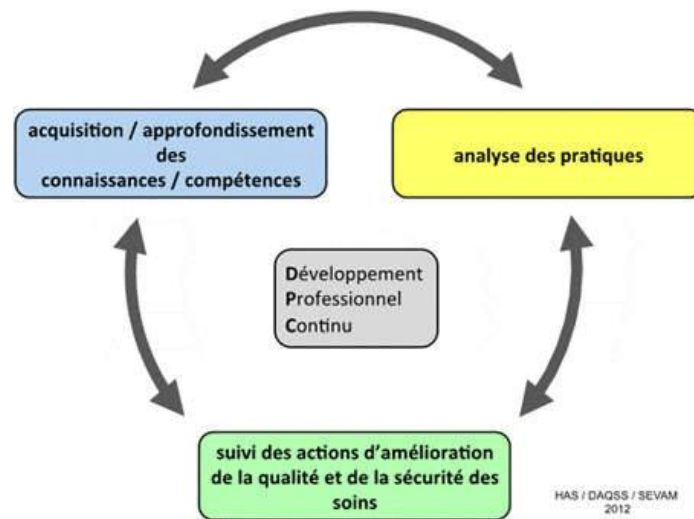
Il doit être conforme à une orientation nationale ou régionale, comporter des méthodes et modalités validées par la HAS après avis des CSI (commissions scientifiques indépendantes), et être mis en œuvre par un organisme de DPC (ODPC) enregistré par l'Organisme Gestionnaire du DPC (OGDPC) et évalué positivement par la CSI.

Un programme se conçoit comme une démarche continue d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins tout en répondant à l'obligation individuelle des professionnels qui y participent. Il contient forcément une partie analyse des pratiques professionnelles, en appui d'un référentiel reconnu, validé (sociétés savantes, recommandations de la Haute Autorité de Santé : HAS...). Il s'agit d'une analyse critique et constructive permettant ainsi de poser des objectifs et des actions d'amélioration objectivés (indicateurs...).

L'organisme dispensant la formation doit garantir son indépendance de toute influence (notamment à l'égard d'entreprises fabriquant ou distribuant des produits de santé) et la confidentialité des échanges.

Selon le contexte, les objectifs, les attentes des professionnels, la HAS propose plusieurs méthodes :

- approche à dominante pédagogique ou cognitive (en groupe : congrès... ou individuelle : e-learning, certaines formations diplômantes ou certifiantes...) qui devra alors se compléter par une analyse de pratiques.
- approche à dominante analyse de pratiques (gestion des risques, revue de dossiers et analyse de cas...) qui sera alors complétée par une activité d'acquisition de connaissances/compétences.
- approche intégrée à l'exercice professionnel, dispositifs spécifiques, enseignement et recherche, simulation.



Source : DPC : simulation en santé : www.has-sante.fr/portail/jcms/c.../simulation-en-sante-fiche-technique p 5

2.2.3 Les instances de gouvernance du DPC

- **OGDPC** : Organisme Gestionnaire du DPC créé entre l'Etat et L'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie sous la forme d'un groupement d'intérêt public. Il constitue un guichet unique et interprofessionnel pour tous les organismes qui devront s'enregistrer auprès de lui.

Il est administré par un Conseil de gestion et est doté de deux instances : un comité paritaire (libéraux), un conseil de surveillance.

- **Les CSI (Commissions Scientifiques Indépendantes) :**

Elles sont au nombre de cinq, définies par les décrets du 09 janvier 2012

- La CSI des médecins (décret n°2012-26)
- La CSI des sages-femmes (décret n°2012-27)
- La CSI des chirurgiens-dentistes (décret n°2012-28)
- La CSI des pharmaciens (décret n°2012-29)
- La CSI du Haut Conseil des professions paramédicales (HCPP) (décret n°2012-30)

- **Le conseil de gestion**

Les missions qui incombent au conseil de gestion de l'OGDPC sont de recenser et de communiquer : la liste des programmes de DPC, leur nombre, leur coût, le nombre de professionnels de santé concernés, la liste des organismes de DPC bénéficiaires des fonds de l'OGDPC ainsi que les résultats de l'évaluation de ces organismes, les comptes annuels de l'OGDPC.

- **Les sections paritaires**

Chaque section paritaire représentative des professionnels de santé de la section concernée détermine les forfaits de prise en charge du DPC, en tenant compte du coût des programmes de DPC.

- **Le conseil de surveillance**

Le conseil de surveillance a pour responsabilité d'établir chaque année, un bilan de la mise en œuvre du DPC pour l'ensemble des professionnels de santé quel que soit leur contexte d'exercice, donner un avis au ministre chargé de la santé sur la qualité et l'efficacité du DPC, de contrôler l'utilisation des sommes allouées au DPC, et de contribuer à la promotion du DPC et à l'information des professionnels de santé et de leurs employeurs.

2.2.4 Le financement du DPC en fonction des publics

- **Libéraux :** Forfaits individuels pris en charge par l'OGDPC. L'IDEL est indemnisé (perte d'activité) dans la limite de 4 demi-journées maximum par an (4 x 118,13 €) pour les formations présentielles ou de 7 modules (forfait de 236,26 €) pour formations à distance. Et surtout 1 seul programme indemnisé par an.
- **Salariés non hospitaliers :** Utilisation des crédits existants au titre du dispositif de formation professionnelle tout au long de la vie (FPTLV) prévu par le code du travail pour les professionnels de santé (actions du plan éligibles au DPC)
- **Hospitaliers :** Utilisation des crédits existants (2,1 + 0,6 + 0,2 %) au titre du dispositif de formation professionnelle tout au long de la vie pour les paramédicaux (actions du plan éligibles au DPC).
- **Les sources du financement de l'OGDPC**

Etat (2 Millions d'Euros)

Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (entre 80 et 90 Millions d'euros)

Contribution supplémentaire d'une taxe sur le chiffre d'affaire de l'industrie pharmaceutique (0,6 % soit 150 Millions d'euros)

L'OGDPC finance exclusivement les professionnels de santé libéraux ayant passé convention avec l'assurance maladie (médecins, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les pharmaciens, les masseurs kinésithérapeutes, les infirmiers, les pédicures podologues, orthophonistes et orthoptistes)

Si l'OGDPC conventionne avec l'ANFH (Association Nationale pour la Formation Permanente du personnel hospitalier), alors les médecins hospitaliers pourront bénéficier du même niveau de contribution que les médecins libéraux. Une source de financement supplémentaire (au-delà de 0,5 et de 0,75 %) issue de l'industrie pharmaceutique.

2.2.5 Les instances de suivi et de contrôle du DPC

L'ODPC délivre une attestation de suivi au professionnel de santé et à l'ordre, à l'employeur ou à l'ARS.

Le contrôle est effectué par les instances ordinales pour les médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens quel que soit leur mode d'exercice (salariés, libéraux ou hospitaliers), par les instances ordinales pour les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et pédicures-podologues libéraux, par l'employeur pour les professionnels de santé paramédicaux salariés et par l'ARS pour tous les autres professionnels de santé ne disposant pas d'instance ordinale.

L'absence de respect de l'obligation (au moins une fois tous les 5 ans) peut constituer un cas d'insuffisance professionnelle pour les professions soumises aux instances ordinales.

Les rapports : les établissements de santé transmettent à l'OGDPC, le cas échéant par l'intermédiaire des OPCA (Organisme Paritaire Collecteur Agréé), un rapport d'exécution annuel de « l'effort de DPC » : les programmes de DPC suivis par les professionnels de santé, le montant des sommes affectées pour satisfaire aux obligations de DPC, et les ressources internes consacrées au DPC.

2.2.6 Quelques chiffres ³⁵:

En 2014, les premières tendances (au 26/01/2015) (*Les chiffres présentés ne concernent que les professionnels de santé éligibles au financement de l'OGDPC.*)

- Près de 190 000 comptes personnels professionnels de santé ouverts sur www.mondpc.fr ;

- Près de 129 000 praticiens différents inscrits à un programme de DPC débutant en 2014 :

- Plus de 7 000 chirurgiens-dentistes ; plus de 32 000 infirmiers ; plus de 13 000 masseurs-kinésithérapeutes ; plus de 43 800 médecins ; plus de 4 700 orthophonistes ; près de 1 000 orthoptistes ; 2 200 pédicures-podologues ; plus de 22 700 pharmaciens ; plus de 2 200 sages-femmes ;

³⁵ OGDPC « Nous connaître » [en ligne] [consulté en avril 2015] Disponible sur : <https://www.ogdpc.fr/>

- Plus de 2 700 organismes de DPC enregistrés sur www.ogdpc.fr ;
- Plus de 23 800 programmes de DPC déposés

2.3 Connaissance des Infirmiers Diplômés d'Etat Libéraux (IDEL)

2.3.1 Définitions

En 2005, l'Union Européenne définit légalement la profession libérale dans la Directive du n° 2005/36/CE du 7 septembre 2005 - Considérant n° 43, sur la reconnaissance des qualifications professionnelles :

*« La profession libérale désigne toute profession exercée sur la base de qualification professionnelles appropriées, à titre personnel sous sa propre responsabilité et de façon professionnellement indépendante, en offrant des services intellectuels et conceptuels dans l'intérêt du client et du public ».*³⁶

Le 31 janvier 2012, la définition juridique des Professions Libérales est inscrite pour la première fois de l'histoire, dans la loi française. Cette définition des professions libérales a définitivement été adoptée par le Parlement et publiée au Journal Officiel du 23 mars 2012. L'article 29-I de la loi n°2012-387. : *« Les professions libérales groupent des personnes exerçant à titre habituel, de manière indépendante et sous leur responsabilité, une activité de nature généralement civile ayant pour objet d'assurer, dans l'intérêt du client ou du public, des prestations principalement intellectuelles, techniques ou de soins, mises en œuvre au moyen de qualifications professionnelles appropriées et dans le respect de principes éthiques et d'une déontologie professionnelle, sans préjudice des dispositions législatives applicables aux autres formes de travail indépendant. »*³⁷

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) donne cette définition générale de l'infirmier « La mission des soins infirmiers dans la société est d'aider les individus, les familles et les groupes à déterminer et réaliser leur plein potentiel physique, mental et social et à y parvenir dans le contexte de l'environnement dans lequel ils vivent et travaillent. Cela exige que les infirmières apprennent et assurent des fonctions ayant trait au maintien et à la promotion de la santé aussi bien qu'à la prévention de la maladie. Les soins infirmiers englobent également la planification et la mise en œuvre des soins curatifs et de réadaptation, et concernent les aspects physiques, mentaux et sociaux de la vie en ce qu'ils

³⁶ Journal officiel de l'union européenne [en ligne] [consulté en avril 2015] Disponible sur http://www.cplol.eu/files/journal%20officiel_25520050930fr00220142_pp1-47.pdf

³⁷ Loi n° 2012-387 du 22 mars 2012 relative à la simplification du droit et à l'allégement des démarches administratives [en ligne]. [Consulté en avril 2015] Disponible sur www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2012/3/22/2012-387/jo/article_29

affectent la santé, la maladie, le handicap et la mort. Les infirmières permettent la participation active de l'individu, de sa famille et de ses amis, du groupe social et de la communauté, de façon appropriée dans tous les aspects des soins de santé, et encouragent ainsi l'indépendance et l'autodétermination. Les infirmières travaillent aussi comme partenaire des membres des autres professions impliquées dans la prestation des services de santé. »³⁸

2.3.2 Historique

« Les infirmières ont suivi leur enseignement sous l'autorité des prêtres et médecins qui déterminaient les savoirs qu'elles devaient ou pas acquérir ainsi que leur rôle. Ils estimaient que le savoir empirique était suffisant pour soigner et que les qualités pour être une bonne infirmière étaient la bonté, le dévouement et l'obéissance. Depuis les années 1920, après avoir suivi une formation et obtenu leur diplôme « d'infirmière de l'État français », les infirmières occupaient tout le secteur sanitaire et social. Parmi leurs missions, se trouvait celle de promouvoir l'hygiène publique et sociale afin de lutter contre les fléaux sociaux. Leur rôle était de soigner, écouter, donner des conseils d'hygiène, de santé et participer aux campagnes de prévention (tuberculose, syphilis). Elles avaient pour mission de faire des enquêtes sociales dans les milieux défavorisés. Rapidement, face aux conditions de vie désastreuses de la population, les infirmières « polyvalentes » furent débordées par les activités sociales au détriment des activités de soins curatifs orientées alors vers les dispensaires et les hôpitaux. C'est alors qu'intervint la séparation entre le sanitaire et le social. Les pouvoirs publics, après la sortie des lois sociales du Front Populaire, créèrent une nouvelle catégorie de travailleurs sociaux : les assistantes sociales, cantonnant les infirmières à un exercice très hospitalier. Cette période est marquée par un fort déficit en soignants formés, suite à la première Guerre mondiale ainsi que par une représentation essentiellement sociale avec l'hygiène publique comme forte préoccupation. Les défenseurs de la cause infirmière, comme Léonie Chaptal, reconnue à ce jour comme la fondatrice de la profession, vont se battre pour obtenir une réglementation de la formation et de la pratique dont le premier projet de réglementation des pratiques verra le jour en 1937. Un autre projet sur la formation et l'exercice professionnel infirmier apparaît à travers des lois de 1943–1946.

³⁸ Définition de l'infirmier par l'OMS [en ligne] [consulté en avril 2015] Disponible sur : <http://www.e-tud.com/encyclopedie-education/130-infirmier>

L'activité libérale des soins à domicile est réglementée par l'arrêté du 31/12/1947 (JO 09/01/48) codifiant les actes pouvant être réalisés par les « auxiliaires médicaux » et remboursés par la Sécurité sociale.

En 1950, l'OMS proposa que les soins aux malades (ceux dispensés par les infirmières) deviennent "des soins infirmiers". Mais en France, il faudra encore 30 ans avant que ce concept soit reconnu et devienne une discipline à part entière, exercée et enseignée par les infirmières. Cette amorce de professionnalisation accompagnée d'une lente évolution du dispositif juridique fait une distinction plus précise entre la fonction soignante et la fonction traitante, ainsi que la responsabilité propre de l'infirmière. »

La forte augmentation médicale oblige les médecins à exécuter leurs propres prescriptions, contraignant les infirmières à retrouver des pratiques de soins de continuité et d'entretien de la vie.

En milieu hospitalier, le travail des infirmières est divisé en actes principalement techniques, valorisants, alors que le travail ingrat des soins d'hygiène est délégué aux aides-soignantes, profession à bas revenu apparue en 1956 pour pallier la pénurie d'infirmières.

En 1972, la réforme du programme des études d'infirmières est un bouleversement dans la conception de la prise en charge des malades. Le concept de « plan de soins infirmiers » est centré sur la santé, la personne humaine, et plus seulement sur la maladie. Il correspondait à la conception qu'avaient les infirmières de considérer le malade dans sa globalité.

Le concept de santé publique fait alors sa réapparition avec la fonction « éducatrice de santé » de l'infirmière.

Début 1993, une série de loi et décrets viennent parachever le cadre juridique de la profession infirmière.

Ce n'est seulement qu'en 1981 que les actes de soins infirmiers relevant du rôle propre ont été reconnus. »³⁹

De nos jours l'infirmière libérale doit faire face à une explosion démographique ainsi qu'à une demande toujours croissante de la population en terme de recours aux soins avec une orientation très nette vers des hospitalisations toujours plus courtes au profit de soins de suites à domicile.

³⁹ BLANCHON, C. *Le toucher relationnel au cœur des soins*. Extrait, 2006, Editions Elsevier-Masson [en ligne] [consulté en mai 2015] Disponible sur <http://www.em-consulte.com/article/655178/annexes>

2.3.3 Textes législatifs régissant la profession d'IDEL

Le décret du 29 juillet 2004 du code de la santé publique définit l'ensemble des soins infirmiers. Ce texte réunit à la fois le décret du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles et l'ancien décret du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels.

Le Décret du 2004-802 définit les règles professionnelles de l'Article R.4312-1 à l'Article R.4312-49 (annexe 3).

Le décret de compétence est décrit dans les Article R.4311-1 à l'Article R.4311-15 : (annexe 4)⁴⁰

Les règles professionnelles spécifiques libérales sont inscrites dans le décret 2004-802 du 29 juillet 2004 de l'Article R.4312-33 à l'Article 4312-48 (annexe 5)

2.3.4 Aspects sociologiques

A) Caractéristique démographique

En France, la profession infirmière est la première profession de santé en termes d'effectif. D'après le répertoire d'Automatisation Des Listes (ADELI), le nombre d'infirmiers a augmenté en moyenne de 2,8 % par an au cours des vingt dernières années. Au 1^{er} janvier 2014, ils étaient au nombre de 616 796 infirmiers pour 567 564 en 2012 et la densité française pour mil habitants (nombre d'IDE en activité pour cent mil habitants) se situait à 938.⁴¹ Les infirmiers, en particulier les infirmiers libéraux, ne sont pas bien répartis entre les régions et ces fortes inégalités spatiales de densité d'infirmiers sont relativement stables depuis 10 ans

La population infirmière est très majoritairement féminine (88 % des effectifs), elle travaille principalement à l'hôpital public (55 % des effectifs). Les hommes sont plus enclins à changer de mode d'exercice et à choisir de s'installer en libéral. En outre, l'exercice libéral et l'hôpital public sont des secteurs absorbants qui sont rarement quittés par les infirmiers. Les infirmiers libéraux représentent 16% de la population infirmière française totale. Les migrations régionales sont peu fréquentes mais se font toujours au profit (ou au détriment) de certaines régions. Classiquement, les régions du Sud profitent de ces flux migratoires. Enfin, avant la réforme des retraites catégories A et B de 2010, les infirmiers cessaient leur activité en moyenne à 56 ans pour les salariés des hôpitaux

⁴⁰ Décret de compétence infirmier [en ligne] [consulté en mail 2015] Disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/>

⁴¹ Drees; Insee, estimations de population au 1er janvier 2014.

publics, à 59 ans pour les salariés des hôpitaux privés et à 61 ans pour les infirmiers libéraux. Enfin les Infirmiers se spécialisent de plus en plus.⁴²

La Bretagne présente une offre tout à fait satisfaisante et bien supérieure à la moyenne française, avec une densité de 132 infirmiers libéraux pour 100 000 habitants (annexe 6) À l'image des autres professions de santé, celle des infirmiers libéraux vieillit également avec 19 % de professionnels de plus de 55 ans en 2011 contre 11 % en 2003. Ce vieillissement n'est pas à craindre pour autant puisque la profession enregistre une augmentation soutenue et constante de ses effectifs, avec un gain d'une centaine d'infirmiers par an.

Le centre-est Bretagne, le sud-ouest et l'est de l'Ille-et-Vilaine concentrent la majorité des cantons faiblement dotés en infirmiers libéraux. Les territoires de santé de Brest, Quimper, Lorient et Vannes affichent ainsi des densités très élevées (supérieures à 140), alors que le territoire de Rennes présente une densité deux fois moins élevée.

La régulation à l'installation des infirmiers, plus d'un an et demi après son entrée en vigueur, montre d'ores et déjà des résultats encourageants, même s'ils sont à mettre en perspective avec le nombre élevé d'infirmiers libéraux en Bretagne. Cela peut également expliquer la difficulté d'une installation dans les zones les mieux pourvues au risque d'un exercice avec une rentabilité économique incertaine. La forte présence d'infirmiers libéraux sur la région peut être un levier dans les zones rurales où la densité médicale est une source de tension. Au-delà de la recherche de nouveaux professionnels médicaux, l'évolution des pratiques et/ ou du périmètre d'activité des infirmiers libéraux, dans le cadre d'une démarche coopérative des différents acteurs de santé, peut non seulement permettre de retrouver du temps médical mais également promouvoir le métier d'infirmier s'il est recentré sur l'exercice clinique.⁴³

Dans les Côtes d'Armor au premier janvier 2014, il y avait 1 118 infirmiers libéraux et 3 968 IDE salariés hospitaliers avec forte féminisation de la profession à 86,2% de femmes et une densité de 960 pour mil habitants.⁴⁴

⁴² BARLE, M., CAVILLON M « *La profession infirmière : Situation démographique et trajectoires professionnelles* » Série Études et Recherche N°101, 8 novembre 2010.47 p

⁴³ Plan stratégique régional de santé [en ligne] [consulté le 15 mars 2015] Disponible sur : <http://www.ars.bretagne.sante.fr/Projet-Regional-de-Sante.125092.0.html>

⁴⁴ SICART, D « La profession de santé au 1^{er} janvier 2014 » Série statistiques N°189 juin 2014, 91p [en ligne] [consulté le 15 mars 2015] Disponible sur : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt-statistiques-189.pdf> / DE SINGLY, C. *Rapport de la mission Cadres Hospitaliers*, 11 septembre 2009 [en ligne] [consulté en mars 2015] Disponible

sur www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_chantal_de_singly_tome_1.pdf

« En maintenant constants les comportements des infirmiers et les décisions des pouvoirs Publics (scénario tendanciel), le nombre d'infirmiers en activité devrait continuer à augmenter jusqu'en 2030 mais à un rythme de moins en moins soutenu. La répartition des infirmiers par mode d'exercice serait assez peu modifiée, l'hôpital public restant le mode d'exercice le plus fréquent : environ 50 % des infirmiers continueraient d'y exercer. Enfin, les écarts entre les densités régionales d'infirmiers libéraux devraient se réduire fortement. L'âge moyen des infirmiers en activité resterait relativement stable sur l'ensemble de la période de projection, passant de 40,2 ans en 2006 à 40,9 ans en 2030. En revanche, la structure par âge de la profession devrait se modifier. Après avoir légèrement augmenté entre 2006 et 2009, la part des infirmiers âgés de moins de 30 ans devrait diminuer de manière continue sur l'ensemble de la période de projection, passant de 20 % des effectifs en 2009 à 17 % en 2030. Après avoir augmenté jusqu'en 2011, la part des infirmiers de plus de 50 ans devrait également diminuer progressivement jusqu'en 2022 du fait d'une augmentation des cessations d'activité, pour atteindre 22 % avant d'amorcer une légère hausse et dépasser 23 % en 2030». ⁴⁵

B) Conditions d'installation en libéral

Pour être infirmier libéral (IDEL), il est obligatoire d'être titulaire du diplôme d'État, ou d'une autorisation à exercer. Le candidat à l'installation doit également prouver au moins 24 mois (3.200h) d'expérience professionnelle en tant qu'IDE en structure hospitalière ou institution au cours des 6 dernières années. Douze mois d'expérience professionnelle supplémentaires seront exigés en cas d'arrêt des soins depuis plus de 6 ans. Si l'installation est envisagée dans une zone "surdotée", l'accès au conventionnement ne pourra intervenir que si un infirmier libéral conventionné cesse définitivement son activité dans cette zone. Il devra également satisfaire à l'obligation d'existence d'un local professionnel, qu'il soit individuel ou partagé. Les inscriptions auprès de l'Agence régionale de Santé (ARS), du Tableau de l'Ordre infirmier, de L'Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF), de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), de la CARPIMKO (retraite des auxiliaires médicaux) sont un passage obligé pour le futur professionnel.

Il peut exercer soit :

⁴⁵ BARLET, M., CAVILLON, M. « *la démographie des infirmiers à l'horizon 2030* » Drees Série Etudes et résultats N°760 Mai 2011, 8 p

- hors **Convention** et dans ce cas précis, l'IDEL prend à sa charge l'intégralité des cotisations sociales pour pouvoir appliquer des honoraires libres.
- en adhérant à la Convention Nationale des Infirmiers (CNI) destinée à régir les rapports entre les infirmiers libéraux et les organismes d'assurance maladie. Cette situation concerne 99,9 % des IDEL. L'infirmier libéral s'engage alors à appliquer les tarifs conventionnels (qui doivent être affichés au Cabinet) pour les soins qu'il dispense et est directement payé par le patient. Ces honoraires tarifés sont prévus par la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP). l'Assurance Maladie prend à sa charge une partie des cotisations sociales. Les soins seront remboursés aux assurés sociaux sur la base des tarifs de responsabilité (soit, pour les cas généraux, 60% du tarif conventionnel ; les 40% restants étant à la charge de l'assuré ou de sa mutuelle). La majoration de dimanche s'applique à compter du samedi 8 h pour les appels d'urgence. Les majorations de nuit vont de 20h à 23h et de 5h à 8h, et elle est doublée de 23h à 5h

Les IDE ne peuvent pas mettre en place des secteurs conventionnels ni des dépassements d'honoraires. Toutefois, en cas d'urgence ou d'exigence personnelle ou d'une demande de déplacement non justifiée, la CNI permet l'application de tarifs hors convention mais sous réserve de quelques principes bien définis.⁴⁶

L'IDEL a le choix de sa clientèle. Il a un rôle essentiel dans les soins de proximité et répond bien souvent aux besoins de la population de son quartier. Il est un véritable acteur de santé publique et un maillon indispensable des « soins de ville ».

La [Loi n° 2006-1668 du 21 décembre 2006 a porté](#) création d'un ordre national des infirmiers. Les infirmiers sont des professionnels qui remplissent une mission sociale d'intérêt général, dans un secteur où le marché ne peut intervenir seul et où l'exigence éthique s'impose. En proposant des soins, ils contribuent de manière significative à l'économie nationale et sont en contact direct avec le patient dans une relation asymétrique qui exige la confiance. Il est du devoir du professionnel d'honorer cette confiance et il revient à l'institution ordinaire de garantir à la collectivité les moyens de sauvegarder cette confiance.⁴⁷

La nuit du 9 avril 2015, 19 députés (29 présents sur 577 membres) déposent un amendement pour l'abrogation de l'Ordre National des Infirmiers. Sur les 28 pays de

⁴⁶Exercice en libéral [en ligne] [consulté le 18 mai 2015] Disponible sur : http://www.conseil-de-lordre-infirmier-de-paris.com/?page_id=35

⁴⁷ Rôle et missions de l'Ordre Infirmier [en ligne] [consulté le 20 mai 2015] Disponible sur : <http://www.ordre-infirmiers.fr/lordre-et-les-conseils-ordinaux/role-et-missions.html>

l'Union Européenne, 19 disposent d'Ordres infirmiers. Quelle serait la spécificité française ?

A ce sujet, un des vice-présidents départemental des Cotes d' Armor du syndicat Fédération Nationale des Infirmiers (FNI) avec qui j' ai pu m'entretenir fin février, tenait les propos suivants : « c'est une coquille vide et C' est Madame Bachelot qui la détruit en déclarant devant des directeurs d'hôpitaux qu'elle ne les poursuivrait pas s'ils employaient du personnel non inscrit au tableau .Résultat, il y a 80% des salariés qui sont non-inscrits au tableau. Un Ordre qui pour les libéraux n'a pas de sens : la spécificité d'un Ordre est de fédérer et de regrouper tous les types d'exercice et c'est la profession qui se prend en main sans avoir besoin de hiérarchie hospitalière. L'Ordre est garant de la qualité des soins auprès des assurés. L'Ordre n'a pas marché parce que les organisations syndicales salariées ont perçus l'Ordre, comme ils perçoivent ainsi tous les Ordres, comme des instances supplémentaires, pouvant leur faire de l'ombre. Ils ont pensé à tort ou à raison que les cotisations obligatoires entraîneraient de fait une baisse de syndicalisation chez les IDE, qui est déjà très très faible. Les centrales syndicales travaillent plus avec les AS et les agents que les IDE ou les cadres de santé. ».

Les syndicats infirmiers et le comité d'entente des formations infirmières et cadres (CEFIEC) s'opposent fermement à cette abrogation. Ils dénoncent une remise en question de la qualité des soins, une volonté de réduire l'IDE à une simple exécutante, et un moyen de priver la profession d'un portevoix auprès des instances décisionnelles.

C) Modes d'organisation et exercices divers

- Les modes d'exercice :

L'obligation de continuité des soins étant inscrite dans leur convention professionnelle, les IDEL se sont organisés afin de répondre aux attentes des personnes malades. Les soins doivent être assurés du lundi au dimanche, durant toute l'année avec une possibilité de participer aux astreintes téléphoniques la nuit. De ce fait, l'infirmier libéral peut travailler seul mais de plus en plus en cabinet de groupe, en cabinet pluridisciplinaire, en société (dont les statuts sont variés) ou en exercice mixte (salarié/libéral) : article 13 du Décret n°93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières.

Dans tous les cas, il a fondé son entreprise ce qui exige d'acquérir un minimum de connaissances en matière de gestion d'entreprise et de comptabilité.

Quel que soit son mode d'exercice, l'infirmier libéral reste professionnellement indépendant.

Déontologiquement, il travaille toujours dans l'intérêt du patient et respecte le libre-choix de celui-ci.

Parmi les possibilités d'activité, existent les IDEL remplaçants. Le remplacement peut correspondre à un complément d'activité, à une façon de découvrir la profession ou à une activité à part entière.

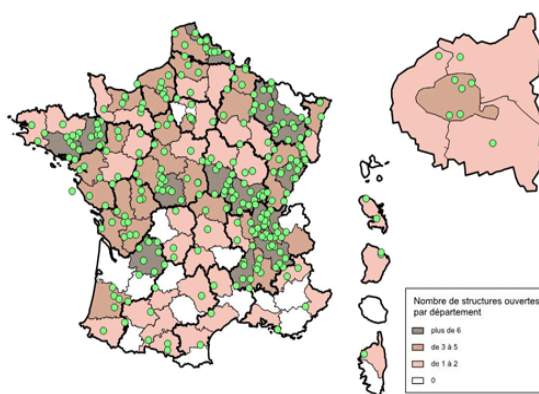
La réforme de la politique territoriale de santé prévoit et encourage vivement l'exercice en équipe pluridisciplinaire sous la forme de Maison ou pôle de santé.

La Loi HPST n° 2009-879 de juillet 2009 modifiée par la loi n°2011-940 du Code de la santé publique précise les définitions de la Maison de santé (Article L6323-3) et du Pôle de santé (Article L6323-4)⁴⁸

Les professionnels de santé y exerçant ont pour mission d'élaborer un projet de santé commun. Un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens sera alors contracté avec l'ARS qui versera une aide financière.

En janvier 2012, 235 maisons en fonctionnement et environ 450 maisons en projet étaient recensées. Elles sont le plus souvent situées en milieu rural (à 80%). Les maisons de santé regroupent à ce jour 2 650 professionnels, dont 750 médecins.⁴⁹

Maisons et pôles de santé en fonctionnement au 31 janvier 2013 284 structures ouvertes

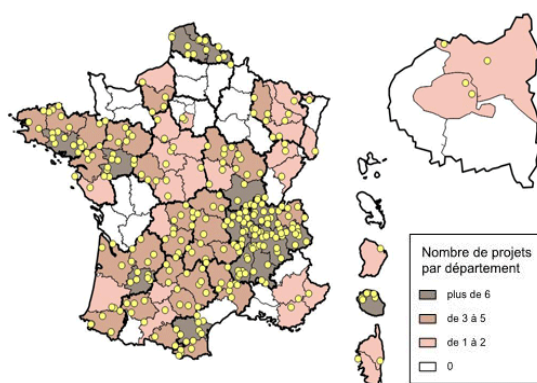


Source : Ministère des affaires sociales et de la santé / DGOS PF3 & USID

⁴⁸ Maison ou Pôle de santé. Définitions. 6 mars 2012 [en ligne] [consulté le 20 mai 2015] Disponible sur : <http://www.urps-med-ra.fr/srt/urpsmedra/edito?location.id=:1605> :

⁴⁹ Les maisons de santé - 4 décembre 2012 [en ligne] [consulté le 20 mai 2015] Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/les-maisons-de-sante.html>

Maisons et pôles de santé avec ouverture prévue en 2013 ou en 2014 estimation au 31 janvier 2013 : 288 projets



Source : Ministère des affaires sociales et de la santé / DGOS PF3 & USID

Nous constatons que ces nouvelles structures sont en augmentation mais que leur répartition est inégale : les pôles de santé se déploieraient plutôt dans le nord-ouest, alors que les maisons de santé plutôt à l'est de la France selon le ministère de la santé. Les zones péri urbaine sont moins dynamiques probablement à cause des centres de santé qui couvriraient en partie les besoins de la population.

- L'activité libérale :

L'IDEL procure des soins très divers et variés à domicile mais aussi au cabinet infirmier. Souvent seul avec le patient avec qui il tisse des liens intimes, il collabore étroitement avec les médecins mais également avec les professionnels du secteur social et médico-social (annexe 7). Il peut se spécialiser dans des champs d'activité qui l'amène à pouvoir s'intégrer au sein de réseaux types diabète, oncologie, soins palliatifs. La promotion de l'ambulatoire à l'hôpital et de la prévention par les politiques de santé actuelle renforcent l'importance du rôle de l'IDEL en tant que professionnel de proximité à travers la prévention, le dépistage, le maintien à domicile et l'éducation à la santé. Cette profession devient plus que jamais un interlocuteur incontournable en terme de santé publique.

L'exercice infirmier libéral n'est réglementé ni en terme d'horaires ni en terme de durée hebdomadaire de travail ni au niveau des modes d'organisation du travail. Ceux-ci sont très variables d'un cabinet à l'autre, et dépendent de nombreux facteurs (taille du cabinet, statut juridique, secteur d'installation, volume global d'activité, type de clientèle...). Les amplitudes horaires quotidiennes des libéraux sont en moyenne de 7 à 20 heures et leur activité hebdomadaire autour de 50 h par semaine.⁵⁰ C'est pourquoi de plus en plus de

⁵⁰ DAYDE., M-C *Regard sur la profession d'infirmière libérale*, p 80

libéraux se regroupent afin de pouvoir équilibrer vie professionnelle et vie personnelle, alléger leur emploi du temps et partager les contraintes.

La profession libérale renvoie à une multitude de pratiques qui dépendent des représentations que chacun a de sa relation avec le patient, de ses missions, de son rôle. De ce fait, l'identité collective de la profession est difficile à mettre en lumière.

- Le choix de l'exercice libéral

Trois raisons essentielles semblent conduire les IDE à exercer en libéral⁵¹.

Tout d'abord l'autonomie dans le travail est un critère très important. Leur personnalité indépendante et souvent affirmée est difficilement compatible au modèle hospitalier très hiérarchisé et conventionnel. Avec le travail en association, forme la plus en plus courante d'exercice, ils ont une autonomie qui leur permet d'aménager leur planning à long terme en fonction de leur vie personnelle, d'exercer selon leur rythme, leur valeur professionnelle et leurs convictions. Ces choix influencent les prises en charge, les comportements et attitudes vis à vis du patient.

La deuxième raison se retrouve dans l'intérêt pour la dimension relationnelle et sociale très riche dans la pratique de l'IDEL. La reconnaissance, le respect de la part de la population, en ville mais encore davantage en milieu rural pour cette profession sont gratifiants et motivants.

La troisième raison est l'aspect financier avec un revenu pour l'IDEL bien supérieur à celui d'un salarié hospitalier.

Les IDEL ont le choix de cotiser auprès de quatre syndicats majoritaires : la Fédération Nationale des Infirmiers (FNI) fondé en 1949, le Syndicat National des Infirmières et Infirmiers Libéraux (SNIIL) fondé en 1973, l'Organisation Nationale des Syndicats d'Infirmiers libéraux (ONSIL) et Convergence Infirmière (CI). Selon l'un des vice-présidents : « Dans les Cotes d'Armor le syndicat majoritaire est la FNI avec pour 1118 IDE libéraux, 350 inscrits ce qui fait environ 31%. Le SNIIL: aucun syndiqué mais dans d'autres départements ils sont bien présents, Convergence : ils sont 3 et ONSIL, une dizaine ». Le nombre est bien supérieur à celui des IDE hospitalier qui sont syndiqués à hauteur de, à peine, cinq pour cent d'après les sources syndicales du CH Briochin; Les syndicats sont parties prenantes dans les négociations et permettent de faire évoluer les conditions de l'exercice professionnel.

⁵¹ IGNASSE, J. « Infirmières, Infirmiers pourquoi ils choisissent le libéral ? » *Actu soins* du 20 février 2012 p1

- Les revenus :

Les IDEL disposent de trois lettres-clés pour leur intervention : Acte Auxiliaire Médical Infirmier (AMI) d'une valeur de 3.15 euros, Acte infirmier de Soins (AIS) : 2.65€ et la Démarche de Soins infirmiers (DI) : 10 €. S'ajoute à cela une indemnité forfaitaire de déplacement (IFD) de 2.50 €. ⁵²

Selon la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), le revenu moyen des infirmiers serait de 51 150 euros en 2012. Il existe une progression entre 2002 et 2012 de 3.6% en moyenne annuelle selon un rapport de la Cour des Comptes du 15 juillet 2014. Selon les chiffres de la Direction générale des finances publiques, le revenu d'une infirmière libérale a atteint 41 448 euros en 2011 (- 2 % par rapport à l'année précédente en euros courant, + 3,7 % sur dix ans). ⁵³

D) Situation en mutation : Quelles perspectives pour demain ?

Le virage ambulatoire souhaité par la nouvelle politique de santé va engendrer l'expansion non négligeable du secteur de soins à domicile. L'augmentation des personnes âgées, des maladies chroniques, l'évolution des nouvelles technologies, la place des différents acteurs dans le système, les inter-relations nouvelles entre les différents professionnels, l'évolution des notions de qualité, santé, maladie, sont autant d'éléments qui amènent les IDEL à faire face à des changements au sein de leur pratique.

Les enjeux des soins à domicile sont de trois ordres :

Un enjeu social où l'on constate à travers diverses études que le maintien à domicile est préféré au placement en établissement ⁵⁴. La population souhaite rester le plus possible chez elle.

Un enjeu économique afin de pérenniser le système d'Assurance Maladie et de faire baisser les dépenses. Le développement de l'Education Thérapeutique dans les pratiques à domicile est vivement préconisé.

Enfin un enjeu politique en introduisant la culture du patient et de ses proches comme acteurs de leur santé et non plus comme consommateurs de santé. La santé publique prend toute sa place et évolue de la prise en charge individuelle du patient vers une prise en charge populationnelle.

⁵² Tarifs conventionnels des infirmiers libéraux [en ligne] [consulté mai 2015] Disponible sur : <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/infirmiers/votre-convention/les-tarifs-conventionnels.php>

⁵³ « Infirmiers libéraux : revenu annule médian de 51 000 euros selon la CNAMTS » Actu soins du 23 juillet 2014, 1 p

⁵⁴ Observatoire National de la fin de vie « Vivre la fin de vie chez soi » mars 2013, 141p [en ligne] [consulté mai 2015] Disponible sur : www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports.../134000186.pdf

Les défis pour demain sont le décroisement ville/hôpital et la communication des informations avec le dossier partagé tout en respectant la confidentialité des données .De même, les soins à domicile ne sont plus exclusivement dédiés aux IDEL. Il existe une concurrence ou coopération de marché avec les Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD), les Hospitalisations A Domicile (HAD), les différents réseaux (cancérologie, diabète..), les IDE de psychiatrie qui réalisent des consultations à domicile, les prestataires de matériels médicaux qui participent activement à la prise en charge du patient lors de sa sortie de l'hôpital. A ce jour, les IDEL ont la possibilité de s'intégrer dans des maisons de santé de proximité multi professionnelles qui s'inscrivent dans la dynamique du futur système de santé. Leur défi est de maintenir ces structures à taille humaine afin d'y conserver la proximité et la confiance avec le patient, le libre choix de ce dernier, ainsi que l'approche individualisée, fondement des pratiques du libéral. L'atout majeur de ces professionnels est d'être sur le terrain vingt-quatre heures sur vingt-quatre pour assurer le suivi du patient. Au sein de la maison de santé, chacun aura la possibilité de se spécialiser afin d'y apporter une expertise au service de la qualité de la prise en charge du patient mais sans pour autant quitter la notion des soins généraux. Un autre défi pour les IDEL est de garder une certaine indépendance professionnelle. En effet, les incitations financières de la part des Caisses d' Assurance Maladie qui amènent les IDEL à passer des conventions avec elles, l'idée de forfaits inscrits dans la NGAP et l'amendement de l'Ordre Nationale des Infirmiers (ONI) font que l'indépendance des IDEL est de plus en plus relative. Le président de l'ONI lors de nos derniers échanges a déclaré « que les membres de l'ONI seraient étonnés que l'amendement ne tombe pas car ce serait la première fois qu'une organisation professionnelle comportant 168 000 membres serait dissoute. Le danger est que les tutelles créent à la place, un office n'ayant que des tâches administratives, les autres pouvoirs qu'avaient l'ordre repassant aux médecins et aux administrations. ». Cette même inquiétude est partagée par le syndicat FNI craignant un recul de la profession infirmière qui repasserait sous la tutelle médicale au sein des maisons de pôle dont le statut juridique est en « société interprofessionnelle de soins ambulatoires » (SISA) notamment. Enfin le dernier défi à relever serait la reconnaissance de l'IDEL comme acteur de santé publique. Son rôle à ce niveau reste sous-estimé et il mériterait d'être mieux formalisé et soutenu par des formations continues adaptées. Le rapport de l'OMS sur les maladies chroniques de 2003 précise que « pour aider les malades qui souffrent d'affections chroniques, il est indispensable d'avoir de solides compétences en matière de communication, de connaître les techniques propres à faire évoluer les comportements, d'

être capable d' éduquer les malades et d' avoir des aptitudes en matière de conseil. ...Les agents de soins de santé n'ont à l'évidence pas besoin d'un diplôme de médecine pour dispenser ces services. »

2.3.5 La formation continue pour les IDEL

Depuis ces dernières années, l'évolution du contexte professionnel des infirmières libérales les encourage à choisir des formations plus spécifiques (diabète, plaies et cicatrisation, douleur etc.).

Pour suivre une formation, les IDEL ont recours, comme nous l'avons déjà abordé, au DPC mais également au Fonds Interprofessionnels de Formation des Professionnels Libéraux (FIF PL). Ce dernier est un fonds d'assurance formation agréé par Arrêté Ministériel du 17 mars 1993, publié au Journal Officiel, le 25 mars 1993. Il a été créé à l'initiative de l' Union Nationale des Professions Libérales(UNAPL) et des organisations professionnelles adhérentes, conformément aux dispositions de la loi du 31 décembre 1991, portant sur la formation continue des Travailleurs Indépendants et des Professionnels Libéraux, faisant obligation à tous de s'acquitter de la Contribution à la Formation Professionnelle (CFP)⁵⁵. Les formations sont pratiquement toutes DPC validantes. Le FIF-PL est alimenté par une cotisation obligatoire à hauteur de 93 € des professionnels, recouvrée par l'URSSAF qui collecte les fonds. Au sein de cet organisme siègent des organismes syndicaux de toutes les professions libérales.

Les IDEL ne sont pas indemnisés, mais le FIF-PL prend en charge le coût de leur formation. Néanmoins, ils peuvent déduire les frais annexes (hébergement, transport...) sur leurs bénéfices, obtenir au titre de chef d'entreprise d'un crédit d'impôt pouvant aller jusqu' à 3 jours par an.

2.4 Connaissance de l'existant des organismes de formation sur le département des Côtes d'Armor

Il existe une multitude d'organismes de formation. Dans les côtes d'Armor, nous recensons principalement :

- Le Collège des Hautes Etudes en Médecine (CHEM) créé en 1988 en Bretagne, appartient à un des premiers organismes Français de Développement professionnel

⁵⁵ Présentation du FIF-PL [en ligne] [consulté en mai 2015] Disponible sur <http://www.fifpl.fr/index.php?page=presentation>

continu (DPC). Il propose des formations à un public pluri professionnel de santé et il n'est lié à aucune organisation syndicale ni à aucun pouvoir politique ou administratif. Depuis 25 ans, des universitaires sont présents, aux côtés des confrères libéraux, dans le conseil d'administration et le conseil scientifique et pédagogique du CHEM. Ils sont nombreux aussi à intervenir en formation. Le Collège propose en 2015 aux professionnels de santé différents scénarios de développement professionnel continu sous forme de programmes d'apprentissage en ligne (e-learning) et sous forme de formations présentielles privilégiant une pédagogie très participative.

Chiffres clés en 2014 :

- Plus de 12 000 inscriptions aux programmes DPC présentiels et à distance
 - 7 500 inscrits aux programmes présentiels
 - 4 600 inscrits aux 20 programmes d'e-learning proposés
 - un réseau de 290 responsables-animateurs de formation et experts
 - une équipe d'une trentaine de salariés, avec des bureaux permanents dans le Finistère (Brest) et en Ille-et-Vilaine (Rennes)⁵⁶
- Le Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM) est un grand établissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel. Placé sous la tutelle du Ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche, il remplit trois missions fondamentales dont celle de la Formation Tout au Long de la Vie (FTLV). Le CNAM propose 550 formations courtes et 85 diplômes supérieurs tout en travaillant. Chaque formation fait l'objet d'une validation conduisant à la délivrance d'une attestation par le Ministère de l'Enseignement Supérieur. Les formations sont accessibles en cours du soir, le samedi, en séminaires ou en formation à distance. Au niveau national, le CNAM est financé par l'Etat à hauteur de 60% de ses ressources.
- HR Formation a été créé le 20 octobre 1990 par Hubert Rayon ; L'équipe est formée de formateurs et de consultants, professionnels de la santé, diplômés universitaires et formés à la pédagogie pour adultes, au service des projets des

⁵⁶Inscriptions aux formations du CHEM [en ligne] [consulté mai 2015] Disponible sur : <http://www.chem-sante.fr/index.php#>

établissements sanitaires et/ou sociaux et des services de la fonction publique territoriale et de l'activité professionnelle des infirmières libérales.

H.R. Formation est partenaire de L'A.N.F.H. (Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier), du C.N.F.P.T (Centre National de la Fonction Publique Territoriale), du F.I.F.-P.L (Fonds Interprofessionnel de Formation des Professionnels Libéraux), L'O.G.D.P.C. (Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu) dans le cadre du D.P.C. (Développement Professionnel Continu) des professionnels de santé, libéraux et salariés des Centres de Santé et autres O.P.C.A. (Organisme Paritaire Collecteur Agréé). Il propose un vaste programme de formations en présentiel ou par Formation Ouverte et/ ou A Distance (FOAD).

- Orion santé a été créé en 2003 par deux infirmiers libéraux qui ont plus de 30 ans d'expérience, William Livingston et Marcel Affergan. Aujourd'hui, Orion Santé forme 6000 personnes par an et 10 000 professionnels de santé en 2014, soit 50 % des infirmières formées. La particularité d'Orion Santé est que l'ensemble de ses formateurs et de ses animateurs sont des infirmiers libéraux en exercice et son objectif est de développer la formation interprofessionnelle. Il propose trente-trois programmes, 400 formations annuelles dédiées aux infirmières libérales et cinq méthodes pédagogiques :
 - les congrès.
 - le e-learning. .
 - les formations présentiels. La forme la plus classique : deux jours consécutifs sur un thème, centrés sur des échanges d'expérience et l'interactivité.
 - le « partage de pratiques ». Des modules courts, par demi-journées, qui permettent de trouver des solutions collectives à des problématiques individuelles.
 - Des ateliers interprofessionnels

- La FIF-PL : Les thèmes de formation sont tous très diversifiés. Les organisations syndicales étudient et arrêtent chaque année des critères (thèmes et montants) de prise en charge spécifique à leur profession. Ces critères de prise en charge peuvent être consultés sur le site du FIF PL : www.fifpl.fr. Il existe 24 thèmes sélectionnés en 2015.

- L'OGDPC gère la partie financière du dispositif du DPC pour près de 500 000 professionnels de santé et plus de 2 700 organismes de DPC en 2014.

Quelques chiffres : les premières tendances au 26/01/2015 (*Les chiffres présentés ne concernent que les professionnels de santé éligibles au financement de l'OGDPC.*) :

- Près de 190 000 comptes personnels professionnels de santé ouverts sur www.mondpc.fr ;
- Près de 129 000 praticiens différents inscrits à un programme de DPC débutant en 2014 dont 32 000 infirmiers ;⁵⁷

- L'Agence pour la Formation Continue des Professionnels Infirmiers Libéraux (AFCOPIL) propre organisme de formation de la FNI qui a également sa revue mensuelle « Avenir et santé ». Elle est habilitée à dispenser des formations de DPC (programmes) pour les infirmières libérales. En 2015, 13 thèmes dont 6 nouveaux sont proposés pour plus de 200 sessions⁵⁸

- Autres : bien d'autres opérateurs de formation existent : 23 organismes sont listés dans la revue « avenir et santé » hors-série de janvier 2015 ;

- la FC du Centre Hospitalier (CH) de Saint-Brieuc

Le CH n'a d'obligation qu'envers ses salariés et à ce jour, il ne fait pas de formation à l'extérieur. Le programme de formation s'inscrit dans l'Arrêté du 26 février 2013 fixant la liste des orientations nationales du développement professionnel continu des professionnels de santé pour l'année 2013 (Version consolidée au 01 mai 2015). Les objectifs de la mise en place du DPC sont de simplifier le dispositif de formation, de décloisonner en encourageant le travail interdisciplinaire et de prioriser la gestion de la qualité et la sécurité des soins, la démarche réflexive et le jugement clinique ; Le CH a une validation provisoire d'ODPC ; pour être définitivement agréer, son programme doit passer devant le conseil scientifique qui se trouve au sein de l'OGDPC.

Les IDEL peuvent venir se former sur des pratiques au sein des services de soins dans le cadre de stage par comparaison.

⁵⁷ OGDPC *Nous connaître* : [en ligne] [consulté mai 2015] Disponible sur : https://www.ogdpc.fr/ogdpc/nous_connaître/11#1erschiffres

⁵⁸ Formations –AFOPIIL [en ligne] [consulté mai 2015] Disponible sur : <http://www.afcopil.com/>

3 Méthode

3.1 Revue de littératures

Afin d'organiser mon travail, j'ai procédé dans un premier temps à une recherche documentaire qui m'a permis de définir les notions essentielles et d'obtenir des éléments de contexte actualisés. Les textes juridiques ont comme intérêt de délimiter le cadre législatif dans lequel se développe mon sujet.

3.2 Méthodes qualitative et quantitative

Ensuite, afin d'étudier le besoin de ma commande, j'ai utilisé la méthode quantitative avec la création d'un questionnaire (annexe 8) et la méthode qualitative avec la réalisation de plusieurs entretiens (annexe 9). Chacune des deux méthodes correspond à des questionnements différents et apporte donc des réponses singulières.

Le questionnaire avait pour principal objectif de recenser les besoins en formation des IDEL. Le choix de limiter la zone géographique aux Côtes d'Armor est en lien avec la situation de l'IFSI sur ce département.

Les entretiens m'ont permis de découvrir et de comprendre le quotidien de l'infirmier exerçant en libéral.

J'ai décidé de faire parvenir un questionnaire aux IDEL sur le site « google drive », facile et rapide pour les professionnels qui n'avaient comme seule contrainte que d'y répondre. En effet, l'envoi se faisait automatiquement sur ma messagerie. Mais pour ce faire, il me fallait les adresses mails des IDEL ce qui m'a posé problème car elles sont considérées confidentielles pour les syndicats comme pour la sécurité sociale. C'est l'Ordre National Infirmier du « 22-35 » qui a bien voulu faire l'intermédiaire en envoyant le questionnaire auprès de 1149 IDEL.

Parallèlement j'ai pu rencontrer le président de la FNI du 22, la directrice de la formation continue du centre hospitalier de Saint-Brieuc, le président de l'URPS des Infirmiers libéraux de Bretagne, et trois IDEL.

Je n'ai pu retranscrire tous les entretiens, notamment ceux avec les IDEL qui ont eu lieu sur un temps de déjeuner, seule disponibilité possible. Ces échanges ont été très riches mais longs et pas forcément structurés. Le manque de temps de ma part a été également une de ces limites.

4 Analyse et interprétation des résultats. (Annexe 10)

Je vais procéder maintenant à l'analyse de mes données qualitatives et quantitatives (Annexe 10) en y introduisant les biais à prendre en considération.

L'étude quantitative tire son bien-fondé de la logique du grand nombre. En effet, elle part du principe que si l'on interroge un nombre minimum de personnes (à partir de 200 environ), ces dernières seront représentatives de l'ensemble de la population qu'elles représentent. Cette déduction est déjà discutable car il existe toujours des biais (choix des sélections, choix des questions...).

Un autre biais réside dans le fait que dans mon étude quantitative, les personnes ont été contraintes, face aux questions posées, à un choix de réponse proposé. Cette sélectivité de ma part n'est déjà pas dénuée de subjectivité puisque c'est mon propre jugement qui a permis de les sectionner.

Concernant mon étude qualitative, les représentants de la profession interrogés sont des leaders syndicaux qui ont pour mission de défendre les intérêts de la profession. Leurs propos sont donc très orientés en lien avec leurs propres enjeux, leurs logiques et leurs valeurs, étant eux-mêmes IDEL. L'objectivité est donc relative.

- Ceci étant posé, je pars d'un premier constat : celui du très petit nombre de questionnaires reçus : en effet sur 1149 IDEL destinataires, 64 ont répondu ce qui représente un taux de 5,57%. Quelle est donc la représentativité et la légitimité de mes résultats ?

Je me suis demandée si le nombre de questions posées étaient trop important. J'ai donc contacté cinq IDEL qui m'ont certifié que le questionnaire était très rapide à remplir (cinq minutes environ). La version de deux autres IDEL qui n'ont pas répondu, étaient plutôt qu'elles recevaient tellement d'autres informations « qu'elles ont relégué ce mail au rayon des oubliettes ».

Pourquoi ce mail n'a pas su retenir leur attention ? L'IFSI n'est pas un interlocuteur habituel et n'a donc pas un intérêt immédiat pour ces professionnels déjà très pris par le temps. De même, l'Institut de Formation représente le centre hospitalier. Longtemps l'hôpital a représenté l'expertise, la technicité la suprématie des soins, alors que le libéral représentait les soins de confort. L'histoire de l'exercice libéral infirmier en France montre que les IDEL ont assuré seuls durant un demi-siècle la promotion, la structuration et le

développement des soins à domicile, et qu'ils sont aujourd'hui les premiers offreurs de soins de ville... Or L'hôpital connaît, aujourd'hui, beaucoup d'importantes réformes afin de mieux maîtriser ses coûts. Il doit se réorganiser pour y arriver. Nous arrivons à la fin de « l'hospitalo-centrisme » : l'hôpital de demain devra être un hôpital très ouvert sur la ville et offrir aux patients un parcours de prise en charge simple, compréhensible et complètement sécurisé. Les représentants de la profession que j'ai rencontrés, restent méfiants quant à ce revirement de situation et craignent que l'hôpital transfère son organisation sur celle des soins de ville, ce qu'ils refusent. Un des choix de pratiquer en libéral est justement de garder une indépendance sans dépendre d'une hiérarchie lourde.

Une autre hypothèse qui pourrait expliquer le peu de réponse réside dans le fait que mon questionnaire parvient par l'Ordre National des Infirmiers. Un professionnel libéral exprime clairement que *« l'Ordre est perçu par les IDEL comme un agent qui lève les impôts. Cette instance aurait pu être légitimée si tous les IDE avaient été concernés et égaux devant la loi. Tant qu'il existera cette discrimination entre salariés et libéraux, ça ne pourra pas fonctionner »*.

Le discours de certains politiques de diviser la profession en 2, n'était-il pas voulu afin d'éviter que la profession n'accède à un pouvoir trop important ? « Diviser pour mieux régner » ne dit-on pas ?

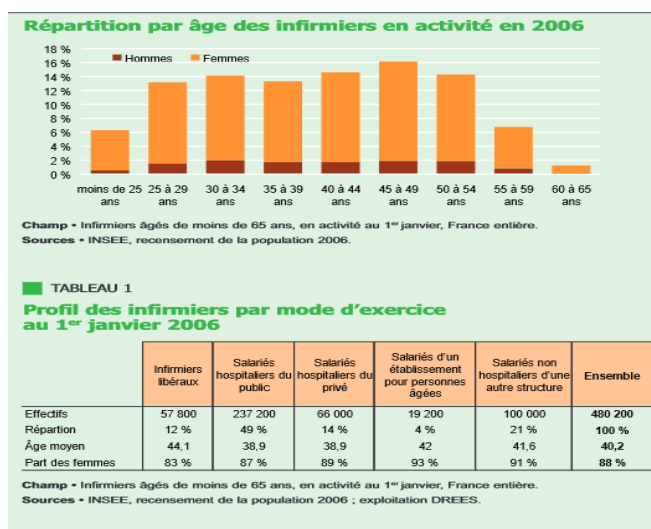
La profession infirmière a beaucoup de difficulté à se défaire de son histoire. Longtemps assujettie aux médecins, le fait de la maintenir dans cette posture reste encore, inconsciemment ou pas, assez vrai aujourd'hui. Le pouvoir médical reste omniprésent et les représentations de ces métiers encore prégnants. Bien des personnes pensent que l'IDE exerce sous l'autorité du médecin. Est-ce le fait que la profession infirmière reste encore très féminine ? En effet, c'est bien 82,8 % de femmes qui ont répondu à mon questionnaire. Par contre, les leaders syndicaux et les représentants de la profession URPS en Bretagne/côte d'Armor sont en majorité des hommes. Les représentations sociales évoluent tout doucement mais ne voit-on pas encore « l'homme en médecin et la femme comme l'IDE »

Est-ce que ces postes de leaders sont plus difficiles d'accès aux femmes ? Ou est-ce une réelle volonté des femmes de ne pas les occuper ? L'histoire de la profession et la condition de la femme dans notre société font probablement parties des facteurs qui peuvent expliquer la difficulté que ressentent les soignants à construire leur identité professionnelle.

Le fait d'avoir intégré la formation initiale au grade licence avec la possibilité de poursuivre un cursus universitaire, d'accéder à une recherche en soins infirmiers, peut être une solution pour que ces professionnels atteignent des postes clés qui leur permettront une reconnaissance statutaire de leur diplôme et la participation aux décisions des politiques de santé.

Enfin la dernière hypothèse que je pourrais émettre est la charge de travail élevée de ces professionnels qui n'auraient pas eu le temps de répondre. Une IDEL m'exprimait que « leur temps de travail journalier était de l'ordre de 13 à 14 heures, avec un temps administratif très chronophage représentant 1 jour et demi à deux jours pour une semaine de travail. Le rôle social est aussi très prenant. »

- Le deuxième constat que je peux retirer de mon questionnaire est l'âge des IDEL qui se situe pour 70,3% entre 31 et 50 ans ce qui correspond à ceux de la moyenne nationale (CF tableau ci-dessous)



-source : DRESS Muriel BARLET et Marie CAVILLON N° 759 mai 2011

« La profession d'infirmière : situation démographique et trajectoires professionnelles »

De même, ce sont les IDEL qui ont le moins de nombre d'années d'exercice en libéral qui ont répondu en majorité : 43,8% d'entre eux ont moins de 5 ans d'exercice et 26,6% ont entre 5 et 10 ans.

Par contre ceux ayant entre 11 et 15 ans d'exercice ne représente que 12,5% de mes réponses.

L'explication peut se trouver dans le fait qu'ils sont plus jeunes, appartenant à la génération dite « Y » qui a grandi devant la télévision, les jeux vidéo et l'apparition des Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication(NTIC).

Comme toute génération, son identité se construit autour des apports culturels reçus dès la petite enfance. Elle est donc naturellement plus à l'aise que ses aînés avec l'outil informatique qui fait partie de son quotidien.

- Troisième constat : L'exercice individuel en cabinet de groupe est le mode d'organisation le plus répandu selon les réponses : 73,4%. Il permet de mutualiser les moyens, d'assurer la continuité des soins tout en allégeant leurs temps de travail.

Les nouveaux modes en exercice collectif, introduits dans le code de la santé publique en 2007 (loi de financement de la sécurité sociale du 19 décembre 2007) sont en cours de déploiement : 10%9 font partis d'un pôle de santé et 7,8% d'une Maison de Santé Pluridisciplinaire(MSP).

En France, 284 Maisons et pôles de santé en fonctionnement ont été recensés au 31 janvier 2013, situés à 80% en milieu rural.⁵⁹

Depuis environ 7 ans, la mise en place de ces structures reste lente. La MSP doit répondre à un cahier des charges national et présenter un projet de santé validé par L'ARS. Elle doit créer un dossier patient commun et partagé. Les paramédicaux ne sont pas vraiment formés à ces créations de projets, qui demandent également beaucoup de temps de préparation. Or, ils n'ont ni le temps, ni les moyens pour le faire. De même, les freins liés aux craintes de leurs instances, restent peu engageant pour eux ; les syndicats des IDEL revendiquent la peur « *de voir ,demain, se mettre en place un système de soins de ville totalement administré, centré sur des structures dans lesquelles les auxiliaires médicaux, en particulier, risquent de perdre une part importante de leur indépendance et de leur pouvoir d'achat* ».

Les IDEL sont-ils en majorité syndiqués ? 65,6% de ceux qui m'ont répondu n'adhèrent à aucun syndicat contre 34,4%. En France, le taux de syndicalisation des infirmiers s'élève aux alentours de de 5 % et celui des salariés est trois fois moins élevé dans la fonction publique.⁶⁰

La revendication et le militantisme sont peu ancrés dans la culture infirmière. Ces professionnels sont plus dans une logique de prendre soin de l'autre, plutôt que d'eux-mêmes. Ils peuvent également assimiler politique avec syndicat ce qui les dérange, ne souhaitant pas être utilisés à des fins qui ne sont pas les leurs.

⁵⁹Les maisons de santé [en ligne] [consulté mai 2015] Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/les-maisons-de-sante.html>

⁶⁰ Syndicalisme : les infirmières aux abonnés absents [en ligne] [consulté mai 2015] Disponible sur : <http://www.actusoins.com/9034/syndicalisme-les-infirmieres-aux-abonnes-absents.html>

Les infirmiers ont malgré tout le sentiment que le profil de leur activité a évolué pour 71,9% d'entre eux sans que cela génère des difficultés dans leur pratique. Probablement que l'évolution la plus importante de leur activité est celle de leur regroupement à plusieurs, qui apporte un allègement de par la mutualisation des contraintes. L'informatisation est également un autre grand changement pour ces professionnels qui doivent partager un ensemble d'informations relatives à l'état de santé du patient

Ils se sont dotés de logiciels plus ou moins performants, permettant au minimum la gestion administrative, la facturation des actes, la comptabilité, et la préparation des tournées (planification des actes et répartition de ceux-ci entre infirmiers dans le cas de cabinets de groupe). Les NTIC sont en pleine expansion pour, à terme, rendre performant les parcours de santé et la coordination des soins.

- Un quatrième constat concerne le DPC. 75% des IDEL en avaient entendu parler essentiellement par le biais des lectures professionnelles (66,7%, par internet (39,6%) ou par un syndicat (29,2%). Le fait que le DPC puisse leur apporter une plus value est valable pour 54,7% alors que 42,2% n'ont pas d'avis sur le sujet.

Un quart d'entre eux le méconnaissait. Peut-être n'ont-ils pas eu besoin de suivre de formation ces dernières années où ils sont restés fidèles au FI-FPL. Il est possible de penser que ce sont les IDEL remplaçantes qui ont pu répondre ainsi car il semblerait qu'elles reçoivent très peu d'information à ce sujet.

Nous pouvons donc constater que ce nouveau dispositif de formation a peu sensibilisé les IDEL. Ces derniers restent très pratico-pratiques, l'intérêt essentiel étant de pouvoir suivre les formations qui les intéressent, peu importe de qui elles dépendent.

Les formations qu'ils ont suivies ces trois dernières années reposent essentiellement sur des pratiques dont les thèmes sont très variés, au nombre de 36 (annexe 11.). Les plaies et cicatrisation arrivent en tête, avec la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) suivi des Gestes et Soins d'Urgence et le diabète. Nous pouvons également recenser Deux Diplômes Universitaires (DU) sur la douleur et les plaies et cicatrisation, un Master 1 en management en santé et deux masters 2 sur l'Education Thérapeutique. Cela démontre bien que les « soins infirmiers » dépassent très largement le cadre des soins d'hygiène ou techniques à domicile. Ils intègrent aussi des actions de santé dont la mise en œuvre dépend du rôle propre de l'infirmier(ère).

Rappel pour mémoire l'Article R. 4311-2 du Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V : « 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** ».

Leurs demandes de formation répondent bien à l'article 59 de la LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires qui dit : « le DPC a pour objectifs « l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé ».

Les IDEL ont bien conscience de leur importance dans les soins de proximité. Ils vivent au quotidien auprès de la population pour laquelle ils ont cerné les besoins et cherchent à perfectionner leurs pratiques pour pouvoir y répondre.

Les formations demandées ont sans doute un réel intérêt professionnel qui concorde avec le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques tel le diabète, le cancer, et les addictions en Bretagne. Les valorisations financières des actes techniques spécifiques, l'apparition de nouveau métier en proximité des personnes âgées par exemple peuvent également les encourager à se tourner vers des formations plus spécifiques (diabète plaies et cicatrisation, douleur etc.).

Les infirmiers libéraux ont été fortement incités à se former dans ces domaines pour accompagner également le développement de l'hospitalisation à domicile. Avec le virage ambulatoire du système hospitalier et ses durées de séjour qui diminuent, les IDEL auront des soins de plus en plus techniques et variés associés à un rôle social et psychologique grandissant au regard de l'augmentation de la précarité.

Le choix de la formation dépendra aussi de l'expérience, du vécu, des valeurs, de l'intérêt personnel face à un domaine précis, de la patientèle de l'IDEL.

Enfin, nous pouvons penser que la formation leur apportant expertise et connaissance leur permet de se positionner d'égal à égal avec leurs homologues hospitaliers et de se faire légitimement reconnaître notamment auprès des médecins avec lesquels ils travaillent régulièrement.

- Sur la question concernant les échanges avec l'Institut de Formation, 51,6 % des IDEL disent ne pas en avoir puisqu'ils n'ont pas été sollicités pour 74,3%, par manque de

temps pour 20% et 17,1%, pour raisons diverses. Les cours restent probablement encore très hospitalo-centrés. Par exemple, la démarche de soins est celle du patient hospitalisé, les notions d'hygiène-asepsie, les modèles de dossier patient sont ceux de l'institution hospitalière. L'Unité d'Enseignement sur l'encadrement/ coordination repose essentiellement sur les modèles hospitaliers. Cela s'explique par le fait que les formateurs, sont pour la majorité des cadres qui ont acquis une culture hospitalière. Ils appartiennent à l'institution avec son mode de fonctionnement et sa politique institutionnelle. Leur adhésion à cette culture est une aide au développement de l'entreprise en permettant le maintien d'une cohésion, un facteur de performance.

L'ouverture de l'hôpital vers la ville inscrite comme une des orientations de la nouvelle loi de santé n'est pas encore acquise dans les pratiques de l'Institut de Formation. Les formateurs vont alors devoir se questionner sur leurs contenus de formation, le regard de l'université va sans doute les y aider.

Pour les 48,4% des IDEL ayant pu échanger avec l'IF, c'est à l'occasion d'encadrement d'étudiant pour 90,3%, de guidance de mémoire pour 22,6% et jury de concours pour 12,9%. La dispensation de cours reste faible à 9,7%. Ces échanges sont donc imposés en quelque sorte par le référentiel de formation qui impose des stages obligatoires notamment sur des lieux de vie (domicile, travail, école,...).

La représentation qu'ils ont de l'Institut de Formation est d'abord un lieu où l'on forme des étudiants infirmiers puis un lieu de formation continue. Vient seulement en dernier la formation Aide -Soignante et Ambulanciers. Cette explication peut s'expliquer par le fait que ces formations existent dans d'autres lieux privés.

Enfin, pour me permettre d'affiner ma proposition de thème de formation au sein de l'IF, j'ai orienté des questions en ce sens au sein de mon questionnaire.

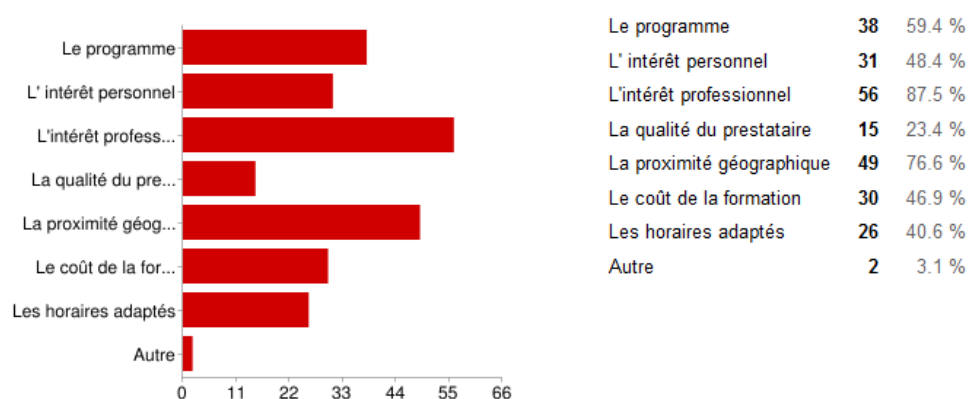
- L'envie de suivre davantage de formation est réelle pour 79,7% (annexe 12). Elles ont la volonté de maintenir, et/ou de faire évoluer leurs compétences pour assurer des soins de qualité. Pour les 20,3% qui estiment avoir suffisamment de formation, une analyse qualitative aurait été intéressante à mener en parallèle.

Les IDEL ont à gérer une diversité des soins qui concernent tous les âges de la vie et toutes les spécialités avec des soins très spécifiques, contrairement aux infirmiers hospitaliers qui exercent dans une unité spécialisée (exemple : orthopédie, gastrologie, hématologie..); Les IDEL sont des généralistes. Il paraît donc primordiale pour eux de maintenir une veille professionnelle, de mettre à niveau leurs connaissances voire même

d'acquérir certaines expertises en fonction de leurs besoins (exemple : informatique, comptabilité, ..) et ceux de la population prise en charge (exemple : dialyse à domicile, chimiothérapie sur chambre implantable...)

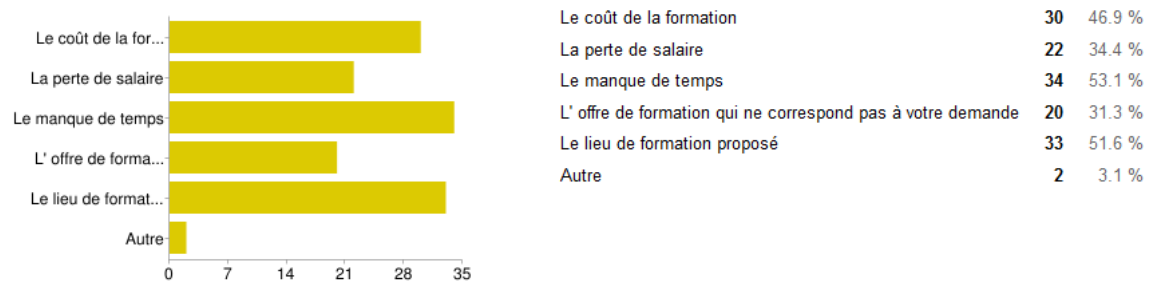
Il semblerait que les jeunes libéraux en début de carrière éprouvent moins de besoin et de nécessité à se former. Ils sortent de l'IFSI depuis peu de temps et leur première expérience hospitalière semblent leur suffire à ce jour. Ce même constat a tendance à se retrouver pour les diplômés plus anciens, arrivés sur le tard dans le secteur libéral, ayant une longue expérience hospitalière. En ce qui concerne les infirmiers exerçant depuis plus de 10 ans en libéral et plus anciennement diplômés, ils se forment beaucoup et de leur propre initiative. Cela peut expliquer qu'ils ne souhaitent pas plus de formation. C'est parmi eux, que certains ont obtenu des masters et DU.

Quels sont vos critères pour choisir une formation



Les critères pour suivre une formation sont multiples mais l'intérêt professionnel arrive largement en tête. Les infirmiers libéraux ont besoin de mettre à jour leurs connaissances au regard des soins très variés et de plus en plus techniques qui font leur quotidien. La notion de temps est retrouvée à travers le critère de la zone géographique. Ils ne peuvent s'absenter longtemps et priorisent donc une formation se situant à proximité de leur lieu d'activité. Le programme doit normalement être lié à l'intérêt professionnel ce qui explique que ce critère soit fortement représenté. Les infirmiers visent des formations qui leur permettent d'avoir un remboursement total des frais. C'est pourquoi, ils restent vigilants sur le coût de la formation. La qualité du prestataire arrive comme le dernier critère pour choisir une formation : font-ils confiance aux organismes de formation ? Restent-ils fidèles au même prestataire de formation qu'ils connaissent et dont la satisfaction s'est avérée présente ?

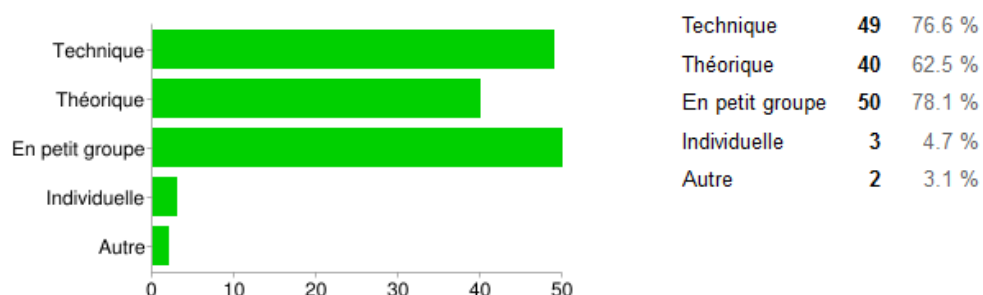
Les obstacles qui vous empêchent de suivre une formation sont :



Cinq obstacles pour suivre une formation sont énoncés par les IDEL. Nous observons que ces critères énoncés comme étant des obstacles se recoupent avec les critères qui permettent de choisir une formation ; La charge de travail (en soins et administratif) importante engendre un planning très chargé pour ces professionnels qui ne sont pas facilement disponible. Le lieu de la formation est donc important ;

L'offre de formation est citée comme un obstacle : Nous pouvons nous demander si l'offre correspond toujours à la demande des IDEL ? La multitude de prestataires rend t- elle compliquée le choix de formation, ce qui est interprété comme une difficulté ?

Vos attentes vis à vis d' une formation : je souhaite qu' elle soit :



La formation en petit groupe est largement sollicitée .Ce temps peut être un moment d'échange entre eux car au quotidien ils sont seuls face aux difficultés rencontrées. Le petit groupe est plus propice pour partagés leurs pratiques, leurs quotidiens, leurs problématiques.

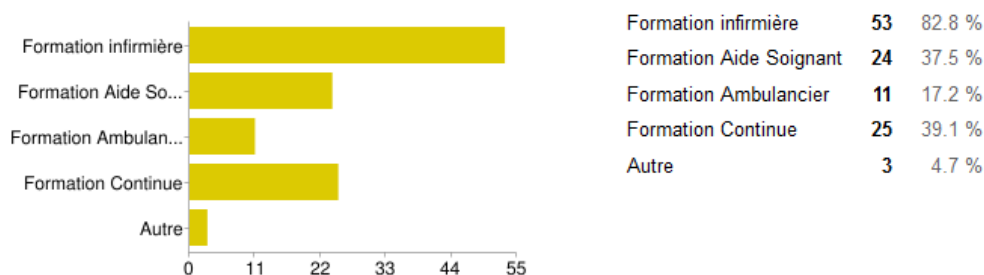
Lorsque nous croisons cette réponse avec celle des demandes de formation des IDEL, nous pourrions les classer selon trois besoins.

Des besoins de formations courtes qui concernent des thèmes pratiques et concrets comme les nouveaux dispositifs et matériaux, les nouveautés thérapeutiques, les évolutions des textes juridiques ou administratifs.

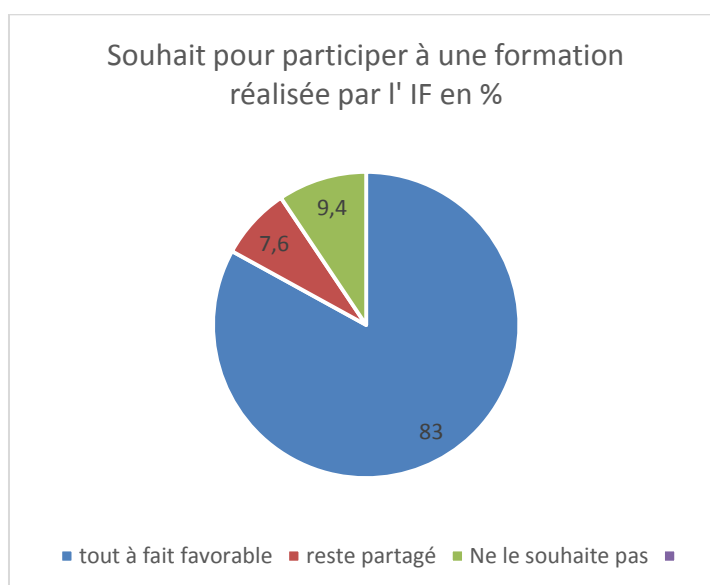
Des besoins de formations longues qui font l'objet de sujets complexes faisant appel à différentes disciplines (droit, éthique, psychologie, sociologie, anthropologie..), comme les soins palliatifs, les démences, les problèmes sociaux.

Enfin des besoins de formation qualifiante type Diplôme Universitaire, Master qui leur apporte une réelle expertise dans un domaine précis. Ces trois besoins sont utiles et complémentaires.

Vous percevez l'Institut de Formation comme un lieu de :



L'Institut de formation est avant tout perçu comme un lieu de formation infirmier. Il est étonnant de souligner que les IDEL mettent la formation continue avant la formation AS et ambulancier dans les missions de l'IF. Cela montre à quel point les différentes professions se méconnaissent tant sur leur formation initiale que sur leurs activités au quotidien.



La grande majorité des IDEL se montrent tout à fait favorables pour participer à des formations organisées avec l'IF. Les formations qui pourraient y être organisées semblent toutefois répondre majoritairement aux besoins des IDEL. Ils emploient le terme de « partenariat » et proposent des formations plus ancrées sur la théorie, avec la possibilité

de les rapprocher des services de soins pour assurer « les actes techniques », des échanges sur leurs pratiques type analyse des pratique. Ils voient cette proposition comme une opportunité *"d'ouvrir les portes du Centre Hospitalier aux libéraux »*, « *de décroïsonner le monde libéral du monde hospitalier, ce qui améliorera la prise en charge des patients qu'ils ont en commun* ». La proposition de partager leurs connaissances et de donner des cours est même abordée.

Pour ceux qui ne le souhaitent pas ou restent partagés, le manque de temps peut être une des explications. Parmi eux, certains ont pu exprimer que « *l'IF n'était pas un lieu de formation pour les IDEL qui avait une vision hospitalo-centrée négative et loin des besoins du terrain, la formation universitaire étant plus adaptée* » ou « *qu'il faudrait commencer par former les étudiants infirmiers à l'exercice libéral et comment des cadres hospitaliers n'ayant aucune connaissance de ce mode d'exercice et éloignés de la pratique pourraient apporter aux IDEL en terme de formation continue ?* ».

Certes des améliorations sont à apporter au sein de la formation mais l'objectif est de pouvoir travailler les uns avec les autres et non les uns contre les autres .Parmi les mots clefs du contexte actuel nous retrouvons bien les termes de « coopération », « partenariat », « coordination ». Si le monde libéral peut certainement apporter une plu value à la formation initiale de la profession, les formateurs peuvent apporter la dimension pédagogique et la pratique réflexive utiles pour nos métiers faits de relation.

Les mentalités évoluent, aidées par les intérêts que chacun a de s'ouvrir aux autres dans une société qui exige des professionnels et des institutions, qualité et efficience.

- Concernant l'organisation de la formation, 53 ,1% préfèrent qu'elle se déroule sur une journée ou en continue sur plusieurs jours si besoin, au sein de l'IF pour 57,8%, sans demande précise quant à la période de l'année (la période estivale juillet –aout n'ayant pas été proposée).

Le jour préféré de la semaine montre une petite prédominance pour le lundi, le mercredi, la période des vacances scolaires étant moins retenue. Les IDEL ont souvent des enfants et privilégient ces temps avec leur famille.

L'étude que j'ai pu réaliser à partir de mes questionnaires et entretiens va me permettre d'orienter mon projet de formation. Elle a produit des informations, des analyses, qui vont m'aider à poser un thème. Cependant, cela ne signifie pas qu'il faille constituer mon projet uniquement en fonction des réponses recueillies. Cela reviendrait à ignorer une grande partie du public IDEL.

« La réalité n'existe pas. C'est l'idée que l'on s'en fait qui existe et toute action humaine doit être définie à travers la confrontation de ces différentes visions de la réalité sociale. Cette confrontation est sans doute la clé de la réussite de tout projet humain ».

5 Proposition de programme de formation continue à l'attention des infirmiers libéraux des côtes d'Armor

5.1 Contexte et enjeu

L'analyse de mon étude fait ressortir un besoin de formation chez les IDEL concernant le thème « plaies et cicatrisation » qui arrive en première place.

D'autre part, le responsable de la formation continue de l'Institut me sollicite fortement pour répondre à une demande insistante venant d'un chirurgien orthopédiste d'une clinique sur la pathologie de Dupuytren (annexe 13) Je détaille plus loin la situation dans le chapitre « proposition de la formation ».

L'enjeu pour l'institut est de maintenir de bons contacts avec ses partenaires extérieurs, de participer à la qualité des soins et de créer une formation viable financièrement.

En croisant ces deux paramètres, j'ai déterminé le thème suivant :

« Formation à l'attention des Infirmières libérales sur les soins post opératoires des patients opérés d'une pathologie de Dupuytren ».

Les suites post opératoires concernent des soins de plaies ce qui entre dans le champ des « plaies et cicatrisation ». Ce thème me permet donc de répondre à un des besoins de formation des IDEL, à la commande de l'Institut et à une demande d'un futur partenaire appartenant au secteur privé. Le fait d'améliorer la prise en charge post opératoire des patients répond également à un problème de santé public.

J'ai souhaité connaître si cette pathologie était fréquente au sein de la population en France puis en Côtes d'Armor. L'épidémiologie montre que cette pathologie est plus fréquente dans le nord de l'Europe et atteint plus souvent les hommes que les femmes autour de quarante à cinquante ans, avec une fréquence de quatre à dix pour cent de la population générale en France. Très souvent, un autre membre de la famille a présenté également la

maladie. Certains médicaments et l'alcool pourraient favoriser cette maladie. En plus des mains, elle peut toucher les plantes des pieds ou plus rarement d'autres parties du corps.

Pour connaître le nombre de diagnostics de Dupuytren opéré ainsi que le nombre de diagnostics associés en pathologie de Dupuytren (futurs opérés possible) au sein du département, j'ai contacté le service du Département d'Informations Médicales (DIM) du CH de Saint-Brieuc ainsi que celui de la clinique privée dont les chiffres sont les suivants.

-Clinique privée : période : - année 2014 : 78 séjours

- année 2015 (1^{er} trimestre): 34 séjours

- un seul diagnostic associé en 2014

-CH Yves Le Foll : période :

Les interventions sont réalisées en ambulatoire, de la même manière qu'à la clinique.

Nombre de patients ayant été opérés d'une maladie de Dupuytren du 01/01/14 au 30/04/15 avec DMS

Année de Date Acte	Durée Séjour	Nombre de Patients distincts
2014	1,45	42
2015	1,45	11

Nombre de patients ayant été opérés d'une maladie de Dupuytren du 01/01/14 au 31/12/14 avec âge

2014

Age actuel	Nombre de Patients distincts
34	1
40	1
46	2
48	1
58	1
60	3
61	1
62	3
63	2
64	2

-61-

Marie-Noëlle Le Deunff-Etienne -

66	2
67	2
68	1
69	3
73	2
74	4
75	1
81	3
82	4
85	3
Somme :	42

Nombre de patients ayant été opérés d'une maladie de Dupuytren du 01/01/15 au 30/04/15 avec âge **2015**

Age actuel	Nombre de Patients distincts
40	1
57	1
62	1
63	1
65	3
69	1
74	1
77	2
Somme :	11

5.2 Conditions et critères d'éligibilité du programme

L'OGDPC est un organisme national, qui ne connaît que les ODPC qu'il a validés : agrément provisoire ou définitif : le CH a une validation provisoire ; pour être définitivement agréé, le programme doit passer devant le conseil scientifique qui se trouve au sein de l'OGDPC.


L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et la formation continue (FC) sont désormais intégrées dans un dispositif unique : le Développement Professionnel Continu (DPC), obligatoire pour les paramédicaux depuis le 1er janvier 2013. La finalité est de développer des programmes intégrés, adaptés aux pratiques des professionnels devant comporter :

Une partie théorique d'au moins 3h

Une partie Evaluation des pratiques professionnelles

Une partie réévaluation et suivi : impact de la formation à distance par audit des pratiques

5.3 Présentation de la formation

 Eléments de réflexion préalables à la conception d'un programme de DPC	Date de version : Mai 2015
	Pages : /

Titre

formation à l'attention des Infirmières libérales sur les soins post-opératoires des patients opérés d'une pathologie de Dupuyten

THEME TRAITÉ SELON LES ORIENTATIONS	<ul style="list-style-type: none">- Orientation nationale n° 1 : Contribuer à l'amélioration de la prise en charge du patient- Orientation nationale n° 3 : Contribuer à l'implication des professionnels de santé dans la qualité et la sécurité des soins, ainsi que la gestion des risques- Orientation nationale n° 4 : Contribuer à l'amélioration des relations entre professionnels de santé et équipe pluri professionnelle- Orientation nationale n° 6 : Contribuer à la formation professionnelle comme définie à l'article L.6311-1 du code du travail
--	--

CONSTAT DE DEPART

Un chirurgien orthopédiste spécialiste de la main, exerçant en clinique sur Saint-Brieuc, a fait appel, à plusieurs reprises à l'Institut de Formation, pour qu'un enseignement sur « les soins post opératoires de patients atteints de la pathologie de Dupuytren » soit prodigué aux étudiants.

En effet, il a fait le constat lors d'échanges avec des infirmiers hospitaliers mais aussi libéraux, que l'enseignement de la pathologie de Dupuytren n'existait pas lors de leur formation initiale. Un manque d'informations sur le type de pansement à réaliser en post opératoire de la part des IDEL est déploré.

La pathologie de Dupuytren engendre une rétraction de la peau .La technique opératoire

souvent utilisée est la technique de Mac Cash (*chirurgien anglais ayant décrit la technique en 1964*) qui consiste alors à laisser ouverte l'incision transversale de la paume. La vision de la main reste très impressionnante, les tendons, vaisseaux et nerfs étant à l'air libre.

Les premiers pansements sont réalisés par les IDEL, l'opération étant pratiquée en ambulatoire. Méconnaissant cette technique, les IDEL « paniquent et font paniquer les patients » (dixit le chirurgien), qui développent pour certains des algodystrophies (Syndrome primitif ou secondaire, caractérisé par l'association d'une impotence douloureuse, de troubles vasomoteurs, de troubles trophiques de la peau, des muscles, des articulations et des os) post traumatiques. Le sentiment de mal être se retrouve chez les patients ce qui n'est pas un facteur favorable pour une récupération rapide.

Pour y remédier, le premier pansement au bout de J2-J3 est refait systématiquement à la clinique avec information du patient.

Le questionnement du chirurgien est que l'ambulatoire se développe beaucoup, la chirurgie devient techniquement de plus en plus pointue, et il serait très important que les relais en secteur « soins de ville » soient formés pour pouvoir assurer une prise en charge de qualité auprès du patient.

Le chirurgien est très motivé pour assurer les cours au sein de la formation continue proposée mais également auprès des étudiants en formation initiale

LES OBJECTIFS DU PROGRAMME DE DPC

Optimiser les stratégies diagnostiques et thérapeutiques de la pathologie de Dupuytren.

- Développer une approche sur la pertinence des soins et des actes par des outils adaptés à son amélioration à type protocole
- Coordonner la prise en charge des patients atteints de la pathologie de Dupuytren
- Adapter et développer les compétences des infirmiers libéraux concernant la prise en charge de cette population

LISTE DES PUBLICS CIBLES

PROFESSIONNELS MEDICAUX LIBERAUX

- MEDECINS GENERALISTES,
- PHARMACIENS

PROFESSIONNELS PARA-MEDICAUX

- LES INFIRMIERES LIBERALES,

-LES KINESITHERAPEUTES

AU SEIN DU SERVICE DE LA CLINIQUE ET DU CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-BRIEUC

-INFIRMIERS DU SERVICE ‘ ORTHOPEDIE ET DES CONSULTATIONS EXTERNES

-KINESITHERAPEUTES INTERVENANTS EN CHIRURGIE.

METHODES ET MODALITES VALIDEES PAR LA HAS

SUIVI D’INDICATEUR ET FORMATION PRESENTIELLE

AUTOUR DE L’ANALYSE DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

METHODE : SUIVI D’INDICATEUR DE QUALITE ET DE SECURITE DES SOINS

LES ETAPES PRECONISEES :

CHOIX DU THEME :

AMELIORER LA PRISE EN CHARGE POST OPERATOIRE DES PATIENTS ATTEINTS DE LA PATHOLOGIE DE DUPUYTREN

CHOIX DES INDICATEURS : INDICATEURS HAS :

- indicateurs de processus** : ils mesurent la mise en œuvre d’une étape faisant partie de l’ensemble des soins attribués à un patient.
- indicateurs de résultats** : ils permettent la mesure directe, à l’issue d’un processus de soins, des bénéfices ou des risques générés pour le patient en termes d’efficacité, de satisfaction, de sécurité et d’efficience.

RECUEIL DE DONNEES (AUDIT)

Réalisation par le chirurgien orthopédiste d’un audit sur les suites post opératoires des patients opérés de la maladie de Dupuytren sur une période d’un an .

RESTITUTION DES RESULTATS ET IDENTIFICATION DES ACTIONS A AMELIORER

Présentation des résultats par le chirurgien orthopédiste et discussion autour des pratiques au sein des participants et des actions d’amélioration définies (présentation de protocole..)

SUIVI

Une nouvelle mesure sera réalisée dans un délai d’un an. Les résultats feront l’objet d’une restitution au sein des professionnels ayant suivis la formation.

AUTOUR DE L'ACQUISITION ET DU PERFECTIONNEMENT DES CONNAISSANCES

Un apport théorique de 3 heures sera réalisé au cours de cette journée afin de remobiliser les connaissances sur l'anatomie, la physio pathologie de la main, et la maladie de Dupuytren .

ATELIER PRATIQUE

Un atelier pansement animée par une infirmière d'orthopédie

PRODUITS DE SORTIE DE LA FORMATION

- Un support de formation présentant les éléments de contenus abordés

LES ELEMENTS DE TRAÇABILITE RELATIFS A LA PARTICIPATION DES PROFESSIONNELS AU PROGRAMME DE DPC

Attestation de présence à l'étape de l'Analyse des Pratiques Professionnelles et cognitifs à partir de :

- Le recueil de données (audit) réalisé par le chirurgien orthopédiste
- La feuille d'émargement relative à la présentation des résultats et du protocole élaboré
- La feuille d'émargement relative à la participation au cours théorique

LES MOYENS MIS EN ŒUVRE ATTESTANT DE LA RECHERCHE DE LA VALIDITE ET DE L'EFFICACITE DES PROGRAMMES

- Actualisation ou réalisation de protocole selon les recommandations HAS
- Nouveau recueil des indicateurs dans un délai d'un an

DUREE DU PROGRAMME

- Date de début : 1^{er} juin 2016 d'une durée de 1 jour.
- A l'issu de la journée, la qualité de la formation sera évaluée par les participants sous forme de questionnaire de satisfaction (annexe 14)

A Valider avec l'équipe projet le 1^{er} décembre 2015

Cette trame sert à élaborer le programme de formation.

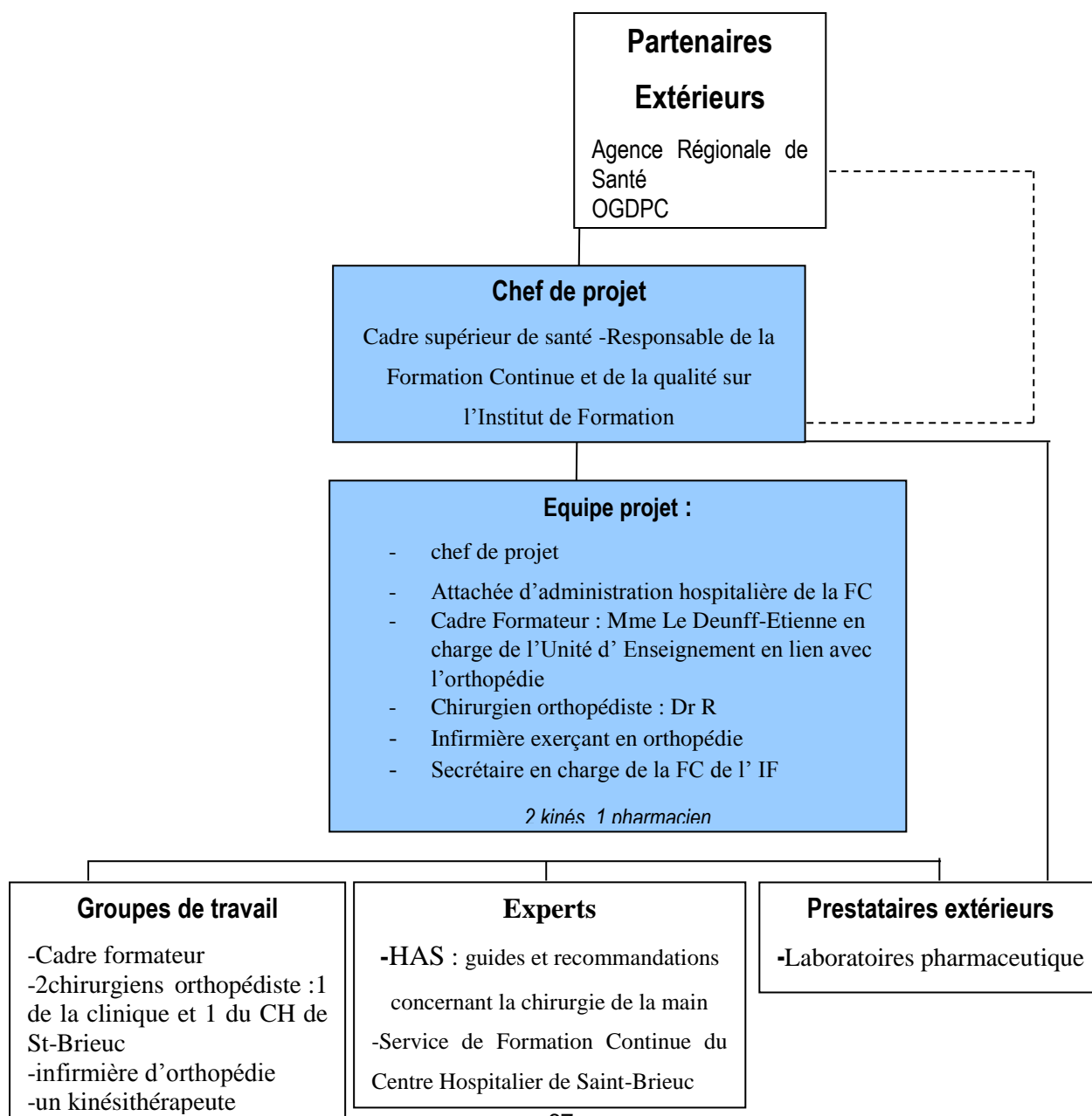
Les preuves des Analyses de Pratiques Professionnelles devront être en possession de l'ODPC (en l'occurrence le CHSB). Les indicateurs de processus et ceux de résultats devront être tracés et gardés par l'IFSI afin de pouvoir être produits en cas de contrôle : c'est une condition de la pérennité de l'agrément ODPC du Centre Hospitalier.

La transmission du programme à l'OGDPC se fait par saisie en ligne, sur la base de cases pré-remplies ou de menus déroulants par le service de formation continue du CH .

5.4 Organisation du projet

5.4.1 Organigramme

ORGANIGRAMME DE L'EQUIPE PROJET		
Projet : Etablir une formation à l'attention des Infirmières libérales sur les soins post opératoires des patients opérés d'une pathologie de Dupuyten (formation continue validé DPC)	Chef de projet : Monsieur Le Goff Cadre supérieur de santé - Responsable de la Formation Continue et de la Qualité sur l'Institut de Formation	Date : le 30/05/2015



5.4.2 Evaluation des charges et Ressources

Un programme de DPC peut être pris en charge jusqu'à 1065 euros par participant pour un infirmier (annexe 15). L'OGDPC rembourse le prix de la formation et les indemnités du professionnel à hauteur de cette somme.

- Budget : Charges –Ressources

Ressources matérielles pour un stagiaire			
Libellé	Prix TTC	Conditionnement	Prix à l'unité
Set de pansements	2,95 €	l'unité	2,95 €
Compresse stérile	1,34 €	boîte de 10	0,13 €
Bétadine dermique	1,84 €	125 ml pour 2 personnes	0,92 €
Bande de gaze à usage unique	0,40 €	4 x 7 m	0,40 €
Gants stériles	26,09 €	boîte de 50	0,52 €
Sac poubelle	1,68 €	20 sacs de 5l	0,08 €
Solution hydroalcoolique	2,81 €	100 ml pour 2 personnes	1,41 €
			6,41 €

Libellé	Montant	Nbre d'heures	Total	Libellé	Montant	Nbre de stagiaires	Total
Ressources internes :				Coût de formation	2 338,20 €	10	233,82 €
Temps de formateur :							
Chef de projet (CLG)	32,60 €	10	326,00 €				
Formateur coordinateur (MNL)	32,60 €	8	260,80 €				
Temps de secrétariat (DPS)	23,17 €	57	1 320,69 €				
Attaché d'Administration Hospitalière de la Formation continue (BLR)	41,93 €	4	167,72 €				
Ressources externes :			- €				
Chirurgien Orthopédiste (Dr Renaud)	63,02 €	3	189,06 €				
Infirmière en Soins Généraux	63,02 €	1	63,02 €				
Ressources matérielles			6,41 €				
Frais de fonctionnement (Fournitures administratives, téléphone, frais de réception...)			4,50 €				
Total charges fixes			2 338,20 €	seuil de rentabilité	2 338,20 €	9,882502113	236,60 €
				Excédent/déficit			
Coût annuel secrétaire	36 500 €						
Nombre d'heures annuel	1575						
Coût horaire	23,17 €						
Intervenants extérieurs	24,70 €	38,53 €					
Intervenants extérieurs	40,40 €	63,02 €					
Formateur		32,60 €					
Intervenants extérieurs vacations	38,43 €	59,95 €		Tx charges agent titulaire	1,56 €		
Attaché d'administration hospitalière				Tx charges agent contractuel	1,56 €		
5503,56€*12/1575		41,93 €		Vu avec Mme COLLIN le 18/09/14			
Equipe projet	Formateur coordonnateur	Marie-Noëlle LE DEUNFF					
	Chef de projet	Christian LE GOFF					

5.4.3 Calendrier : Diagramme de Gantt : (annexe 16)

Une fiche de déclaration de liens d'intérêts sera à faire signer par les animateurs afin d'éviter tous conflits d'intérêt de leur part (annexe 17)

5.4.4 Le plan de communication

Ce dernier sera construit en partant de l'organigramme afin de n'omettre personne. Lors de la dernière réunion, le comité de pilotage devra donner ses exigences en matière de communication et décider du type de message et de canal à utiliser selon les destinataires.

5.5 Contraintes inhérentes au projet

La contrainte majeure que je repère est celle du temps .Les réunions qui vont devoir réunir plusieurs professionnels au planning très chargé seront peut être difficiles à respecter mais elles ont l'avantage d'être peu nombreuses. Il serait judicieux de prévoir leurs dates dès la première réunion.

La deuxième contrainte est celle du faible taux de patients atteints de la pathologie de Dupuytren. Les infirmiers seront-ils intéressés pour se former à une pathologie qu'ils côtoient peu au quotidien. Il serait intéressant alors de recenser les IDEL qui en prennent le plus souvent en soins et de penser comment pérenniser la formation sur du long terme.

Conclusion

La nouvelle politique de santé oriente notre système de soins vers une nouvelle organisation , en passant d'un système cloisonné, trop centré sur l'hôpital, à une médecine de parcours et de proximité, organisée autour du patient. La lutte contre les inégalités de santé va donner une place bien plus importante à la prévention et la promotion de la santé. Le développement de la démocratie sanitaire a pour objectif de faire participer l'ensemble des acteurs du système de santé (professionnels et citoyens), dans la construction et la mise en place de cette politique de santé, la responsabilité de chacun étant attendue.

Tout cela a un impact sur les professions de santé et les institutions tant au niveau organisationnel, qu'au niveau des évolutions dans le champ de compétences de chacun, mais aussi financier.

La profession des infirmiers libéraux a beaucoup changé durant ces dernières années passant d'un exercice individuel et solitaire à celui d'exercice en groupe et de coopération entre professionnels médico-sociaux. Avec le vieillissement de la population, la progression des maladies chroniques mais aussi l'utilisation à domicile de matériels de plus en plus perfectionnés, les infirmiers libéraux exercent des soins pluri et multidimensionnels au quotidien faisant appel de plus en plus à des compétences spécifiques incontournables pour maintenir des prestations de qualité. Gestionnaires de leur entreprise, ils participent aussi, dans le cadre de leur conventionnement à la maîtrise des dépenses de santé.

C'est dans ce contexte que le Développement Professionnel Continu, dispositif d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, a vu le jour. L'enjeu est d'engager les professionnels de santé dans des démarches de formation en réponse à leurs besoins dans le but d'améliorer la prise en charge des patients. C'est aussi, de permettre aux professionnels d'améliorer, tracer, pérenniser des activités existantes. Il constitue une obligation individuelle.

Les formations continues doivent s'appuyer sur les compétences dont la population a besoin. La liste des orientations du DPC des professionnels de santé pour l'année 2013 définit des programmes qui sont conformes aux recommandations, avis et travaux de la Haute Autorité de santé et des agences sanitaires, et aux données acquises de la science. Il

semblerait que les modalités du DPC évoluent, d'une part, pour raison financière, le budget ayant été sous-estimé par rapport au nombre de professionnels à former et d'autre part, pour des raisons de qualité de certaines formations dispensées. L'OGDPC validerait non plus des organismes mais des programmes, ce qui semble plus judicieux.

Le DPC vise à favoriser les communautés de pratiques dans le cadre d'une approche collective de la compétence.

Depuis 2009, la formation infirmière est centrée sur l'acquisition des 10 compétences indispensables à l'exercice de la profession. Cinq sont des compétences générales à toutes les professions de santé. Cinq sont des compétences « Cœur du métier » spécifiques aux infirmiers.

« Si les formations initiales et continues permettent l'acquisition de compétences, elles ne suffisent pas à elles seules à l'entretien de la compétence. Celle-ci ne peut être établie comme un acquis immuable ; elle se construit, s'entretient, se développe tout au long des années d'exercice et d'expériences de vie. Les besoins de santé de la population évoluent, les infirmières libérales doivent pouvoir accompagner ces changements par une pratique en permanence adaptée aux données de la science et à chaque situation

*L'entretien de la compétence relève d'une obligation déontologique et de la responsabilité professionnelle. La communauté européenne, s'agissant des soins infirmiers généraux, a défini en 1998 le concept de compétence comme l'ensemble des « caractéristiques individuelles (connaissances, aptitudes et attitudes) qui permettent à une personne d'exercer son activité de manière autonome, de perfectionner sans cesse sa pratique et de s'adapter à un environnement en mutation rapide ».*⁶¹

L'un des défis actuels est de construire, de façon partagée, une nouvelle culture dans les relations entre professionnels de santé du secteur sanitaire et médico-social mais aussi avec les acteurs de la politique de la ville.

Concernant les Instituts de Formation Infirmier, l'instruction N° DGOS/RH1/2014/369 du 24 décembre 2014 relative aux stages en formation infirmière dit « ... logique de gestion par IFSI à une logique de mutualisation, de partage et de coopération au sein d'un territoire. Cette approche territoriale nécessite l'implication de l'ensemble des acteurs: agence régionale de santé, conseil régional, groupement de coopération sanitaire, instituts de

⁶¹ DAYDE, M-C, « Regard sur la profession d'infirmière libérale », 2007, Rueil –Malmaison, éditions Lamarre, 187p : la compétence : processus dynamique p 62

formation, établissements et structures de soins, union régionale des professions de santé.... ».

La mission que j'ai réalisée autour du projet de mener une formation continue auprès des IDEL s'inscrit dans cette logique. Nous serons plus efficaces en mutualisant nos compétences, nos outils, nos connaissances au service des étudiants, futurs collègues de demain, de la profession infirmier qu'il est temps de réunir et au service de la population soucieuse de sa prise en soins.

Ce changement culturel et sociétal remet en question nos représentations, nos schémas de pensées ce qui déstabilise, génère des peurs, des doutes et engendre inévitablement un mécanisme de défense connu : la résistance aux changements.

Ce défi ne se fera favorablement qu'avec un accompagnement de ces acteurs et la formation peut y trouver sa place.

La mutualisation de l'Institut de Formation en Soins Infirmier avec l'université, encore à l'état embryonnaire à Saint-Brieuc, sera sans doute l'occasion de nous ouvrir à d'autres paradigmes et organisations. Ce partage permettra de renforcer cette union et de mettre en place des thèmes de formation qui aideront nos professions de santé à comprendre les réformes et leurs enjeux, pour mieux adhérer et participer à l'organisation du système de santé en perpétuelle évolution.

Bibliographie

OUVRAGES

AMBLARD, BERNOUX, HERREROS, LIVIAN Extrait de l'ouvrage « *les nouvelles approches sociologiques des organisations* » 3^{ème} édition, 2005, Paris : Editions Seuil, 300p

AUBERT N., GRUERE JP, J. JABES, H LAROCHE, MICHEL S. « *Management aspects humains et organisationnels* » 1991, Paris : Editions Presses Universitaires de France, 656p

BARRES R., HENRICH A-M., RIVAUD D., LIVACHE J., REYNIER J., « *Le nouveau dictionnaire de la Santé publique et de l'action sociale* ». 2013, Malakoff, Editions Foucher, 496p

-BERNAUD, J-L., LEMOINE, C. « *Traité de psychologie du travail et des organisations* », 2007. Paris, Editions Dunod, 2ème édition, 502p

COUDRAY M-A, GAY C., « *Le défi des compétences* », 2009. Issy-Les-Moulineaux : Editions Elsevier Masson, 191p.

COUTY, E., KOUCHNER, C., LAUDE, A., TABUTEAU D., « *La loi HPST regards sur la réforme du système de santé* » 2009. Rennes : Presses de l'EHESP, 394p

DAYDE M-C, « *Regard sur la profession d'infirmière libérale* », 2007. Rueil-Malmaison : Editions Lamarre, 187p

DJAOUI, E. « *Intervenir au domicile* ». 2004. Rennes : Editions EHESP, 293p

FASSIN, D., HAURAY, B. « *Santé Publique, l'état des savoirs* », 2010, Paris : Editions La Découverte, 536p

LE GALL, J-M. « *La gestion des ressources humaines* », 1992, Paris : Editions Presse Universitaires de France, 127p

MANNONI, P. « *Les représentations sociales* », 2001, Paris : Editions Presse Universitaires de France, 127p

Observatoire Nationale de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS), « *Analyse de trois professions : sages-femmes, infirmières, manipulateurs d'électroradiologie médicale Tome 3 Rapport 2004* », 2004, Paris : éditions ONDPS, 122p

PARENT F., JOUQUAN J., « *Penser la formation des professionnels de la santé* », 2013, Paris : Editions De Boeck, 351p

REZSOHAZY, R. « *Sociologie des valeurs* », 2006, Paris : Editions Armand Colin, 184p

ARTICLES

« Infirmiers libéraux : revenu annule médian de 51 000 euros selon la CNAMTS » *Actu-soins*, 23 juillet 2014, p 1

BARLET M. et CAVILLON M. « la démographie des infirmiers à l'horizon 2030 » *Drees Série Etudes et résultats* N°760, Mai 2011, 8 p

BARLET M. et CAVILLON M. « La profession infirmière : Situation démographique et trajectoires professionnelles » *Drees Série Études et Recherche* N°101, novembre 2010, 47p

SICART D. DRESS document de travail Séries statistiques N° 189 « *Les professions de santé au 1^{er} janvier 2014*, Juin 2014 ,91 p

EUDES, I. « La formation continue, c'est la qualité et l'avenir de notre exercice à notre main », *Avenir et santé*, numéro 429, décembre 2014, 50p

EUDES, I. « Soins de proximité, votre avenir en suspension », *Avenir et santé*, n° 425, juillet/aout 2014, 50p

IGNASSE J. « *Infirmières, Infirmiers pourquoi ils choisissent le libéral ?* » *Actu soins* du 20 février 2012, 1p

RIOUFOL, M-O. « Organisation le travail en équipe, un apprentissage » *Soins aides-soignantes*, N°59 juillet/aout 2014, p 10-11

SCHWEYER F-X, « Un groupe e professionnel aux multiples facettes : les infirmières », *Revue de Sociologie Santé*, n°35, mars 2012, 21p.

TRUCHON, S « La compétence professionnelle, une obligation déontologique » *Le Journal*, N° 4, mars/avril 2005, vol. 2.

WAHNICH, S. « Enquêtes quantitatives et qualitatives, observation ethnographique » *Bulletin des bibliothèques de France*, n°6, 2006.

INTERNET

Textes réglementaires

Loi-relative-au-dispositif-de-dpc [en ligne] [consulté en mars 2015] Disponible sur : <http://www.has-sante.fr/portail/jcms/>

Loi n° 2012-387 du 22 mars 2012 relative à la simplification du droit et à l'allégement des démarches administratives [en ligne] [consulté en avril 2015] Disponible sur : www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2012/3/22/2012-387/jo/article_29

Décret de compétence infirmier [en ligne] [consulté en mai 2015] Disponible sur : www.sante.gouv.fr

Circulaire_202_090709.pdf [en ligne] [consulté en mars 2015] Disponible sur : www.sante.gouv.fr

Arrêté du 22 octobre 2005 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant [en ligne] [consulté en mars 2015] Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/>

Arrêté du 30 mars 1992 relatif aux conditions de fonctionnement des centres de formation en soins infirmiers [en ligne] [consulté en mars 2015] Disponible sur : www.legifrance.gouv.fr

Rapport / Plan / Programme

DE SINGLY, C. Rapport 11 septembre 2009 [en ligne] [consulté en mars 2015] Disponible sur : www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_chantal_de_singly_tome_1.pdf

Plan stratégique régional de santé [en ligne] [consulté le 15 mars 2015] Disponible sur : <http://www.ars.bretagne.sante.fr/Projet-Regional-de-Sante.125092.0.html>

Programme Territoriale de santé n°7 Années 2013-2016 [en ligne] [consulté en mars 2015] Disponible sur : <http://www.ars.bretagne.sante.fr/8-territoires-de-sante-en-Bret>

SICART, D. « La profession de santé au 1^{er} janvier 2014 » Série statistiques N°189 juin 2014 91 p [en ligne] [consulté le 2015] Disponible sur : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt-statistiques-189.pdf>

TOURAINÉ, M. Les orientations de la loi de santé. [En ligne] [Consulté en mars 2015] Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/>

Statistiques

-Etat-de-sante-de-la-population-en-france-edition-2015 [en ligne] [consulté en mars 2015] Disponible sur : <http://www.drees.sante.gouv.fr/l->

Les maisons de santé 4 décembre 2012 [en ligne] [consulté le 20 mai 2015] Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/les-maisons-de-sante.html>

- SICART, D « La profession de santé au 1^{er} janvier 2014 » *Drees Série statistiques N°189* juin 2014 91 p [en ligne] [consulté le 2015] Disponible sur : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt-statistiques-189.pdf>

Articles/Documentations

Coordination nationale infirmière. Actualités, Cadre de sante cadre de métier [en ligne] [consulté en mars 2015] Disponible sur : <http://archives.coordination-nationale-infirmiere.org/index.php>

AFOPIIL. Formations [en ligne] [consulté mai 2015] Disponible sur : <http://www.afcopil.com/>

Ameli. Tarifs conventionnels des infirmières libéraux [en ligne] [consulté mai 2015] Disponible sur : <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/infirmiers/votre-convention/les-tarifs-conventionnels.php>

Bulletin officiel N°2000-25 [en ligne] [consulté en mars 2015] Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/>

Conseil Départemental de l'Ordre des Infirmier(e)s de Paris 75. « Exercice en libéral » [en ligne] [consulté le 18 mai 2015] Disponible sur : http://www.conseil-de-lordre-infirmier-de-paris.com/?page_id=358

Journal officiel de l'union européenne. Directive 2005/36/ce du parlement européen et du conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles [en ligne] [consulté en avril 2015] Disponible sur : http://www.cplol.eu/files/journal%20officiel_25520050930fr00220142_pp1-47.pdf

Maison ou Pôle de santé. Définitions - 6 mars 2012 [en ligne] [consulté le 20 mai 2015] Disponible sur : <http://www.urps-med-ra.fr/srt/urpsmedra/edito?location.id:=1605> :

MOTTA JM « Travail en équipe » 7 octobre 2003 [en ligne] [consulté en mars 2015] Disponible sur : www.cadredesante.com/spip/IMG/pdf/doc

Observatoire National de la fin de vie « vivre la fin de vie chez soi » mars 2013, 141 p [en ligne] [consulté mai 2015] Disponible sur : www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports.../134000186.pdf

OGDPC. Nous connaître [en ligne] [consulté mai 2015] Disponible sur : https://www.ogdpc.fr/ogdpc/nous_connaitre/11#1erschiffres

Présentation du FIF-PL [en ligne] [consulté mai 2015] Disponible sur : <http://www.fifpl.fr/index.php page: présentation>

REYNAUD J -D « Pour une sociologie de la régulation sociale » *Sociologie des sociétés*, vol.23, n°2, 1991, p 23 [en ligne] [consulté en mai 2015] Disponible sur : <http://id.erudit.org/iderudit/001632ar>

Rôle et missions de l'Ordre Infirmier [en ligne] [consulté le 20 mai 2015] Disponible sur : <http://www.ordre-infirmiers.fr/lordre-et-les-conseils-ordinaux/role-et-missions.html>

Syndicalisme : les infirmières aux abonnés absents [en ligne] [consulté mai 2015]
Disponible sur : <http://www.actusoins.com/9034/syndicalisme-les-infirmieres-aux-abonnes-absents.html>

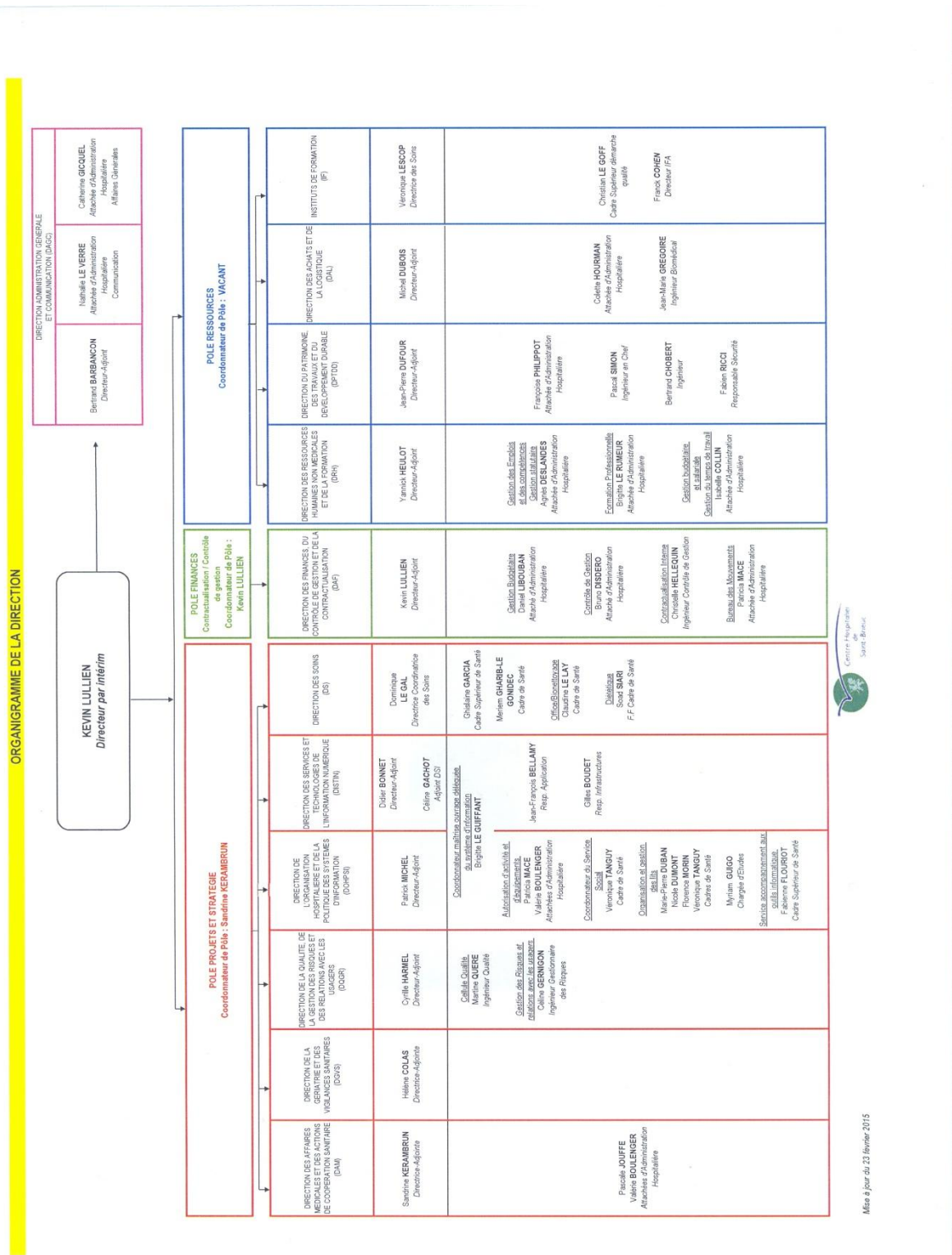
Votre-centre-hospitalier/Projets [en ligne] [consulté en mars 2015] Disponible sur :
<http://www.ch-stbrieuc.fr/Menu-Gauche-des-acces-directs>

Liste des annexes

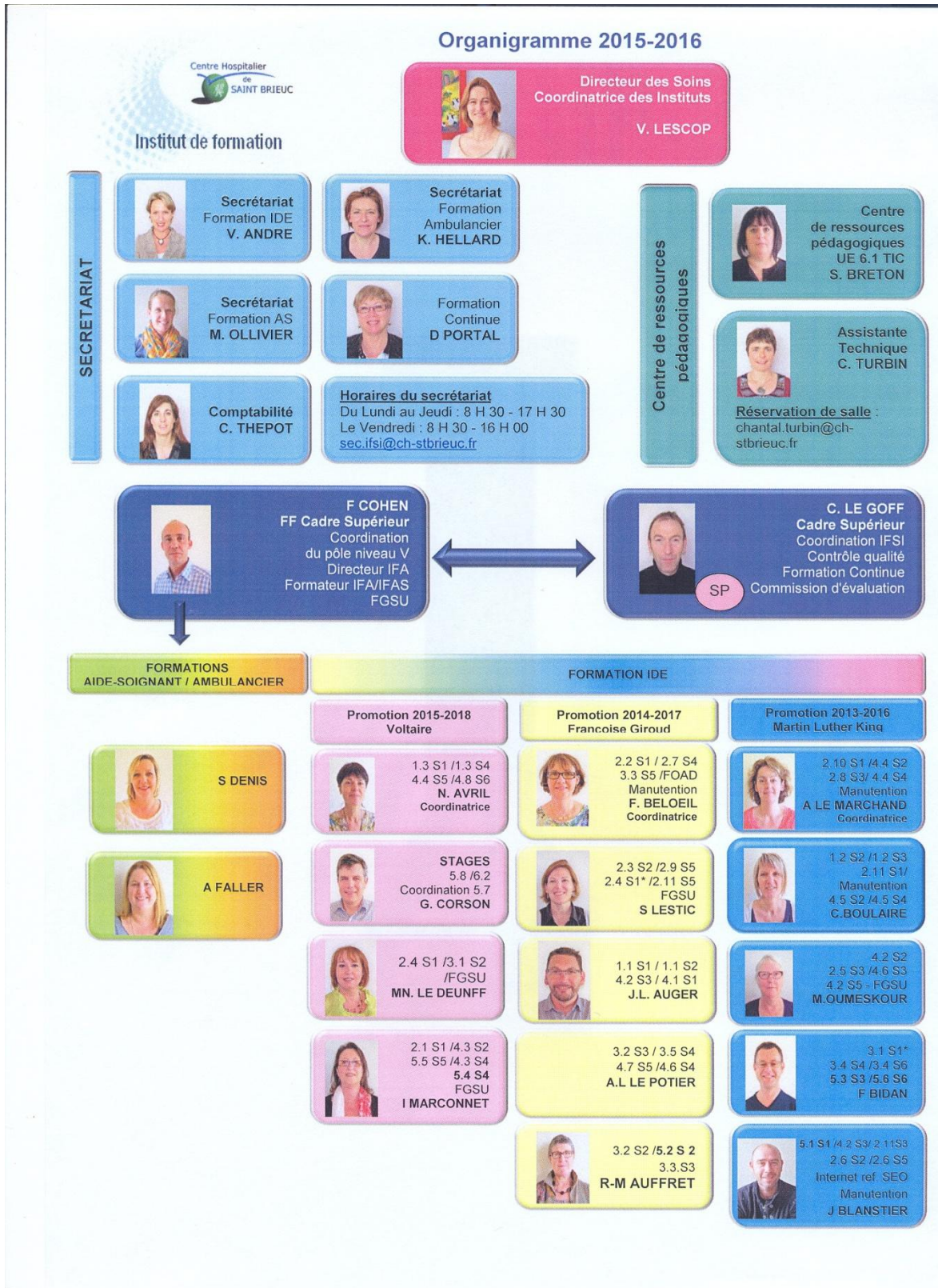
Annexe 1 : Organigramme Direction Centre Hospitalier Yves Le Foll	p II
Annexe 2 : Organigramme Institut de formation	p III
Annexe 3 : Les règles professionnelles	p IV
Annexe 4 : Décret de compétence	p XI
Annexe 5 : Règles Professionnelles Spécifiques Libérales	p XXIII
Annexe 6 : Carte densité IDEL	p XXVI
Annexe 7 : Schéma activité IDEL	p XXVII
Annexe 8 : Questionnaires infirmiers libéraux	p XXVIII
Annexe 9 : Entretiens	p XXXIV
Annexe 10 : Analyses	p XLIV
Annexe 11 : Formations suivies par IDEL	p LII
Annexe 12 : Les besoins en formations	p LV
Annexe 13 : Cours Dupuytren	p LVII
Annexe 14 : Questionnaire de satisfaction	p LXIII
Annexe 15 : Forfaits programmes DPC infirmiers	p LXV
Annexe 16 : Diagramme de GANTT	p LXVI
Annexe 17 : Déclaration liens d'intérêts	p LXVIII

Annexe 1 :

Organigramme Direction Centre Hospitalier Yves Le Foll



Annexe 2 : Organigramme Institut de formation



Annexe 3

REGLES PROFESSIONNELLES (J.O. 183 du 29 juillet 2004)

DECRET 2004-802 du 29 juillet 2004

Article R. 4312-1

Les dispositions du présent chapitre s'imposent à toute personne exerçant la profession d'infirmier ou d'infirmière telle qu'elle est définie à l'article L. 4311-1, et quel que soit le mode d'exercice de cette profession.

Article R. 4312-2

L'infirmier ou l'infirmière exerce sa profession dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il respecte la dignité et l'intimité du patient et de la famille.

Article R. 4312-3

L'infirmier ou l'infirmière n'accomplit que les actes professionnels qui relèvent de sa compétence en vertu des dispositions de la section I du chapitre Ier du présent titre, prises en application des articles L. 4161-1, L. 4311-1 et L. 6211-8.

Article R. 4312-4

Le secret professionnel s'impose à tout infirmier ou infirmière et à tout étudiant infirmier dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, lu, entendu, constaté ou compris. L'infirmier ou l'infirmière instruit ses collaborateurs de leurs obligations en matière de secret professionnel et veille à ce qu'ils s'y conforment.

Article R. 4312-5

L'infirmier ou l'infirmière doit, sur le lieu de son exercice, veiller à préserver autant qu'il lui est possible la confidentialité des soins dispensés.

Article R. 4312-6

L'infirmier ou l'infirmière est tenu de porter assistance aux malades ou blessés en péril.

Article R. 4312-7

Lorsqu'un infirmier ou une infirmière discerne dans l'exercice de sa profession qu'un mineur est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour le protéger, en n'hésitant pas, si cela est nécessaire, à alerter les autorités médicales ou administratives compétentes lorsqu'il s'agit d'un mineur de quinze ans.

Article R. 4312-8

L'infirmier ou l'infirmière doit respecter le droit du patient de s'adresser au professionnel de santé de son choix.

Article R. 4312-9

L'infirmier ou l'infirmière ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit. Il ne peut notamment accepter une rétribution fondée sur

des obligations de rendement qui auraient pour conséquence une restriction ou un abandon de cette indépendance.

Article R. 4312-10

Pour garantir la qualité des soins qu'il dispense et la sécurité du patient, l'infirmier ou l'infirmière a le devoir d'actualiser et de perfectionner ses connaissances professionnelles. Il a également le devoir de ne pas utiliser des techniques nouvelles de soins infirmiers qui feraient courir au patient un risque injustifié.

Article R. 4312-11

L'infirmier ou l'infirmière respecte et fait respecter les règles d'hygiène dans l'administration des soins, dans l'utilisation des matériels et dans la tenue des locaux. Il s'assure de la bonne élimination des déchets solides et liquides qui résultent de ses actes professionnels.

Article R. 4312-12

Les infirmiers ou infirmières doivent entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité. Il leur est interdit de calomnier un autre professionnel de la santé, de médire de lui ou de se faire écho de propos susceptibles de lui nuire dans l'exercice de sa profession. Un infirmier ou une infirmière en conflit avec un confrère doit rechercher la conciliation.

Article R. 4312-13

Le mode d'exercice de l'infirmier ou de l'infirmière est salarié ou libéral. Il peut également être mixte.

Article R. 4312-14

L'infirmier ou l'infirmière est personnellement responsable des actes professionnels qu'il est habilité à effectuer. Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière est également responsable des actes qu'il assure avec la collaboration des aides-soignants et des auxiliaires de puériculture qu'il encadre.

Article R. 4312-15

L'infirmier ou l'infirmière doit prendre toutes précautions en son pouvoir pour éviter que des personnes non autorisées puissent avoir accès aux médicaments et produits qu'il est appelé à utiliser dans le cadre de son exercice.

Article R. 4312-16

L'infirmier ou l'infirmière a le devoir d'établir correctement les documents qui sont nécessaires aux patients. Il lui est interdit d'en faire ou d'en favoriser une utilisation frauduleuse, ainsi que d'établir des documents de complaisance.

Article R. 4312-17

L'infirmier ou l'infirmière ne doit pas user de sa situation professionnelle pour tenter d'obtenir pour lui-même ou pour autrui un avantage ou un profit injustifié ou pour commettre un acte contraire à la probité. Sont interdits tout acte de nature à procurer à un patient un avantage matériel injustifié ou illicite, toute ristourne en argent ou en nature faite à un patient. Il est également interdit à un infirmier ou une infirmière d'accepter une commission pour un acte infirmier quelconque ou pour l'utilisation de matériels ou de technologies nouvelles.

Article R. 4312-18

Il est interdit à un infirmier ou une infirmière de se livrer ou de participer à des fins lucratives à toute distribution de médicaments et d'appareils ou de produits ayant un rapport avec son activité professionnelle.

Article R. 4312-19

L'infirmier ou l'infirmière ne doit pas proposer au patient ou à son entourage, comme salubre ou sans danger, un remède ou un procédé illusoire ou insuffisamment éprouvé. Il ne doit pas diffuser dans les milieux professionnels ou médicaux une technique ou un procédé nouveau de soins infirmiers insuffisamment éprouvés sans accompagner cette diffusion des réserves qui s'imposent.

Article R. 4312-20

L'infirmier ou l'infirmière ne peut exercer en dehors d'activités de soins, de prévention, d'éducation de la santé, de formation ou de recherche une autre activité lui permettant de tirer profit des compétences qui lui sont reconnues par la réglementation. Il ne peut exercer une autre activité professionnelle que si un tel cumul est compatible avec la dignité et la qualité qu'exige son exercice professionnel et n'est pas exclu par la réglementation en vigueur.

Article R. 4312-21

Est interdite à l'infirmier ou à l'infirmière toute forme de compérage, notamment avec des personnes exerçant une profession médicale ou paramédicale, des pharmaciens ou des directeurs de laboratoires d'analyses de biologie médicale, des établissements de fabrication et de vente de remèdes, d'appareils, de matériels ou de produits nécessaires à l'exercice de sa profession ainsi qu'avec tout établissement de soins, médico-social ou social.

Article R. 4312-22

L'infirmier ou l'infirmière auquel une autorité qualifiée fait appel soit pour collaborer à un dispositif de secours mis en place pour répondre à une situation d'urgence, soit en cas de sinistre ou de calamité, doit répondre à cet appel et apporter son concours.

Article R. 4312-23

L'infirmier ou l'infirmière peut exercer sa profession dans un local aménagé par une entreprise ou un établissement pour les soins dispensés à son personnel.

Article R. 4312-24

Dans le cas où il est interrogé à l'occasion d'une procédure disciplinaire, l'infirmier ou l'infirmière est tenu, dans la mesure compatible avec le respect du secret professionnel, de révéler les faits utiles à l'instruction parvenus à sa connaissance.

Sous-section 2

Devoirs envers les patients

Article R. 4312-25

L'infirmier ou l'infirmière doit dispenser ses soins à toute personne avec la même conscience quels que soient les sentiments qu'il peut éprouver à son égard et quels que soient l'origine de cette personne, son sexe, son âge, son appartenance ou non appartenance à une ethnie, à une nation ou à une religion déterminée, ses mœurs, sa situation de famille, sa maladie ou son handicap et sa réputation.

Article R. 4312-26

L'infirmier ou l'infirmière agit en toute circonstance dans l'intérêt du patient.

Article R. 4312-27

Lorsqu'il participe à des recherches biomédicales, l'infirmier ou l'infirmière doit le faire dans le respect des dispositions du titre II du livre Ier de la partie I du présent code.

Article R. 4312-28

L'infirmier ou l'infirmière peut établir pour chaque patient un dossier de soins infirmiers contenant tous les éléments relatifs à son propre rôle et permettant le suivi du patient. L'infirmier ou l'infirmière, quel que soit son mode d'exercice, doit veiller à la

protection contre toute indiscretion de ses fiches de soins et des documents qu'il peut détenir concernant les patients qu'il prend en charge. Lorsqu'il a recours à des procédés informatiques, quel que soit le moyen de stockage des données, il doit prendre toutes les mesures qui sont de son ressort pour en assurer la protection, notamment au regard des règles du secret professionnel.

Article R. 4312-29

L'infirmier ou l'infirmière applique et respecte la prescription médicale écrite, datée et signée par le médecin prescripteur, ainsi que les protocoles thérapeutiques et de soins d'urgence que celui-ci a déterminés. Il vérifie et respecte la date de péremption et le mode d'emploi des produits ou matériels qu'il utilise. Il doit demander au médecin prescripteur un complément d'information chaque fois qu'il le juge utile, notamment s'il estime être insuffisamment éclairé. L'infirmier ou l'infirmière communique au médecin prescripteur toute information en sa possession susceptible de concourir à l'établissement du diagnostic ou de permettre une meilleure adaptation du traitement en fonction de l'état de santé du patient et de son évolution. Chaque fois qu'il l'estime indispensable, l'infirmier ou l'infirmière demande au médecin prescripteur d'établir un protocole thérapeutique et de soins d'urgence écrit, daté et signé. En cas de mise en œuvre d'un protocole écrit de soins d'urgence ou d'actes conservatoires accomplis jusqu'à l'intervention d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière remet à ce dernier un compte rendu écrit, daté et signé.

Article R. 4312-30

Dès qu'il a accepté d'effectuer des soins, l'infirmier ou l'infirmière est tenu d'en assurer la continuité, sous réserve des dispositions de l'article R. 4312-41.

Article R. 4312-31

L'infirmier ou l'infirmière chargé d'un rôle de coordination et d'encadrement veille à la bonne exécution des actes accomplis par les infirmiers ou infirmières, aides-soignants, auxiliaires de puériculture et par les étudiants infirmiers placés sous sa responsabilité.

Article R. 4312-32

L'infirmier ou l'infirmière informe le patient ou son représentant légal, à leur demande, et de façon adaptée, intelligible et loyale, des moyens ou des techniques mis en œuvre. Il en est de même des soins à propos desquels il donne tous les conseils utiles à leur bon déroulement.

Section 2

Infirmiers ou infirmières d'exercice libéral

Sous-section 1

Devoirs généraux

Article R. 4312-33

L'infirmier ou l'infirmière doit disposer, au lieu de son exercice professionnel, d'une installation adaptée et de moyens techniques suffisants pour assurer l'accueil, la bonne exécution des soins et la sécurité des patients.

Article R. 4312-34

L'infirmier ou l'infirmière ne doit avoir qu'un seul lieu d'exercice professionnel. Toutefois, par dérogation à cette règle, il peut avoir un lieu d'exercice secondaire dès lors que les besoins de la population, attestés par le préfet, le justifient. L'autorisation d'exercer dans un lieu secondaire est donnée par le préfet, à titre personnel et non cessible. Elle est retirée par le préfet lorsque les besoins de la population ne le justifient plus, notamment en raison de l'installation d'un autre infirmier. Les

VII

Marie-Noëlle Le Deunff-Etienne -

dispositions du présent article ne font pas obstacle à l'application par les sociétés civiles professionnelles d'infirmiers et leurs membres de portant règlement d'administration publique pour l'article R. 4381-88 .

Article R. 4312-35

Toute association ou société entre des infirmiers ou infirmières doit faire l'objet d'un contrat écrit qui respecte l'indépendance professionnelle de chacun d'eux.

Article R. 4312-36

L'exercice forain de la profession d'infirmier ou d'infirmière est interdit.

Article R. 4312-37

La profession d'infirmier ou d'infirmière ne doit pas être pratiquée comme un commerce. Tous les procédés directs ou indirects de réclame ou publicité sont interdits aux infirmiers ou infirmières. L'infirmier ou l'infirmière ne peut faire figurer sur sa plaque professionnelle, sur ses imprimés professionnels, des annuaires téléphoniques ou professionnels ou sur des annonces que ses nom, prénoms, titres, diplômes et, le cas échéant, lieu de délivrance, certificats ou attestations reconnus par le ministre chargé de la santé, adresse et téléphone professionnels et horaires d'activité. La plaque professionnelle ne doit pas avoir de dimensions supérieures à 25 cm x 30 cm. L'infirmier ou l'infirmière qui s'installe, qui change d'adresse, qui se fait remplacer ou qui souhaite faire connaître des horaires de permanence peut procéder à deux insertions consécutives dans la presse.

Article R. 4312-38

Il est interdit à un infirmier ou à une infirmière d'exercer sa profession dans un local commercial et dans tout local où sont mis en vente des médicaments, ou des appareils ou produits ayant un rapport avec son activité professionnelle.

Article R. 4312-39

Il est interdit à un infirmier ou à une infirmière qui remplit un mandat électif ou une fonction administrative d'en user pour accroître sa clientèle.

Sous-section 2 Devoirs envers les patients

Article R. 4312-40

L'infirmier ou l'infirmière informe le patient du tarif des actes d'infirmier effectués au cours du traitement ainsi que de sa situation au regard de la convention nationale des infirmiers prévue à l'article L. 162-12-2 du code de la sécurité sociale. Il affiche également ces informations dans son lieu d'exercice et de façon aisément visible. Il est tenu de fournir les explications qui lui sont demandées par le patient ou par ses proches sur sa note d'honoraires ou sur le coût des actes infirmiers dispensés au cours du traitement. Les honoraires de l'infirmier ou de l'infirmière non conventionnés doivent être fixés avec tact et mesure. Sont interdites toute fixation de forfait d'honoraires ainsi que toute fraude, abus de cotation ou indication inexacte portant sur les actes effectués. L'infirmier ou l'infirmière est toutefois libre de dispenser ses soins gratuitement.

Article R. 4312-41

Si l'infirmier ou l'infirmière décide, sous réserve de ne pas nuire à un patient, de ne pas effectuer des soins, ou se trouve dans l'obligation de les interrompre, il doit en expliquer les raisons à ce patient et, à la demande de ce dernier ou de ses proches, lui remettre la liste départementale des infirmiers et infirmières mentionnée à l'article L. 4312-1. Dans ce cas, ou si le patient choisit spontanément de s'adresser à un autre infirmier ou à une autre infirmière, l'infirmier ou l'infirmière remet au médecin

VIII

Marie-Noëlle Le Deunff-Etienne -

prescripteur les indications nécessaires à la continuité des soins. Le cas échéant, il transmet au médecin désigné par le patient ou par ses proches et avec leur accord explicite la fiche de synthèse du dossier de soins infirmiers.

Sous-section 3

Devoirs envers les confrères

Article R. 4312-42

Tous procédés de concurrence déloyale et notamment tout détournement de clientèle sont interdits à l'infirmier ou à l'infirmière. L'infirmier ou l'infirmière ne peut abaisser ses honoraires dans un intérêt de concurrence.

Sous-section 4

Conditions de remplacement

Article R. 4312-43

Le remplacement d'un infirmier ou d'une infirmière est possible pour une durée correspondant à l'indisponibilité de l'infirmier ou de l'infirmière remplacé. Toutefois, un infirmier ou une infirmière interdit d'exercice par décision disciplinaire ne peut se faire remplacer pendant la durée de la sanction. Au-delà d'une durée de vingt-quatre heures, ou en cas de remplacement d'une durée inférieure à vingt-quatre heures mais répété, un contrat de remplacement doit être établi entre les deux parties.

Article R. 4312-44

Un infirmier ou une infirmière d'exercice libéral peut se faire remplacer soit par un confrère d'exercice libéral, soit par un infirmier ou une infirmière n'ayant pas de lieu de résidence professionnelle. Dans ce dernier cas, le remplaçant doit être titulaire d'une autorisation de remplacement délivrée par le préfet du département de son domicile et dont la durée maximale est d'un an, renouvelable. L'infirmier ou l'infirmière remplaçant ne peut remplacer plus de deux infirmiers ou infirmières à la fois, y compris dans une association d'infirmier ou un cabinet de groupe.

Article R. 4312-45

Lorsque l'infirmier ou l'infirmière remplacé exerce dans le cadre d'une société civile professionnelle ou d'une société d'exercice libéral, il doit en informer celle-ci. Durant la période de remplacement, l'infirmier ou l'infirmière remplacé doit s'abstenir de toute activité professionnelle infirmière, sous réserve des dispositions des articles R. 4312-6 et R. 4312-22. L'infirmier ou l'infirmière remplacé doit informer les organismes d'assurance maladie en leur indiquant le nom du remplaçant ainsi que la durée et les dates de son remplacement. Dans le cas où le remplaçant n'a pas de lieu de résidence professionnelle, l'infirmier ou l'infirmière remplacé indique également le numéro et la date de délivrance de l'autorisation préfectorale mentionnée à l'article R. 4312-44.

Article R. 4312-46

L'infirmier ou l'infirmière remplaçant qui n'a pas de lieu de résidence professionnelle exerce au lieu d'exercice professionnel de l'infirmier ou de l'infirmière remplacé et sous sa propre responsabilité. L'infirmier ou l'infirmière d'exercice libéral remplaçant peut, si l'infirmier ou l'infirmière remplacé en est d'accord, recevoir les patients dans son propre cabinet.

Article R. 4312-47

Lorsqu'il a terminé sa mission et assuré la continuité des soins, l'infirmier ou l'infirmière remplaçant abandonne l'ensemble de ses activités de remplacement auprès de la clientèle de l'infirmier ou de l'infirmière remplacé. Un infirmier ou une infirmière qui a remplacé un autre infirmier ou une autre infirmière pendant une période totale supérieure à trois mois ne doit pas, pendant une période de deux ans, s'installer dans un cabinet où il pourrait entrer en concurrence directe avec l'infirmier ou l'infirmière remplacé, et éventuellement avec les infirmiers ou les infirmières exerçant en association avec celui-ci, à moins que le contrat de remplacement n'en dispose autrement.

IX

Marie-Noëlle Le Deunff-Etienne -

Article R. 4312-48

L'infirmier ou l'infirmière ne peut, dans l'exercice de sa profession, employer comme salarié un autre infirmier, un aide-soignant, une auxiliaire de puériculture ou un étudiant infirmier.

Section 3

Infirmiers et infirmières salariés

Article R. 4312-49

Le fait pour un infirmier ou une infirmière d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à un employeur privé, une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels. L'exercice habituel de la profession d'infirmier sous quelque forme que ce soit au sein d'une entreprise, d'une collectivité ou d'une institution ressortissant du droit privé doit, dans tous les cas, faire l'objet d'un contrat écrit

Annexe 4

DECRET de COMPETENCE

DECRET 2004-802 du 29 juillet 2004

Article R. 4311-1

L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé. Dans l'ensemble de ces activités, les infirmiers et infirmières sont soumis au respect des règles professionnelles et notamment du secret professionnel. Ils exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif.

Article R. 4311-2

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 ;

2° De concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions ;

3° De participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes ;

4° De contribuer à la mise en œuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs ;

5° De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage.

Article R. 4311-3

Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. Dans ce cadre, l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R. 4311-5 et R. 4311-6. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers.

Article R. 4311-4

Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social

ou médico-social, l'infirmier ou l'infirmière peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'aides médico-psychologiques qu'il encadre et dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation. Cette collaboration peut s'inscrire dans le cadre des protocoles de soins infirmiers mentionnés à l'article R. 4311-3.

Article R. 4311-5

Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage :

- 1° Soins et procédés visant à assurer l'hygiène de la personne et de son environnement ;
- 2° Surveillance de l'hygiène et de l'équilibre alimentaire ;
- 3° Dépistage et évaluation des risques de maltraitance ;
- 4° Aide à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable ;
- 5° Vérification de leur prise ;
- 6° Surveillance de leurs effets et éducation du patient ;
- 7° Administration de l'alimentation par sonde gastrique, sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-7 et changement de sonde d'alimentation gastrique ;
- 8° Soins et surveillance de patients en assistance nutritive entérale ou parentérale ;
- 9° Surveillance de l'élimination intestinale et urinaire et changement de sondes vésicales ;
- 10° Soins et surveillance des patients sous dialyse rénale ou péritonéale ;
- 11° Soins et surveillance des patients placés en milieu stérile ;
- 12° Installation du patient dans une position en rapport avec sa pathologie ou son handicap ;
- 13° Préparation et surveillance du repos et du sommeil ;
- 14° Lever du patient et aide à la marche ne faisant pas appel aux techniques de rééducation ;
- 15° Aspirations des sécrétions d'un patient qu'il soit ou non intubé ou trachéotomisé ;
- 16° Ventilation manuelle instrumentale par masque ;
- 17° Utilisation d'un défibrillateur semi-automatique et surveillance de la personne placée sous cet appareil ;
- 18° Administration en aérosols de produits non médicamenteux ;
- 19° Recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance : température, pulsations, pression artérielle, rythme respiratoire, volume de la diurèse, poids, mensurations, réflexes pupillaires, réflexes de défense cutanée, observations des manifestations de l'état de conscience, évaluation de la douleur ;
- 20° Réalisation, surveillance et renouvellement des pansements non médicamenteux ;
- 21° Réalisation et surveillance des pansements et des bandages autres que ceux mentionnés à l'article R. 4311-7 ;
- 22° Prévention et soins d'escarres ;
- 23° Prévention non médicamenteuse des thromboses veineuses ;
- 24° Soins et surveillance d'ulcères cutanés chroniques ;
- 25° Toilette périnéale ; 26° Préparation du patient en vue d'une intervention, notamment soins cutanés préopératoires ;
- 27° Recherche des signes de complications pouvant survenir chez un patient porteur d'un dispositif d'immobilisation ou de contention ;
- 28° Soins de bouche avec application de produits non médicamenteux ;
- 29° Irrigation de l'oeil et instillation de collyres ;
- 30° Participation à la réalisation des tests à la sueur et recueil des sécrétions lacrymales ;

XII

Marie-Noëlle Le Deunff-Etienne -

- 31° Surveillance de scarifications, injections et perfusions mentionnées aux articles R. 4311-7 et R. 4311-9 ;
- 32° Surveillance de patients ayant fait l'objet de ponction à visée diagnostique ou thérapeutique ;
- 33° Pose de timbres tuberculiques et lecture ;
- 34° Détection de parasitoses externes et soins aux personnes atteintes de celles-ci ;
- 35° Surveillance des fonctions vitales et maintien de ces fonctions par des moyens non invasifs et n'impliquant pas le recours à des médicaments ;
- 36° Surveillance des cathéters, sondes et drains ;
- 37° Participation à la réalisation d'explorations fonctionnelles, à l'exception de celles mentionnées à l'article R. 4311-10, et pratique d'examen non vulnérants de dépistage de troubles sensoriels ;
- 38° Participation à la procédure de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables ;
- 39° Recueil des données biologiques obtenues par des techniques à lecture instantanée suivantes :
 - a) Urines : glycosurie acétonurie, protéinurie, recherche de sang, potentiels en ions hydrogène, pH ;
 - b) Sang : glycémie, acétonémie ;
- 40° Entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire ;
- 41° Aide et soutien psychologique ;
- 42° Observation et surveillance des troubles du comportement.

Article R. 4311-6

Dans le domaine de la santé mentale, outre les actes et soins mentionnés à l'article R. 4311-5, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes et soins suivants :

- 1° Entretien d'accueil du patient et de son entourage ;
- 2° Activités à visée socio thérapeutique individuelle ou de groupe ;
- 3° Surveillance des personnes en chambre d'isolement ;
- 4° Surveillance et évaluation des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier ou l'infirmière et le patient.

Article R. 4311-7

L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin :

- 1° Scarifications, injections et perfusions autres que celles mentionnées au deuxième alinéa de l'article R. 4311-9, instillations et pulvérisations ;
- 2° Scarifications et injections destinées aux vaccinations ou aux tests tuberculiques ;
- 3° Mise en place et ablation d'un cathéter court ou d'une aiguille pour perfusion dans une veine superficielle des membres ou dans une veine épicroténienne ;
- 4° Surveillance de cathéters veineux centraux et de montages d'accès vasculaires implantables mis en place par un médecin ;
- 5° Injections et perfusions, à l'exclusion de la première, dans ces cathéters ainsi que dans les cathéters veineux centraux et ces montages :
 - a) De produits autres que ceux mentionnés au deuxième alinéa de l'article R. 4311-9 ;
 - b) De produits ne contribuant pas aux techniques d'anesthésie générale ou locorégionale mentionnées à l'article R. 4311-12. Ces injections et perfusions font l'objet d'un compte rendu d'exécution écrit, daté et signé par l'infirmier ou l'infirmière et transcrit dans le dossier de soins infirmiers ;
- 6° Administration des médicaments sans préjudice des dispositions prévues à l'article R. 4311-5 ;
- 7° Pose de dispositifs transcutanés et surveillance de leurs effets ;
- 8° Renouvellement du matériel de pansements médicamenteux ;
- 9° Réalisation et surveillance de pansements spécifiques ;

XIII

Marie-Noëlle Le Deunff-Etienne -

- 10° Ablation du matériel de réparation cutanée ;
- 11° Pose de bandages de contention ;
- 12° Ablation des dispositifs d'immobilisation et de contention ;
- 13° Renouvellement et ablation des pansements médicamenteux, des systèmes de tamponnement et de drainage, à l'exception des drains pleuraux et médiastinaux ;
- 14° Pose de sondes gastriques en vue de tubage, d'aspiration, de lavage ou d'alimentation gastrique ;
- 15° Pose de sondes vésicales en vue de prélèvement d'urines, de lavage, d'instillation, d'irrigation ou de drainage de la vessie, sous réserve des dispositions du troisième alinéa de l'article R. 4311-10 ;
- 16° Instillation intra-urétrale ;
- 17° Injection vaginale ;
- 18° Pose de sondes rectales, lavements, extractions de fécalomes, pose et surveillance de goutte-à-goutte rectal ;
- 19° Appareillage, irrigation et surveillance d'une plaie, d'une fistule ou d'une stomie ;
- 20° Soins et surveillance d'une plastie ;
- 21° Participation aux techniques de dilatation de cicatrices ou de stomies ;
- 22° Soins et surveillance d'un patient intubé ou trachéotomisé, le premier changement de canule de trachéotomie étant effectué par un médecin ;
- 23° Participation à l'hyperthermie et à l'hypothermie ;
- 24° Administration en aérosols et pulvérisations de produits médicamenteux ;
- 25° Soins de bouche avec application de produits médicamenteux et, en tant que de besoin, aide instrumentale ;
- 26° Lavage de sinus par l'intermédiaire de cathéters fixés par le médecin ;
- 27° Bains d'oreilles et instillations médicamenteuses ;
- 28° Enregistrements simples d'électrocardiogrammes, d'électro-encéphalogrammes et de potentiels évoqués sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-10 ;
- 29° Mesure de la pression veineuse centrale ;
- 30° Vérification du fonctionnement des appareils de ventilation assistée ou du monitoring, contrôle des différents paramètres et surveillance des patients placés sous ces appareils ;
- 31° Pose d'une sonde à oxygène ;
- 32° Installation et surveillance des personnes placées sous oxygénothérapie normobare et à l'intérieur d'un caisson hyperbare ;
- 33° Branchement, surveillance et débranchement d'une dialyse rénale, péritonéale ou d'un circuit d'échanges plasmatique ;
- 34° Saignées ;
- 35° Prélèvements de sang par ponction veineuse ou capillaire ou par cathéter veineux
- 36° Prélèvements de sang par ponction artérielle pour gazométrie ;
- 37° Prélèvements non sanglants effectués au niveau des téguments ou des muqueuses directement accessibles ;
- 38° Prélèvements et collecte de sécrétions et d'excrétions ;
- 39° Recueil aseptique des urines ;
- 40° Transmission des indications techniques se rapportant aux prélèvements en vue d'analyses de biologie médicale ;
- 41° Soins et surveillance des personnes lors des transports sanitaires programmés entre établissements de soins ;
- 42° Entretien individuel et utilisation au sein d'une équipe pluridisciplinaire de techniques de médiation à visée thérapeutique ou psychothérapeutique ;
- 43° Mise en œuvre des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier ou l'infirmière et le patient, et des protocoles d'isolement.

XIV

Marie-Noëlle Le Deunff-Etienne -

Article R. 4311-8

L'infirmier ou l'infirmière est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers.

Article R. 4311-9

L'infirmier ou l'infirmière est habilité à accomplir sur prescription médicale écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, les actes et soins suivants, à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment :

- 1° Injections et perfusions de produits d'origine humaine nécessitant, préalablement à leur réalisation, lorsque le produit l'exige, un contrôle d'identité et de compatibilité obligatoire effectué par l'infirmier ou l'infirmière ;
- 2° Injections de médicaments à des fins analgésiques dans des cathéters périduraux et intrathécaux ou placés à proximité d'un tronc ou d'un plexus nerveux, mis en place par un médecin et après que celui-ci a effectué la première injection ;
- 3° Préparation, utilisation et surveillance des appareils de circulation extracorporelle ;
- 4° Ablation de cathéters centraux et intrathécaux ;
- 5° Application d'un garrot pneumatique d'usage chirurgical ;
- 6° Pose de dispositifs d'immobilisation ;
- 7° Utilisation d'un défibrillateur manuel ;
- 8° Soins et surveillance des personnes, en postopératoire, sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-12 ;
- 9° Techniques de régulation thermique, y compris en milieu psychiatrique ;
- 10° Cures de sevrage et de sommeil.

Article R. 4311-10

L'infirmier ou l'infirmière participe à la mise en œuvre par le médecin des techniques suivantes :

- 1° Première injection d'une série d'allergènes ;
- 2° Premier sondage vésical chez l'homme en cas de rétention ;
- 3° Enregistrement d'électrocardiogrammes et d'électroencéphalogrammes avec épreuves d'effort ou emploi de médicaments modificateurs ;
- 4° Prise et recueil de pression hémodynamique faisant appel à des techniques à caractère vulnérant autres que celles mentionnées à l'article R. 4311-7 ;
- 5° Actions mises en œuvre en vue de faire face à des situations d'urgence vitale ;
- 6° Explorations fonctionnelles comportant des épreuves pharmacodynamiques, d'effort, de stimulation ou des tests de provocation ;
- 7° Pose de systèmes d'immobilisation après réduction ;
- 8° Activités, en équipe pluridisciplinaire, de transplantation d'organes et de greffe de tissus ;
- 9° Transports sanitaires :
 - a) Transports sanitaires urgents entre établissements de soins effectués dans le cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation ;
 - b) Transports sanitaires médicalisés du lieu de la détresse vers un établissement de santé effectués dans le cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation ;
- 10° Sismothérapie et insulinothérapie à visée psychiatrique.

Article R. 4311-11

L'infirmier ou l'infirmière titulaire du diplôme d'Etat de bloc opératoire ou en cours de formation préparant à ce diplôme, exerce en priorité les activités suivantes :

- 1° Gestion des risques liés à l'activité et à l'environnement opératoire ;
- 2° Elaboration et mise en œuvre d'une démarche de soins individualisée en bloc opératoire et secteurs associés ;
- 3° Organisation et coordination des soins infirmiers en salle d'intervention ;
- 4° Traçabilité des activités au bloc opératoire et en secteurs associés ;
- 5° Participation à l'élaboration, à l'application et au contrôle des procédures de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables visant à la prévention des infections nosocomiales au bloc opératoire et en secteurs associés. En

per-opérateur, l'infirmier ou l'infirmière titulaire du diplôme d'Etat de bloc opératoire ou l'infirmier ou l'infirmière en cours de formation préparant à ce diplôme exerce les activités de circulant, d'instrumentiste et d'aide opératoire en présence de l'opérateur. Il est habilité à exercer dans tous les secteurs où sont pratiqués des actes invasifs à visée diagnostique, thérapeutique, ou diagnostique et thérapeutique dans les secteurs de stérilisation du matériel médico-chirurgical et dans les services d'hygiène hospitalière.

Article R. 4311-12

L'infirmier ou l'infirmière, anesthésiste diplômé d'Etat, est seul habilité, à condition qu'un médecin anesthésiste-réanimateur puisse intervenir à tout moment, et après qu'un médecin anesthésiste-réanimateur a examiné le patient et établi le protocole, à appliquer les techniques suivantes :

- 1° Anesthésie générale ;
- 2° Anesthésie loco-régionale et réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin anesthésiste-réanimateur ;
- 3° Réanimation peropératoire. Il accomplit les soins et peut, à l'initiative exclusive du médecin anesthésiste-réanimateur, réaliser les gestes techniques qui concourent à l'application du protocole. En salle de surveillance post-interventionnelle, il assure les actes relevant des techniques d'anesthésie citées aux 1°, 2° et 3° et est habilité à la prise en charge de la douleur postopératoire relevant des mêmes techniques. Les transports sanitaires mentionnés à l'article R. 4311-10 sont réalisés en priorité par l'infirmier ou l'infirmière anesthésiste diplômé d'Etat. L'infirmier ou l'infirmière, en cours de formation préparant à ce diplôme, peut participer à ces activités en présence d'un infirmier anesthésiste diplômé d'Etat.

Article R. 4311-13

Les actes concernant les enfants de la naissance à l'adolescence, et en particulier ceux ci-dessous énumérés, sont dispensés en priorité par une infirmière titulaire du diplôme d'Etat de puéricultrice et l'infirmier ou l'infirmière en cours de formation préparant à ce diplôme :

- 1° Suivi de l'enfant dans son développement et son milieu de vie ;
- 2° Surveillance du régime alimentaire du nourrisson ;
- 3° Prévention et dépistage précoce des inadaptations et des handicaps ;
- 4° Soins du nouveau-né en réanimation ;
- 5° Installation, surveillance et sortie du nouveau-né placé en incubateur ou sous photothérapie.

Article R. 4311-14

En l'absence d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet de sa part d'un compte rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient. En cas d'urgence et en dehors de la mise en œuvre du protocole, l'infirmier ou l'infirmière décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toutes mesures en son pouvoir afin de diriger la personne vers la structure de soins la plus appropriée à son état.

Article R. 4311-15

Selon le secteur d'activité où il exerce, y compris dans le cadre des réseaux de soins, et en fonction des besoins de santé identifiés, l'infirmier ou l'infirmière propose des actions, les organise ou y participe dans les domaines suivants :

- 1° Formation initiale et formation continue du personnel infirmier, des personnels qui l'assistent et éventuellement d'autres personnels de santé ;
- 2° Encadrement des stagiaires en formation ;
- 3° Formation, éducation, prévention et dépistage, notamment dans le domaine des soins de santé primaires et communautaires ;
- 4° Dépistage, prévention et éducation en matière d'hygiène, de santé individuelle et collective et de sécurité ;
- 5° Dépistage des maladies sexuellement transmissibles, des maladies professionnelles, des maladies endémiques, des pratiques addictives ;
- 6° Education à la sexualité ;
- 7° Participation à des actions de santé publique ;
- 8° Recherche dans le domaine des soins infirmiers et participation à des actions de recherche pluridisciplinaire. Il participe également à des actions de secours, de médecine de catastrophe et d'aide humanitaire, ainsi qu'à toute action coordonnée des professions de santé et des professions sociales conduisant à une prise en charge globale des personnes.

Section 2

Personnes autorisées à exercer la profession

Sous-section 1

Titulaires du diplôme d'Etat d'infirmier ou d'infirmière

Article D. 4311-16

Le diplôme d'Etat d'infirmier ou d'infirmière est délivré par le préfet de région aux candidats ayant suivi, sauf dispense, l'enseignement préparatoire au diplôme d'Etat d'infirmier ou d'infirmière et subi avec succès les épreuves d'un examen à l'issue de cet enseignement.

Article D. 4311-17

La durée des études préparatoires au diplôme est fixée à trois ans. Les conditions dans lesquelles peuvent être accordées des dispenses partielles ou totales d'enseignement sont fixées, après avis de la commission des infirmiers et infirmières du Conseil supérieur des professions paramédicales, par arrêté du ministre chargé de la santé.

Article D. 4311-18

L'enseignement comprend :

- 1° Un enseignement théorique ;
- 2° Un enseignement pratique ;
- 3° Des stages. Les conditions d'indemnisation des stages et de remboursement des frais de déplacement liés aux stages sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé.

Article D. 4311-19

Les instituts de formation en soins infirmiers autorisés à délivrer l'enseignement préparant au diplôme d'Etat sont chargés de la mise en œuvre des modalités d'admission sous le contrôle des préfets de région et de département ou du préfet de Saint-Pierre-et-Miquelon. Ils ont la charge de l'organisation des épreuves et de l'affichage des résultats. La composition des jurys et la nomination de leurs membres sont arrêtées par le préfet de région.

Article D. 4311-20

Les conditions d'autorisation et de fonctionnement des instituts sont fixées, après avis de la commission des infirmiers et infirmières du Conseil supérieur des professions paramédicales, par arrêté du ministre chargé de la santé.

Article D. 4311-21

Le contrôle des instituts est exercé par les fonctionnaires désignés à cet effet par le ministre chargé de la santé.

Article D. 4311-22

Les directeurs des instituts ne relevant pas du titre IV du statut général des fonctionnaires sont agréés, après avis de la commission des infirmiers et infirmières du Conseil supérieur des professions paramédicales, par le ministre chargé de la santé.

Article D. 4311-23

Les conditions d'agrément des établissements, services et institutions où les étudiants effectuent leurs stages sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé.

Article D. 4311-24

Le silence gardé pendant plus de quatre mois sur les demandes d'agrément et d'autorisation mentionnées aux articles D. 4311-20 et D. 4311-22 vaut décision de rejet.

Sous-section 2

Titulaires du diplôme d'Etat d'infirmier de secteur psychiatrique

Article D. 4311-25

La commission prévue à l'article L. 4311-5, présidée par le directeur régional des affaires sanitaires et sociales ou son représentant, est composée de :

- 1° Deux praticiens hospitaliers, dont un exerçant dans un service de psychiatrie ;
- 2° Deux infirmiers ou infirmières titulaires du diplôme d'Etat d'infirmier ou d'infirmière et du diplôme de cadre de santé ;
- 3° Deux infirmiers ou infirmières titulaires du diplôme d'Etat d'infirmier de secteur psychiatrique et du diplôme de cadre de santé. Les membres de la commission sont désignés par le directeur régional des affaires sanitaires et sociales parmi les professionnels de la région. Les membres prévus aux 2° et 3° ci-dessus sont désignés sur proposition des organisations syndicales représentatives des infirmiers.

Article D. 4311-26

Les infirmiers et infirmières, titulaires du diplôme d'Etat d'infirmier de secteur psychiatrique, candidats à l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier ou d'infirmière adressent au président de la commission, par lettre recommandée avec accusé de réception, un dossier comportant les éléments suivants :

- 1° Copie du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique ;
- 2° Curriculum vitae comportant en annexe la liste des services dans lesquels le candidat a exercé son activité, ainsi que la nature des fonctions exercées ; cette liste est certifiée exacte par le ou les chefs des établissements dans lesquels le candidat a exercé ses fonctions ;
- 3° Liste des actions de formation continue suivies par le candidat avec, pour chacune d'entre elles, une attestation du responsable de celle-ci ou du chef de l'établissement dans lequel l'intéressé exerçait ses fonctions au moment où elle a été suivie ;
- 4° Eventuellement, copie des diplômes autres que le diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique, obtenus par le candidat. La commission peut, si elle le juge opportun, solliciter du candidat toutes informations complémentaires de nature à l'éclairer sur le contenu des formations suivies.

Article D. 4311-27

Les dossiers mentionnés à l'article D. 4311-26 sont adressés chaque année entre le 1^{er} et le 31 janvier au président de la commission située dans la région où le candidat exerce ses fonctions ou, s'il n'exerce aucune activité, dans la région où est situé son domicile.

Article D. 4311-28

Au vu des éléments du dossier, la commission fixe, pour chaque candidat, le contenu de la formation complémentaire préalable à l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier ou d'infirmière, au regard notamment du contenu du programme des études conduisant au diplôme d'Etat. La durée globale de cette formation ne peut être inférieure à six mois.

Article D. 4311-29

L'organisation de la formation complémentaire est confiée aux directions des instituts de formation en soins infirmiers, en collaboration avec le directeur du service de soins infirmiers dans les établissements publics de santé, la personne remplissant les fonctions équivalentes dans les établissements de santé privés, et en leur absence avec le responsable infirmier du service d'accueil. La commission désigne, pour chaque candidat, l'institut de formation auquel il devra s'adresser.

Article D. 4311-30

Les objectifs de la formation complémentaire sont définis contractuellement par la personne responsable de l'encadrement du candidat sur le ou les lieux de stage, désignée par le directeur de l'institut de formation en soins infirmiers et le candidat lui-même. Le candidat peut informer la commission régionale de toute difficulté rencontrée lors du déroulement du ou des stages.

Article D. 4311-31

A l'issue de chacun des stages, la personne responsable de l'encadrement du stage procède avec l'équipe ayant effectivement assuré la formation du candidat et le candidat lui-même au bilan de cette formation au regard des objectifs déterminés. Ce bilan comportant une appréciation écrite précise et motivée est transmis à la commission et communiqué au candidat.

Article D. 4311-32

Au vu du bilan précité et du dossier initial, la commission décide de l'attribution au candidat du diplôme d'Etat d'infirmier ou d'infirmière. Elle peut lui demander d'effectuer à nouveau tout ou partie de la formation complémentaire. Elle se prononce alors de façon définitive sur l'attribution du diplôme d'Etat d'infirmier ou d'infirmière.

Article D. 4311-33

Les décisions de la commission sont prises à la majorité des suffrages exprimés. En cas de partage égal des voix, le président a voix prépondérante.

Sous-section 3 Ressortissants d'un Etat membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen

Paragraphe 1

Autorisation spéciale d'exercice

Article R. 4311-34

L'autorisation d'exercer la profession d'infirmier ou d'infirmière prévue à l'article L. 4311- 4 est délivrée par le préfet de région, après avis d'une commission régionale dont il désigne les membres sur proposition du directeur régional des affaires sanitaires et sociales. La commission, présidée par le directeur régional des affaires sanitaires et sociales ou son représentant, comprend :

1° Deux médecins ;

2° Deux cadres infirmiers, dont l'un exerce ses fonctions dans un établissement à caractère sanitaire ou médico-social, et l'autre dans un institut de formation en soins infirmiers ;

3° Un infirmier ou une infirmière exerçant dans le secteur libéral. Lorsque le demandeur est titulaire d'un diplôme permettant l'exercice des fonctions soit

d'infirmier anesthésiste, soit d'infirmier de bloc opératoire, soit de puéricultrice, la commission est complétée par deux infirmiers ou infirmières titulaires du diplôme d'Etat correspondant, dont un au moins participe à la formation préparatoire à ce diplôme.

Article R. 4311-35

Les personnes qui souhaitent bénéficier de l'autorisation prévue à l'article L. 4311-4 en formulent la demande auprès du préfet de région, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. La demande est accompagnée d'un dossier permettant de connaître la nationalité du demandeur, la formation qu'il a suivie, le diplôme qu'il a obtenu et, le cas échéant, son expérience professionnelle. La liste des pièces et des informations à produire pour l'instruction de la demande est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé. Dans le cas où le préfet de région réclame, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, les pièces et les informations manquantes nécessaires à l'examen de la demande, le délai d'instruction est suspendu jusqu'à ce que le dossier soit complet.

Article R. 4311-36

Le préfet de région statue sur la demande d'autorisation, après avis de la commission régionale, par une décision motivée, dans un délai de quatre mois à compter de la date du récépissé mentionné à l'article R. 4311-35. L'absence de réponse dans ce délai vaut rejet de la demande. L'autorisation précise, le cas échéant, qu'elle est accordée pour l'exercice de la spécialité d'infirmier anesthésiste, d'infirmier de bloc opératoire ou d'infirmière puéricultrice.

Article R. 4311-37

Dans les cas prévus au deuxième alinéa de l'article L. 4311-4, la délivrance de l'autorisation est subordonnée à la vérification de la capacité du demandeur à l'exercice de la profession en France. Cette vérification est effectuée au choix du demandeur soit par une épreuve d'aptitude, soit à l'issue d'un stage d'adaptation.

Article R. 4311-38

L'épreuve d'aptitude consiste en un contrôle des connaissances portant sur les matières pour lesquelles la formation du candidat a été jugée insuffisante. Elle peut prendre la forme d'une épreuve écrite, orale ou pratique. Le stage d'adaptation, d'une durée maximale d'un an, a pour objet de permettre aux intéressés d'acquérir les connaissances portant sur les matières pour lesquelles leur formation a été jugée insuffisante. Le préfet de région détermine, en fonction de ces matières, la nature et la durée de l'épreuve d'aptitude et du stage d'adaptation qui sont proposés au choix du candidat.

Article R. 4311-39

Sont fixées, après avis de la commission des infirmiers et infirmières du Conseil supérieur des professions paramédicales, par arrêté du ministre chargé de la santé :

- 1° Les conditions d'organisation, les modalités de notation de l'épreuve d'aptitude, la composition du jury chargé de l'évaluer ;
- 2° Les conditions d'organisation et de validation du stage d'adaptation.

Paragraphe 2

Déclaration préalable

Article R. 4311-40

L'infirmier ou l'infirmière, ressortissant d'un des Etats membres de la Communauté européenne ou d'un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen, qui, étant établi et exerçant légalement dans un de ces Etats autres que la France des activités d'infirmier responsable des soins généraux, veut exécuter en France des

XX

Marie-Noëlle Le Deunff-Etienne -

actes professionnels prévus à la section 1 du présent chapitre sans avoir procédé à son inscription sur la liste départementale prévue à l'article L. 4311-15 effectuée, sauf cas d'urgence, préalablement une déclaration auprès de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales du département dans lequel il va exécuter ces actes professionnels. Cette déclaration comporte, outre l'attestation et la déclaration sur l'honneur prévues au troisième alinéa de l'article L. 4311-22, une photocopie de la carte nationale d'identité ou du passeport faisant apparaître la nationalité du demandeur. La déclaration fait l'objet d'une inscription sur un registre tenu par chaque direction départementale des affaires sanitaires et sociales.

Article R. 4311-41

L'infirmier ou l'infirmière mentionné à l'article R. 4311-40 peut, en cas d'urgence, effectuer sans délai les actes professionnels prévus à la section 1 du présent chapitre. Toutefois, il effectue la déclaration prescrite par l'article R. 4311-40 dans un délai de quinze jours à compter du début de l'accomplissement des actes en cause.

Section 3

Diplômes de spécialité

Paragraphe 1

Diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire

Article D. 4311-42

Le diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire est délivré par le préfet de région aux personnes titulaires du diplôme d'Etat d'infirmier ou d'infirmière qui ont suivi un enseignement agréé par la même autorité et subi avec succès les épreuves d'un examen à l'issue de cet enseignement. Ce diplôme peut être délivré dans les mêmes conditions aux personnes titulaires du diplôme d'Etat de sage-femme.

Article D. 4311-43

La durée totale de l'enseignement est fixée à dix-huit mois. L'enseignement comporte une partie théorique et des stages. Sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé :

- 1° Les conditions d'agrément de l'enseignement ;
- 2° Les conditions d'admission des étudiants ;
- 3° Le programme et l'organisation des études ;
- 4° Les conditions dans lesquelles des dispenses d'enseignement peuvent être attribuées à des infirmiers ou infirmières diplômés d'Etat justifiant d'une expérience professionnelle en bloc opératoire ;
- 5° Les modalités des épreuves qui sanctionnent cet enseignement.

Article D. 4311-44

La nomination des directeurs et directeurs scientifiques des instituts de formation dispensant cet enseignement est subordonnée à leur agrément par le préfet de région. Celui-ci consulte au préalable la commission des infirmiers et infirmières du Conseil supérieur des professions paramédicales pour les directeurs.

Paragraphe 2

Diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste

Article D. 4311-45

Le diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste est délivré par le préfet de région aux personnes titulaires du diplôme d'Etat d'infirmier ou d'infirmière ou d'un autre titre permettant l'exercice de cette profession ou aux personnes titulaires du diplôme d'Etat de sage-femme ou d'un autre titre permettant l'exercice de cette profession qui, après réussite à des épreuves d'admission, ont suivi un enseignement agréé par la même autorité et satisfait avec succès aux épreuves contrôlant cet enseignement.

Article D. 4311-46

Les infirmiers et infirmières, titulaires du certificat d'aptitude aux fonctions d'aide anesthésiste créé par le décret du 9 avril 1960 ou titulaires du diplôme d'Etat

d'infirmier anesthésiste peuvent faire usage du titre d'infirmier anesthésiste diplômé d'Etat, à l'exclusion de toute autre appellation.

Article D. 4311-47

La durée des études préparatoires à la délivrance du diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste est de deux années. Sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé :

- 1° Les conditions d'autorisation et de fonctionnement des instituts de formation ;
- 2° Les conditions d'admission des étudiants ;
- 3° Le programme et l'organisation des études ;
- 4° Les modalités d'attribution des dispenses d'études ;
- 5° Les conditions de délivrance du diplôme.

Article D. 4311-48

La nomination des directeurs et directeurs scientifiques des instituts de formation dispensant cet enseignement est subordonnée à leur agrément par le préfet de région. Celui-ci consulte au préalable la commission des infirmiers et infirmières du Conseil supérieur des professions paramédicales pour les directeurs.

Paragraphe 3

Diplôme d'Etat de puéricultrice

Article D. 4311-49

Le diplôme d'Etat de puéricultrice est délivré par le préfet de région aux titulaires d'un diplôme d'infirmier ou de sage-femme validés pour l'exercice de la profession en France qui ont réussi aux épreuves du concours d'admission, suivi une formation agréée par la même autorité et satisfait avec succès aux épreuves d'évaluation de l'enseignement.

Article D. 4311-50

Sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé :

- 1° Les conditions d'autorisation et de fonctionnement des instituts de formation ;
- 2° Les conditions d'admission des étudiants ;
- 3° La durée des études, le programme de la formation, l'organisation de l'enseignement ;
- 4° Les modalités de délivrance des dispenses de d'enseignement ;
- 5° Les conditions de délivrance du diplôme.

Article D. 4311-51

Les conditions dans lesquelles est délivrée une attestation d'études à la place du diplôme d'Etat de puéricultrice aux titulaires d'un diplôme étranger d'infirmier ou de sage-femme n'autorisant pas l'exercice en France sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé.

Article D. 4311-52

La nomination des directeurs des instituts est subordonnée à leur agrément par le préfet de région. Celui-ci consulte au préalable la commission des infirmiers et des infirmières du Conseil supérieur des professions paramédicales.

Paragraphe 4

Décisions implicites de rejet

Article R. 4311-53

Le silence gardé pendant plus de quatre mois sur les demandes d'agrément ou d'autorisation mentionnées aux articles D. 4311-42, D. 4311-44, D. 4311-45, D. 4311-48, D. 4311-49 et D. 4311-52 vaut décision de rejet

Annexe 5

REGLES PROFESSIONNELLES SPECIFIQUES LIBERALES (J.O. 183 du 29 juillet 2004)

DECRET 2004-802 du 29 juillet 2004

Article R. 4312-33

L'infirmier ou l'infirmière doit disposer, au lieu de son exercice professionnel, d'une installation adaptée et de moyens techniques suffisants pour assurer l'accueil, la bonne exécution des soins et la sécurité des patients.

Article R. 4312-34

L'infirmier ou l'infirmière ne doit avoir qu'un seul lieu d'exercice professionnel. Toutefois, par dérogation à cette règle, il peut avoir un lieu d'exercice secondaire dès lors que les besoins de la population, attestés par le préfet, le justifient. L'autorisation d'exercer dans un lieu secondaire est donnée par le préfet, à titre personnel et non cessible. Elle est retirée par le préfet lorsque les besoins de la population ne le justifient plus, notamment en raison de l'installation d'un autre infirmier. Les dispositions du présent article ne font pas obstacle à l'application par les sociétés civiles professionnelles d'infirmiers et leurs membres de portant règlement d'administration publique pour l'article R. 4381-88 .

Article R. 4312-35

Toute association ou société entre des infirmiers ou infirmières doit faire l'objet d'un contrat écrit qui respecte l'indépendance professionnelle de chacun d'eux.

Article R. 4312-36

L'exercice forain de la profession d'infirmier ou d'infirmière est interdit.

Article R. 4312-37

La profession d'infirmier ou d'infirmière ne doit pas être pratiquée comme un commerce. Tous les procédés directs ou indirects de réclame ou publicité sont interdits aux infirmiers ou infirmières. L'infirmier ou l'infirmière ne peut faire figurer sur sa plaque professionnelle, sur ses imprimés professionnels, des annuaires téléphoniques ou professionnels ou sur des annonces que ses nom, prénoms, titres, diplômes et, le cas échéant, lieu de délivrance, certificats ou attestations reconnus par le ministre chargé de la santé, adresse et téléphone professionnels et horaires d'activité. La plaque professionnelle ne doit pas avoir de dimensions supérieures à 25 cm x 30 cm. L'infirmier ou l'infirmière qui s'installe, qui change d'adresse, qui se fait remplacer ou qui souhaite faire connaître des horaires de permanence peut procéder à deux insertions consécutives dans la presse.

Article R. 4312-38

Il est interdit à un infirmier ou à une infirmière d'exercer sa profession dans un local commercial et dans tout local où sont mis en vente des médicaments, ou des appareils ou produits ayant un rapport avec son activité professionnelle.

Article R. 4312-39

Il est interdit à un infirmier ou à une infirmière qui remplit un mandat électif ou une fonction administrative d'en user pour accroître sa clientèle.

Sous-section 2 Devoirs envers les patients

Article R. 4312-40

L'infirmier ou l'infirmière informe le patient du tarif des actes d'infirmier effectués au cours du traitement ainsi que de sa situation au regard de la convention nationale des infirmiers prévue à l'article L. 162-12-2 du code de la sécurité sociale. Il affiche également ces informations dans son lieu d'exercice et de façon aisément visible. Il est tenu de fournir les explications qui lui sont demandées par le patient ou par ses proches sur sa note d'honoraires ou sur le coût des actes infirmiers dispensés au cours du traitement. Les honoraires de l'infirmier ou de l'infirmière non conventionné doivent être fixés avec tact et mesure. Sont interdits toute fixation de forfait d'honoraires ainsi que toute fraude, abus de cotation ou indication inexacte portant sur les actes effectués. L'infirmier ou l'infirmière est toutefois libre de dispenser ses soins gratuitement.

Article R. 4312-41

Si l'infirmier ou l'infirmière décide, sous réserve de ne pas nuire à un patient, de ne pas effectuer des soins, ou se trouve dans l'obligation de les interrompre, il doit en expliquer les raisons à ce patient et, à la demande de ce dernier ou de ses proches, lui remettre la liste départementale des infirmiers et infirmières mentionnée à l'article L. 4312-1. Dans ce cas, ou si le patient choisit spontanément de s'adresser à un autre infirmier ou à une autre infirmière, l'infirmier ou l'infirmière remet au médecin prescripteur les indications nécessaires à la continuité des soins. Le cas échéant, il transmet au médecin désigné par le patient ou par ses proches et avec leur accord explicite la fiche de synthèse du dossier de soins infirmiers.

Sous-section 3

Devoirs envers les confrères

Article R. 4312-42

Tous procédés de concurrence déloyale et notamment tout détournement de clientèle sont interdits à l'infirmier ou à l'infirmière. L'infirmier ou l'infirmière ne peut abaisser ses honoraires dans un intérêt de concurrence.

Sous-section 4

Conditions de remplacement

Article R. 4312-43

Le remplacement d'un infirmier ou d'une infirmière est possible pour une durée correspondant à l'indisponibilité de l'infirmier ou de l'infirmière remplacé. Toutefois, un infirmier ou une infirmière interdit d'exercice par décision disciplinaire ne peut se faire remplacer pendant la durée de la sanction. Au-delà d'une durée de vingt-quatre heures, ou en cas de remplacement d'une durée inférieure à vingt-quatre heures mais répété, un contrat de remplacement doit être établi entre les deux parties.

Article R. 4312-44

Un infirmier ou une infirmière d'exercice libéral peut se faire remplacer soit par un confrère d'exercice libéral, soit par un infirmier ou une infirmière n'ayant pas de lieu de résidence professionnelle. Dans ce dernier cas, le remplaçant doit être titulaire d'une autorisation de remplacement délivrée par le préfet du département de son domicile et dont la durée maximale est d'un an, renouvelable. L'infirmier ou l'infirmière remplaçant ne peut remplacer plus de deux infirmiers ou infirmières à la fois, y compris dans une association d'infirmier ou un cabinet de groupe.

Article R. 4312-45

Lorsque l'infirmier ou l'infirmière remplacé exerce dans le cadre d'une société civile professionnelle ou d'une société d'exercice libéral, il doit en informer celle-ci. Durant la période de remplacement, l'infirmier ou l'infirmière remplacé doit s'abstenir de toute activité professionnelle infirmière, sous réserve des dispositions des articles R. 4312-6

et R. 4312-22. L'infirmier ou l'infirmière remplacé doit informer les organismes d'assurance maladie en leur indiquant le nom du remplaçant ainsi que la durée et les dates de son remplacement. Dans le cas où le remplaçant n'a pas de lieu de résidence professionnelle, l'infirmier ou l'infirmière remplacé indique également le numéro et la date de délivrance de l'autorisation préfectorale mentionnée à l'article R. 4312-44.

Article R. 4312-46

L'infirmier ou l'infirmière remplaçant qui n'a pas de lieu de résidence professionnelle exerce au lieu d'exercice professionnel de l'infirmier ou de l'infirmière remplacé et sous sa propre responsabilité. L'infirmier ou l'infirmière d'exercice libéral remplaçant peut, si l'infirmier ou l'infirmière remplacé en est d'accord, recevoir les patients dans son propre cabinet.

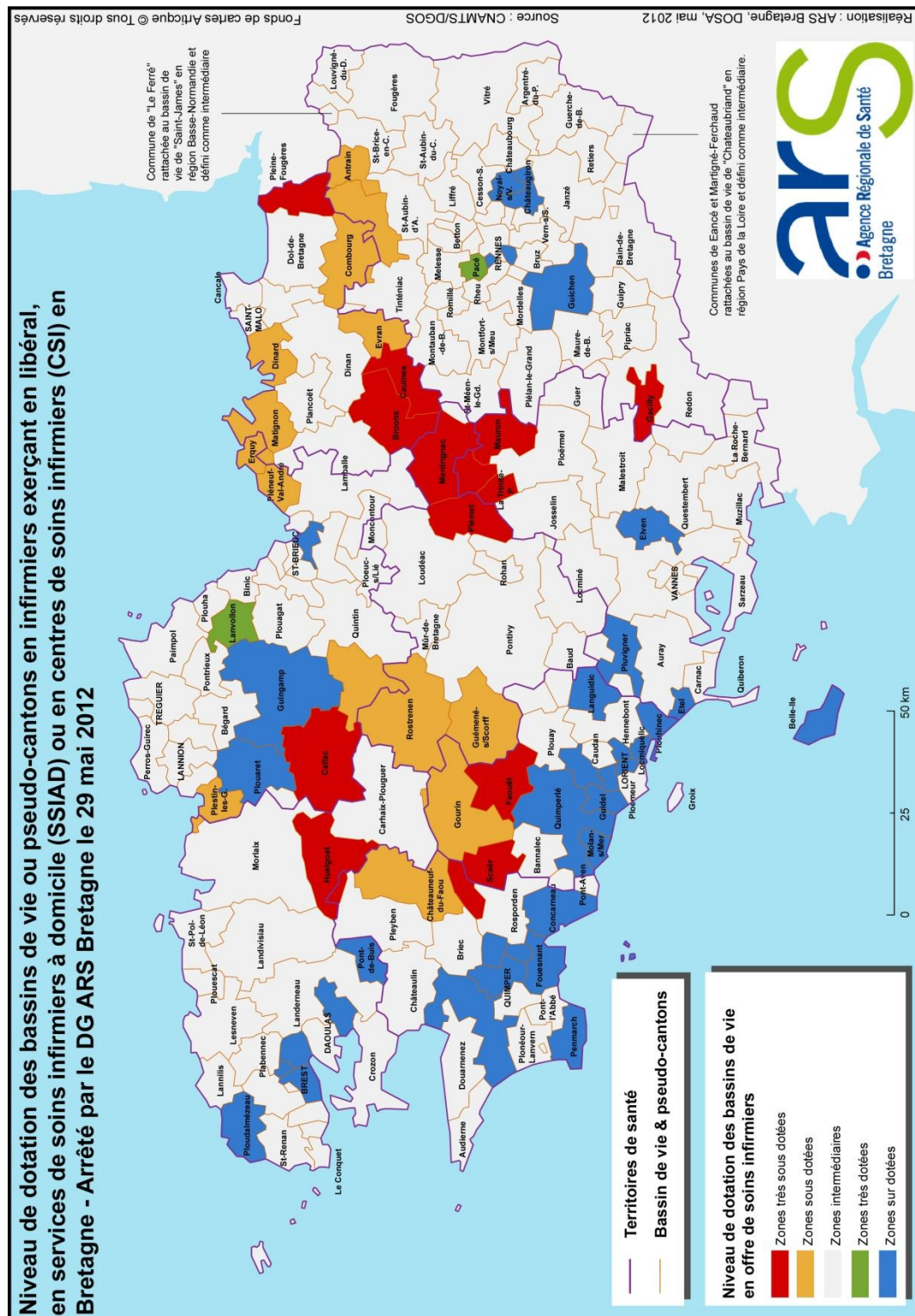
Article R. 4312-47

Lorsqu'il a terminé sa mission et assuré la continuité des soins, l'infirmier ou l'infirmière remplaçant abandonne l'ensemble de ses activités de remplacement auprès de la clientèle de l'infirmier ou de l'infirmière remplacé. Un infirmier ou une infirmière qui a remplacé un autre infirmier ou une autre infirmière pendant une période totale supérieure à trois mois ne doit pas, pendant une période de deux ans, s'installer dans un cabinet où il pourrait entrer en concurrence directe avec l'infirmier ou l'infirmière remplacé, et éventuellement avec les infirmiers ou les infirmières exerçant en association avec celui-ci, à moins que le contrat de remplacement n'en dispose autrement.

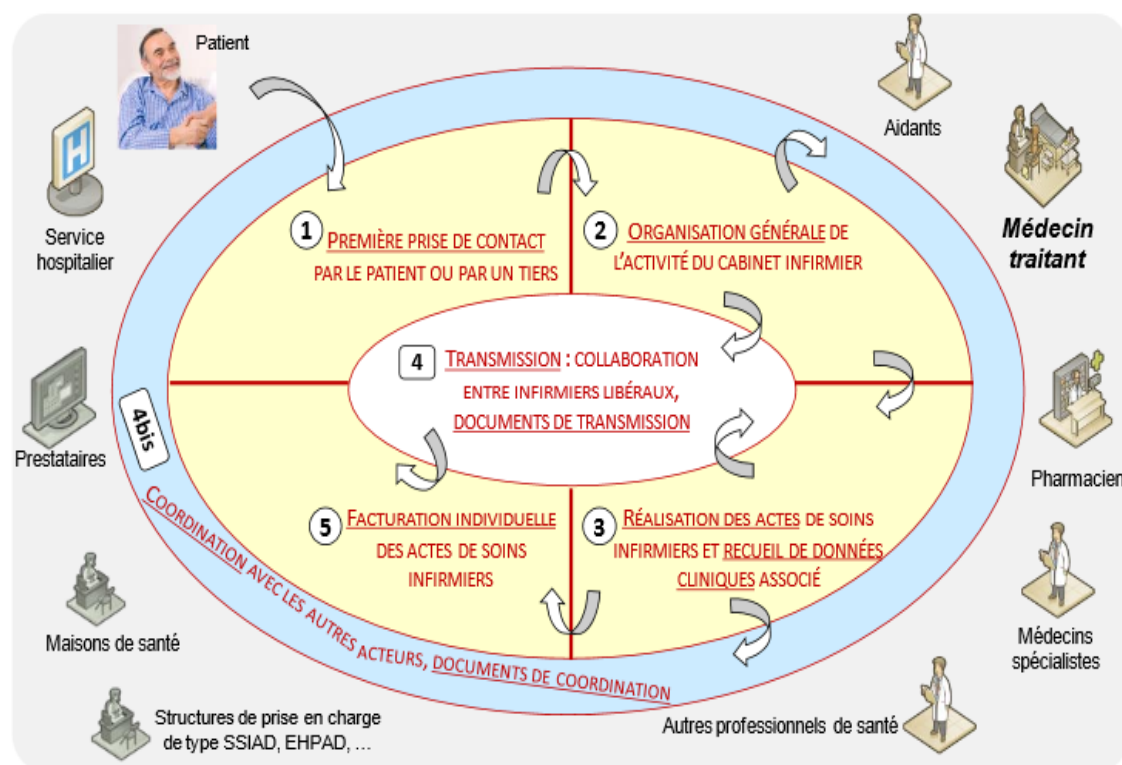
Article R. 4312-48

L'infirmier ou l'infirmière ne peut, dans l'exercice de sa profession, employer comme salarié un autre infirmier, un aide-soignant, une auxiliaire de puériculture ou un étudiant infirmier

Annexe 6 : Carte densité IDEL



Annexe 7 : Schéma activité IDEL



Source :

Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé « Etude prospective du SI des Infirmiers en exercice libéral » le 16 mai 2013 V3 [en ligne] [consulté le 14 mai 2015]
Disponible sur :
http://esante.gouv.fr/sites/default/files/20130516_ASIP_Etude_SI_Infirmiers_20130327_v3_2_BD.pdf

Annexe 8 : Questionnaire



Questionnaire destiné aux infirmiers libéraux

Ce questionnaire a pour objectif d'explorer vos besoins en formation continue et de recueillir votre avis sur la proposition d'un partenariat entre vous et l'Institut de Formation en Soins Infirmiers.
Respect de l'anonymat garanti

*Obligatoire

Vous êtes : *

- Un homme
- Une femme

Votre âge se situe entre : *

Votre nombre d'années d'exercice en libéral? *

Vous exercez : *

- seul(e)
- en cabinet de groupe
- en tant que remplaçant

Vous faites partie : *

- d' un pôle de santé
- d' une maison de santé
- aucun

Depuis que vous exercez, avez vous le sentiment que le profil de votre activité à évolué? *

- Oui
- Non

Si oui, cette évolution vous a t-elle mise en difficulté dans votre pratique?

si oui, précisez dans quel domaine

- Oui
- Non

Avez-vous entendu parler du Développement Personnel Continue (DPC) ? *

- Oui
- Non

Si oui , par quel canal de communication

plusieurs réponses possibles

- Par des lectures professionnelles
- Par les médias
- Sur internet
- Par vos collègues
- Syndicat
- Autres

Votre opinion concernant le D.P.C *

Avez-vous eu des échanges avec un institut de formation (ex : IFSI) *

- Oui
- Non

Si oui, dans quelle(s) circonstance(s)

- Encadrement d'étudiant
- Guidance de mémoire
- Dispensation de Cours
- Jury de concours
- Tutorat
- Autre

Si non, précisez le motif

- Non sollicité
- Manque de temps
- Manque d'informations
- Autre

Vos 3 dernières formations suivies : *

Pouvez en citer : leurs intitulés, leurs lieux , la durée et les organismes de formation

Souhaiteriez-vous suivre davantage de formation ? *

- Oui
- Non

Pouvez vous me citer les formations correspondant à vos besoins actuels? *

XXX

Marie-Noëlle Le Deunff-Etienne -

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2014-2015

Quels sont vos critères pour choisir une formation *

plusieurs choix possible

- Le programme
- L'intérêt personnel
- L'intérêt professionnel
- La qualité du prestataire
- La proximité géographique
- Le coût de la formation
- Les horaires adaptés
- Autre

Les obstacles qui vous empêchent de suivre une formation sont : *

plusieurs choix possible

- Le coût de la formation
- La perte de salaire
- Le manque de temps
- L'offre de formation qui ne correspond pas à votre demande
- Le lieu de formation proposé
- Autre

Vos attentes vis à vis d'une formation : je souhaite qu'elle soit : *

- Technique
- Théorique
- En petit groupe
- Individuelle
- Autre

Le Déroulement de la formation : *

- En demi journée
 - En journée
 - En continue sur plusieurs jours
 - En période fractionnée
 - Le matin
 - L'après midi
-

Le choix du lieu de formation *

Votre période la plus propice pour suivre une formation : *

- Janvier à Mars
- Avril à Juin
- Septembre à Octobre
- Novembre à Décembre
- Hors période scolaire
- Sans importance

Les jours de la semaine que vous souhaitez pour suivre une formation *

- Lundi
- Mardi
- Mercredi
- Jeudi
- Vendredi
- Sans importance

Vous percevez l' Institut de Formation comme un lieu de : *

Pusieurs réponses possibles

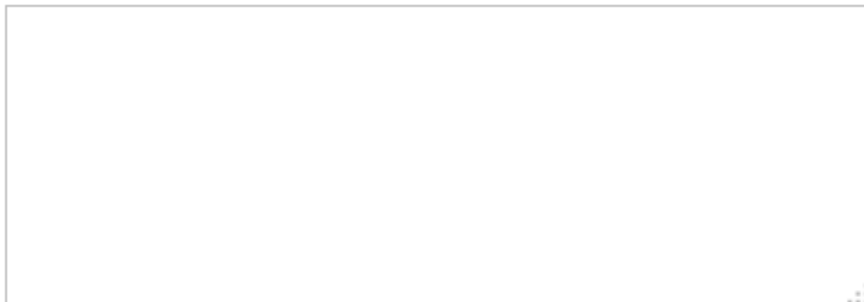
- Formation infirmière
- Formation Aide Soignant
- Formation Ambulancier
- Formation Continue
- Autre

Seriez-vous favorable pour participer à des formations organisées en partenariat avec l'Institut de Formation *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

pas du tout d' accord ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ tout à fait d' accord

Commentaires ou Suggestions concernant ce partenariat entre vous et l' Institut de Formation



Etes vous syndiqué (e) ? *

si Oui, quel est le nom du syndicat

- Oui
- Non

Annexe 9 : ENTRETIENS

Entretien avec Mme Le Rumeur
Directrice de la formation continue
le 18 .03.2015

OGDP : il en existe un seul en France.

Les structures qui développent une formation doivent avoir un agrément ODPC ; Le CH est agréé ODPC, et non l'IFSI.

OGDPC est un organisme national, il ne connaît que les ODPC qu'il a validé : agrément provisoire ou définitif : le CH a une validation provisoire ; pour être définitivement agréer, le programme doit passer devant le conseil scientifique qui se trouve au sein de l'OGDPC. OGDPC ne connaît que le CHSB, et les organismes de formation (Grieps...) qui ont eu leur agrément.

A l'intérieur du CHSB, c'est une structuration interne (IFSI, CESU..) : pour l'ODPC, le plus petit niveau c'est le CH. l'IFSI représente le CH

Le CH ne fait pas de formation à l'extérieur à ce jour : uniquement pour les professionnels du CH.

La formation professionnelle tout au long de la vie (FPTLV) : décret 21 aout 2008 antérieur au DPC ; pas de notion d'Analyse de Pratique ce qui n'empêchait pas d'essayer de connecter le cognitif à l'AP mais il n'y avait pas d'obligation. Ce n'est que de la formation

En 2008 : -le PNM (personnel non médicaux) ce qui veut dire les administratifs, techniques, ouvriers, para médicaux, donc tout le personnel hospitalier géré par la DRH
FPTLV = tout le personnel hospitalier : PNM : (soignants, médico –techniques, ouvriers, administratifs) : tout le personnel sauf les médicaux.

-le PM (personnels médicaux) avec la FORMATION MEDICAL CONTINUE :
FMC : pas inclus dans la FPTLV.

Le DPC concerne les médecins, qui n'étaient pas dans la FPTLV et les soignants qui sont dans la FPTLV mais qui ne constituent pas à eux seuls le champ complet de la FPTLV.

Le DPC n'a pas le même périmètre que la FPTLV : Les soignants comme les médecins sont tenus d'être inscrit dans un programme DPC/an depuis le 1^{er} janvier 2013 ;

Mais pour les soignants la FPTLV vaut DPC (ce qui n'est pas vrai pour les médecins) pour une période transitoire non définie.

XXXIV

Marie-Noëlle Le Deunff-Etienne -

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2014-2015

DPC : pour les médecins et les soignants sachant qu'il y a une plus grande urgence chez les médecins car les soignants sont couverts par la FPTLV si tant est qu'ils travaillent dans un CH ; Les libéraux sont soumis au DPC.

Avant les médecins avaient la FMC et ils allaient se former : ce sont de très grands utilisateurs de formation.

DPC médicaux : - une des principales logiques du DPC : mettre en relation la pédagogie/Analyse de Pratique/Indicateurs qualité : ce qui est tout à fait logique et normal

- mais aussi de freiner le financement des industries pharmaceutiques. Il n'y a pas longtemps encore, les laboratoires payaient directement aux médecins un congrès aux USA, un restaurant, hôtel tout confort avec plage à proximité.. (Conflit d'intérêt). Avec le DPC pour financer le DPC médical, les laboratoires mettent leurs enveloppes dans un pot commun que nous ont réutilisé. C'est un des objectifs DPC accéléré par l'effet médiateur : les dessous de table : on achetait les médecins : c'est pour mettre un coup d'arrêt à cela. Le DPC est très vite ciblé sur les médecins. Ils se formaient de trop peut être !!

Mais il y a aussi les médecins qui ne se formaient pas du tout. Certains étaient formés que par les visiteurs médicaux qu'ils rencontraient !! Pas très rassurant.

Autour du DPC : Beaucoup de travail sur le non conflit d'intérêt ; les formateurs pour le CH de St-Brieuc, doivent fournir leur attestation de non conflit d'intérêt et leur casier judiciaire.

Entre le FPTLV et le DPC : Pas le même budget pour les médecins .Par contre pour les soignants, c'est le même (leur DPC vient sur le budget FPTLV) ; les 2 budgets sont séparés et on doit cotiser une part de la masse salariale pour la FPTLV et pour le DPC : médical : obligation nationale

La formation peut être d'une durée de 1h ou 2 ; intérêt que l'on connecte cognitif, AP et indicateurs qualité mais il n'y a pas de temps défini. Les établissements ont intérêt de former sur des durées très courtes pour pouvoir former tout le monde.

Enjeu assez fort pour l'établissement : enjeu d'efficacité de connecter les apports cognitifs aux AP : c'est d'améliorer la qualité de la prise en charge du patient. Culture : Qualité/sécurité ; Dispositif très intéressant mais assez compliqué à mettre en place.

Le DPC augmente-t-il le nombre de formation dans le concret ? Concernant les soignants, nous avons faits quelques informations mais à mon avis c'est loin de leur préoccupation. Tout cela leur est un peu égal : DPC ou FPTLV !! Peu importe. D' autant que nous avons beaucoup mis l'accent sur les médecins. Enjeux beaucoup plus fort pour les médecins. Nous n'avons pas consacré beaucoup de temps à communiquer car les soignants sont encore concernés par la FPTLV. Nous avons un gros gros chantier sur les médecins. Dans l'absolu, tous les médecins devraient avoir une formation DPC dans l'année mais

XXXV

Marie-Noëlle Le Deunff-Etienne -

on n'y arrive pas. C'est pénalisable : interdiction d'exercer la médecine .Ils ont l'air de « s'en foutre » mais nous leur avons dit à plusieurs reprises la sanction donnée dans les textes. L'OGDPc n'a pas les moyens de tout contrôler, l'ordre des médecins contrôlent aussi mais personne ne va tout contrôler, ce n'est pas possible .Par contre, si il y a un problème, un DC..ils vont aller voir et si la personne ne s'est pas donnée les moyens de se former il pourra être dans la situation d'interdiction d'exercer. Les médecins ne sont pas sensibilisés : on les « tanne », on leur dit et redit !!

La formation avec les laboratoires est en train de se tarir car ces derniers ne peuvent pas payer à la fois les congrès et l'OGDPC. Les médecins sont mécontents car les laboratoires paient moins de congrès. Il y a un changement de culture et on fait un gros travail d'accompagnement :

Formé par le CH des IDEL à des pratiques lors de la sortie d'un patient technique : Ça existe depuis longtemps : nous recevons régulièrement des gens en stage par comparaison : des libéraux qui viennent voir. Par contre quand le DPC prendra sa véritable ampleur car nous sommes qu'au début, il est possible que l'on développe (et c'est dans le projet de loi santé) une formation à l'externe sur le bassin briochin, pour des libéraux. On peut penser que les IDEL sont plus éloignés des techniques que les IDE hospitalières. Ce serait normal que nous puissions les former, d' autant plus, qu'ils sont soumis au DPC.

Le CH n'a d'obligation qu'envers ses salariés ce qui est déjà pas mal.

Le DPC est une responsabilité individuelle. Le médecin qui ne s'est pas soumis au DPC engage sa responsabilité en cas de Problème médical ;

Cette vérification se fait, je l'ai connu 2 fois : un professionnel qui avait fait une grosse erreur, la police/ justice est venue me voir.

Cette année, nous faisons un gros travail sur l'accompagnement des médecins, pour communiquer, les informer sur le sujet, et nous mettons en place une gouvernance sur le CH de Saint-Brieuc : Le directeur qualité sera responsable de la partie DPC avec un volet formation ici et un volet AP au niveau de la qualité. Après c'est une autre question : voir comment ça s'articule avec le CESU et IFSI qui sont les 2 Prestataires de formation.

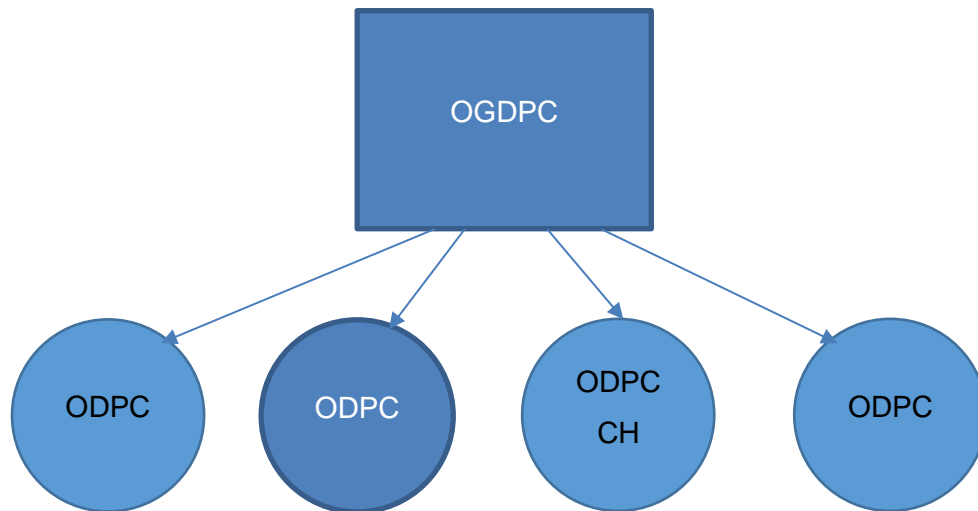
Nous avons 2 missions : nous sommes formateur mais avec obligation de s'assurer que nos salariés se forment. La responsabilité est individuelle. Nous ne sommes pas si mal que cela car 70% du personnel sont formés dans l'année. Le Niveau dans la hiérarchie à un impact sur le fait d' aller en formation : plus les gens sont diplômés, plus ils demandent une formation(pas l' habitude de se remettre en question, analyse de leur pratique plus difficile à faire, peur du regard de l' autre, du jugement, les représentation de l' école...) ;cela se retrouve partout.

XXXVI

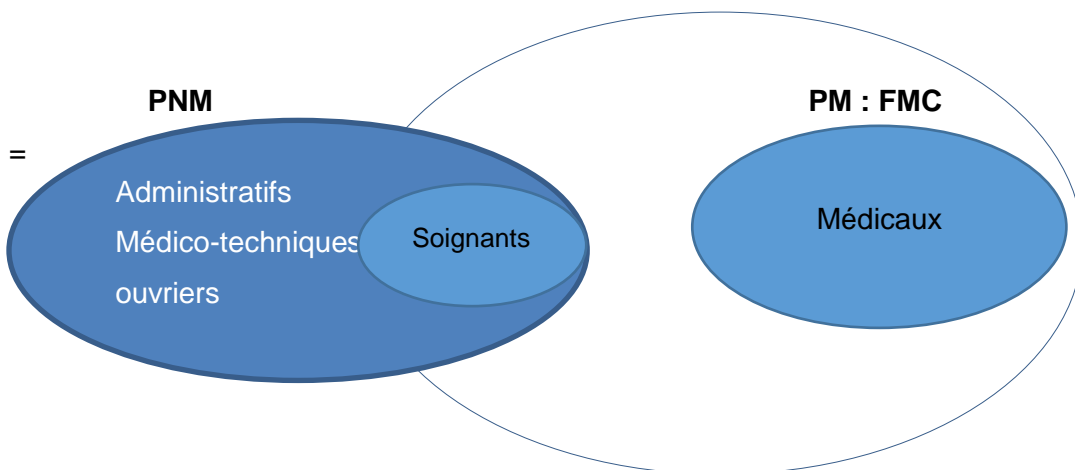
Marie-Noëlle Le Deunff-Etienne -

ANFH : C'est notre OPCA : Organisme Paritaire Collecteur Agrée. Il récupère la cotisation des laboratoires et des CH : « sorte de banque » dont la gouvernance est menée par des membres de syndicats, des directeurs de CH, des employés.

Les hôpitaux sont tenus de verser 2,1% de la masse salariale pour faire de la formation PNM ; L' ANFH se garde une partie des cotisations pour ses frais de fonctionnement et paie ensuite à notre place. Tous les mois le CH verse une somme à l'ANFH.



DPC



Entretien avec un infirmier libéral, représentant syndical de la FNI (Fédération Nationale des Infirmiers)

ENTRETIEN INFORMEL

-Qu' est-ce L'AFCOPIL ?

L'AFCOPIL est un organisme de formation appartenant à un syndicat : La Fédération Nationale des Infirmiers (FNI). Il existe depuis 4 ans et avant c'était l'AFCOPI. La société actionnaire unique est le syndicat. Nous avons fonctionné longtemps uniquement avec le FI-FPL, (fond interprofessionnel des professions libérales). Pour l' instant l'argent du FI-FPL ne va pas à l'OGDPC. On a encore 2 versants :

-FIFPL : c'est l'URSSAF qui recouvre les fonds, financés par les professionnels de santé.

Le DPC est financé par l'assurance maladie pour les IDE conventionnés.

- Pouvez-vous me parler du DPC ?

-Pour faire les formations via l'OGDPC, il y a eu un changement il y a 3 ans. Avant, on agréait les formations une par une à travers les projets pédagogiques: il y avait une commission paritaire nationale de formation continue, où siégeait, à part égale, des représentants de la profession et des représentants des caisses d'Assurance Maladie.

J'étais président de la commission paritaire nationale de la Formation Continue pendant 3 ans car la présidence changeait : une année c'était la caisse, une année c'était les organisations syndicales représentatives.

Pour agréer les formations, c'était une procédure d'appel d'offres, anonyme avec un dossier administratif qui devait être complet, et on agréait le projet pédagogique de chaque organisme. Si l'agrément n'était pas donné, la formation ne pouvait pas se faire. Différence avec le DPC de maintenant, ce n'est plus les projets pédagogiques qui sont validés mais les organismes de formation donc ça ouvre le marché de manière anarchique.

Il n'y a plus de regard à priori sur les formations qui sont prodiguées, par contre, il peut y avoir un contrôle ; Il y en a très peu et donc il y a un filtre qualitatif évident qui n'existe plus. On a à faire sur le marché à une multitude d'organismes de formation (sur le site de l'OGDPC, il y a un grand nombre d'organismes de formation existant sur le marché).

-Dans les côtes d'Armor, il y a le centre CHEM qui réalise beaucoup de formation.

- Pourriez-vous me citer des prestataires de formation présents dans les Cotes d'Armor ?

XXXVIII

Marie-Noëlle Le Deunff-Etienne -

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2014-2015

La revue « Avenir et santé » est une revue professionnelle du syndicat FNI. Cela explique pourquoi on y retrouve souvent cité l'AFCOPIL comme organisme de formation. Les autres organismes qui apparaissent, c'est pour le FI-FPL.

La grosse boîte de formation c'est « Orion santé » ; Historiquement « Orion santé », ce sont des hommes d'affaire. Convergence infirmière a été seule sur le marché pendant 5 ans, de 2002 à 2007 et ces membres ont profité de cette période sans concurrence. C'était le seul syndicat à avoir signé la convention. Ils siégeaient en commission paritaire nationale et il n'y avait qu'eux à siéger. Ils ont à eux seuls 40% du marché. Ils sont partout en France. Orion sont des concurrents et non des partenaires avec l'AFCOPIL ; Eux font de tout comme type de formation. Le gros reproche à leur faire c'est que leurs formateurs soient omniscients et multicalques c'est à dire qu'ils font tout ;

Chez nous, à l'AFCOPIL, nous faisons des formations où chaque formateur a un domaine d'expertise. Moi je fais que la NGAP, une collègue, ancienne journaliste, rédactrice en chef de la revue forme sur la gestion du stress. N. ancien président de la FNESI, pompier infirmier fait la formation sur les gestes d'urgence. M., cadre de santé, possède un D.U plaie et cicatrisation est formé sur la NGAP ; Les 3 vice-présidents de la FNI font la NGAP. B., un juriste, expert au tribunal de caste, peut intervenir sur plusieurs domaines au regard de son bagage important.

AFCOPIL : La revue sort une fois par an : cette année les formations qui se font dans le 22 : NGAP X3, soins d'urgence, gestion des émotions et du stress. Dans certains domaines, nous n'avons pas assez de formateurs. A part le juriste et la journaliste, nous sommes tous des libéraux en exercice à plein temps. Tous les formateurs NGAP, c'est moi qui les forme car j'ai développé une vraie expertise sur ce thème. Je siège en commission de hiérarchisation des actes, je participe à toutes les négociations qui concernent la cotation des actes. Je gère aussi le site, et il y a une rubrique qui s'appelle « la nomenclature » où nos adhérents peuvent poser des questions. Je réponds à entre 10 et 15 questions par jour. C'est un travail rémunéré. J'y passe quand même 1h à 1h30 par jour.

Nous avons quelques formations « plaies et cicatrisations » qui ont été faites l'an dernier. Si nous avons une offre de formation limitée, c'est que l'on se limite à notre expertise. Contrairement à « Orion », organisme de formation créé par un syndicat, maintenant les actionnaires sont des personnes privées. Ils ne font pas toujours des formations de qualité. Je le sais pour être passé derrière eux : transmissions d'erreurs, avec de grosses lacunes de la part des formateurs.

XXXIX

Marie-Noëlle Le Deunff-Etienne -

-Le CNAMT,

-le CEFOR.

Il existe des liens entre le CEFOR et le CNAM : quand on agréait les projets pédagogiques, on retrouvait les mêmes projets pédagogiques.

- HR Formation.

Le lieu de la formation peut se faire où l'on veut mais l'hébergement n'est pas pris en charge.

-Sur le site de l'OGDPC se trouve les thèmes de formation qui doivent correspondre aux orientations nationales de formation.

-Les IDEL sont-ils majoritairement syndiqués ? Un peu moins de 40 % d'IDE sont syndiqués car il y a eu beaucoup d'installations : L'an dernier, nous avons 327 adhérents donc entre 1/3 et 40 %.

Les IDE en exercice, remplaçants compris, nous sommes 900 environ. Chiffres sur le site AMELI.

-Quels sont les syndicats qui existent pour les IDEL ?

Il existe 4 syndicats représentatifs pour les IDEL : FNI, SNIIL (Syndicat National des infirmières et Infirmiers Libéraux), ONSIL et CONVERGENCE.

Les 2 derniers sont en perte de vitesse, avec une perte d'adhérents. Sur le département 22, la FNI représente 330 adhérents environ, le SNIIL: 0 (mais dans d'autres départements ils sont bien présents), convergence : ils sont 3 et ONSIL, une dizaine.

La FNI sur le département est fort : c'est historique et perso-dépendant. Il y avait un taux de syndiqué plus important sur France entière pendant une vingtaine d'années où l'on avait un exercice essentiellement isolé, c'est à dire que les IDEL étaient des professionnels qui exerçaient seuls. A partir du moment où les professionnels ont commencé à se regrouper, le nombre de professionnels a augmenté mais pas forcément le nombre de syndiqués parce qu'il a des cabinets de 7 IDE qui prennent une cotisation. C'est une assurance pour eux. Une cotisation syndicale en libérale ne coûte pas chère par rapport à l'engagement syndicale d'un salarié : il paie 200 euros à l'année avec un revenu moyen autour de 50 000 euros (salaire en libéral oscille autour de 74 000 euros de chiffres mais avec un nombre d'heures de travail important). Le nombre d'heures de travail par jour est variable : plus les cabinets sont organisés, moins on fait d'heures, après on a des journées de travail avec des amplitudes horaires importantes mais avec des repos derrière. Les heures de

XL

Marie-Noëlle Le Deunff-Etienne -

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2014-2015

coupures servent à faire l'administratif. Une journée de travail c'est plutôt 12- 13 heures que 7 heures. Maintenant, moi je travaille moins que je l'ai fait avec un revenu plus confortable parce que l'on mutualise les contraintes, la continuité des soins, la permanence des soins. Quand tu es seul, tu y es 24/24 h.

- **Que pensez-vous du DPC ?** Tous les professionnels ne suivent pas une formation/an : s'ils ne le font pas, c'est l'ordre IDE qui va s'en occuper. Mais il ne se passera rien car ils n'ont pas les moyens de gérer. L'ordre qui est une coquille vide. C'est Madame Bachelot qui la détruit en déclarant devant des directeurs d'hôpitaux qu'elle ne les poursuivrait pas s'ils emploieraient du personnel non inscrit au tableau : résultat, il y a 80% des salariés qui sont non inscrit au tableau. Un ordre que pour les libéraux n'a pas de sens : la spécificité d'un ordre c'est de fédérer et de regrouper tous les types d'exercice et c'est la profession qui se prend en main sans avoir besoin de hiérarchie hospitalière. Tu peux échapper à ta hiérarchie hospitalière. Par exemple, si ton directeur de soins ne respecte pas le code de déontologie ou s'il y a une politique de santé au sein de l'établissement qui n'est pas conforme à ton éthique et à ce que l'ordre préconise, l'ordre est garant de la qualité des soins auprès des assurés.

Cela n'a pas fonctionné parce que les organisations syndicales salariées ont perçus l'ordre, comme ils perçoivent ainsi tous les ordres, comme des instances supplémentaires, perçues comme pouvant faire de l'ombre aux syndicats parce que c'est une organisation à cotisation obligatoire. Ils ont pensé à tort ou à raison que les cotisations obligatoires entraîneraient, de fait, une baisse de syndicalisation chez les IDE, qui est déjà très très faible. Les centrales syndicales travaillent plus avec les AS et les agents que les IDE ou les cadres de santé.

Il y a environ 80 000 professionnels libéraux, en moyenne et on en forme 8000 par an. Maintenant on nous demande d'en former 80 000 tous les ans à budget constant sauf que si on avait 25% des professionnels à vouloir se former la même année, les fonds ne suffiraient pas.

-Nous, par rapport aux médecins, on n'a pas de fonds abondés par l'industrie pharmaceutique. Ces derniers financent l'ordre des médecins sans aucune contrepartie (obligation qui leur est faite de financer le fond formation des médecins sans avoir de regard sur le type de formation). L'AM en finance une partie et les industries pharmaceutiques abondent aussi, ce qui fait que les médecins ont des jours de formation payés.

-Voir le Cahier des charges de l'OGDC pour être validé ODPC.

C'est une journée et demie par an. Les IDEL sont indemnisés de tout : crédit de formation d'une journée et demie (cout de l'organisme de formation compris). Chiffres précis sur le site OGDPC.

Enjeu politique du DPC pour les libéraux ? Que l'on ait des professionnels sur le terrain qui soient formés et qui remettent à jour leurs connaissances .Mais dans le cas actuel des fonds de l'OGDPC, si tu veux te former, tu te formes à tes frais.Ca reste déductible de notre chiffre d'affaire.

Quels partenariats pourrait-on créer avec l'IFSI ? Pas de réponse... me parle de l'UNPS (union nationale des professionnels de santé) née de la loi HPST.

URPS sont des collègues d'élus ; La prochaine élection a lieu en octobre prochain : chantier innommable avec la reforme territoriales des régions. Les Listes sont présentées par les syndicats nationaux représentatifs : 4 listes par région, les élus le sont pour 5 ans. Je suis vice-président de l URPS, vice-président de l'union nationale FNI, vice-président de l'union régionale des professionnels de santé et Président départementale du syndicat.

-Question à nouveau sur les besoins en formation des IDEL : faut se méfier ; Nous on a fait des sondages assez représentatifs auprès de nos cadres et de nos adhérents sur leurs souhaits de formation ; Un souhait a émergé largement : on a fait la formation, on les a toutes annulées car personne n'y est venu. POURQUOI : on n'a pas la réponse ; C'est curieux : il n'y pas de recette miracle. Et puis il y a de la concurrence : 27 boites sur le département

Pas de réponse sinon que le terrain est miné. Beaucoup de monde sur le marché et avec un budget restreint

Tu peux faire venir les IDE sur des formations non rémunérées mais il faut que ça les passionnent.

OGDPC indemnise .Tous les IDEL ne le savent pas sauf ceux qui sont syndiqués. Mais moi j'essaie de remplir mes formations donc je fais de l'information auprès de tous les IDEL.

Avant ils avaient 7 jours, ils faisaient 2 formations par an, maintenant avec 2 jours, ils l'a choisissent.

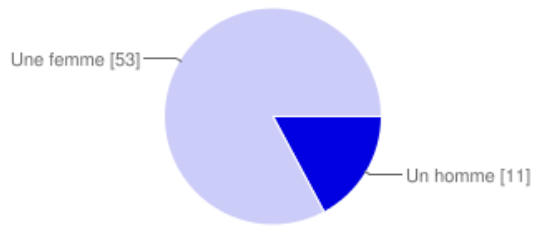
Le e-learning⁶² ou formation en ligne : non présentiel : dans le cadre de L'OGDPC tu peux avoir des formations mixtes (une partie présentielle et une partie non présentielle) mais le cahier des charges est assez exigeant et tu as des phases à respecter dans le déroulé de la formation et notamment sur l'évaluation immédiate et à distance. C'est un vrai métier, il faut faire du phoning, de la relance,

Je n'ai pas le droit de faire partie de l'AFCOPIL car je suis déjà formateur. Faisant partie de la commission paritaire de l'OGDPC : déclaration de non intérêt

⁶² www.elearning-cegos.fr : Ensemble des solutions et moyens permettant l'apprentissage par des moyens électroniques

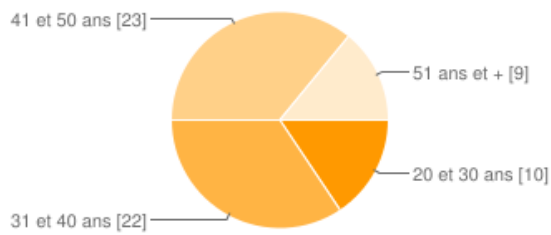
Annexe 10 : Analyses

Vous êtes :



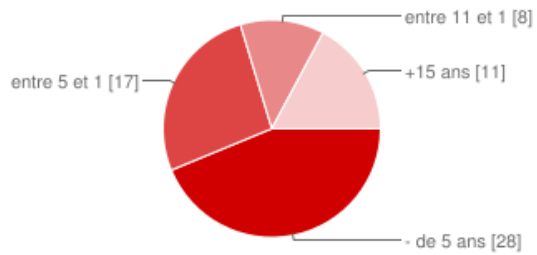
Un homme	11	17.2 %
Une femme	53	82.8 %

Votre âge se situe entre :



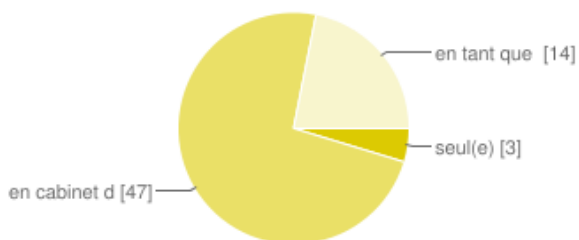
20 et 30 ans	10	15.6 %
31 et 40 ans	22	34.4 %
41 et 50 ans	23	35.9 %
51 ans et +	9	14.1 %

Votre nombre d'années d'exercice en libéral?



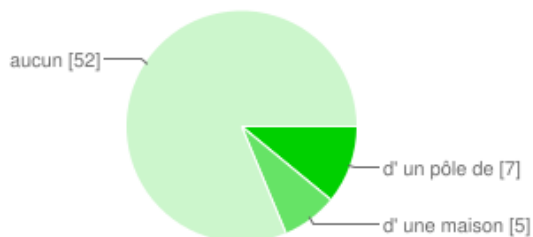
- de 5 ans	28	43.8 %
entre 5 et 10 ans	17	26.6 %
entre 11 et 15 ans	8	12.5 %
+15 ans	11	17.2 %

Vous exercez :



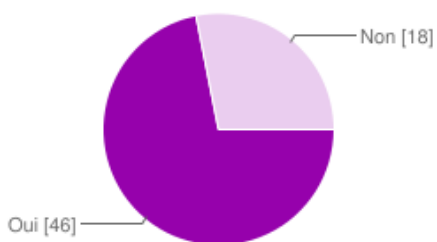
seul(e)	3	4.7 %
en cabinet de groupe	47	73.4 %
en tant que remplaçant	14	21.9 %

Vous faites partie :



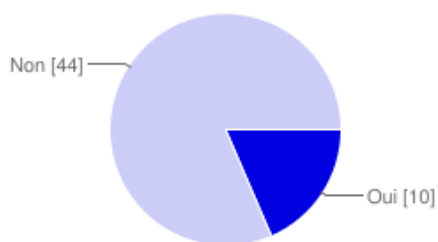
d' un pôle de santé	7	10.9 %
d' une maison de santé	5	7.8 %
aucun	52	81.3 %

Depuis que vous exercez, avez vous le sentiment que le profil de votre activité à évolué?



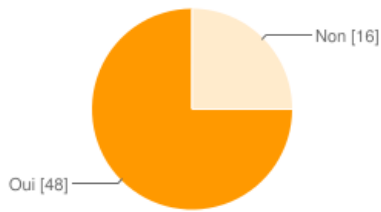
Oui	46	71.9 %
Non	18	28.1 %

Si oui, cette évolution vous a t-elle mise en difficulté dans votre pratique?



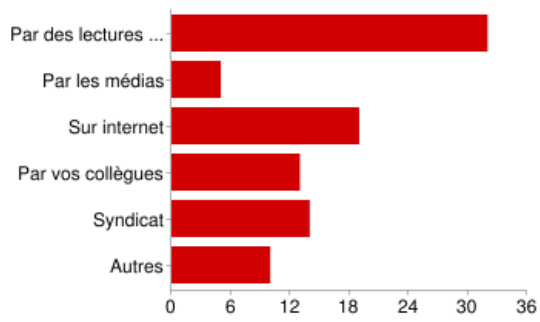
Oui	10	18.5 %
Non	44	81.5 %

Avez-vous entendu parler du Développement Personnel Continue (DPC) ?



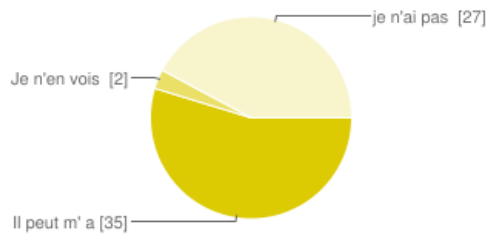
Oui	48	75 %
Non	16	25 %

Si oui , par quel canal de communication



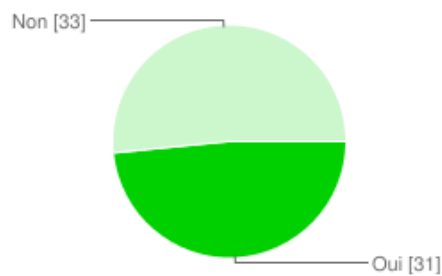
Par des lectures professionnelles	32	66.7 %
Par les médias	5	10.4 %
Sur internet	19	39.6 %
Par vos collègues	13	27.1 %
Syndicat	14	29.2 %
Autres	10	20.8 %

Votre opinion concernant le D.P.C



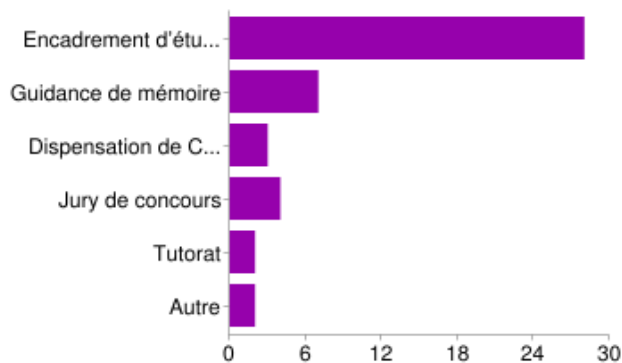
Il peut m'apporter une plus value professionnelle	35	54.7 %
Je n'en vois pas l'intérêt	2	3.1 %
je n'ai pas d'avis particulier sur le DPC	27	42.2 %

Avez-vous eu des échanges avec un institut de formation (ex : IFSI)



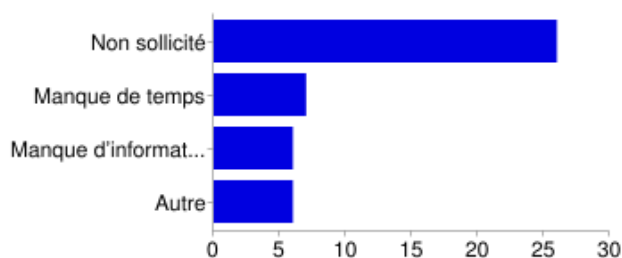
Oui	31	48.4 %
Non	33	51.6 %

Si oui, dans quelle(s) circonstance(s)



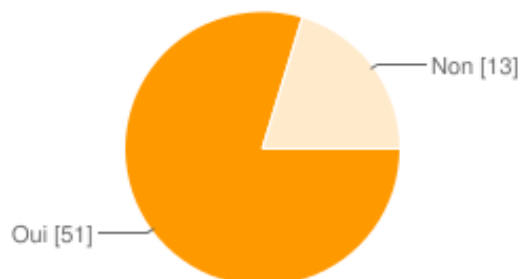
Encadrement d'étudiant	28	90.3 %
Guidance de mémoire	7	22.6 %
Dispensation de Cours	3	9.7 %
Jury de concours	4	12.9 %
Tutorat	2	6.5 %
Autre	2	6.5 %

Si non, précisez le motif



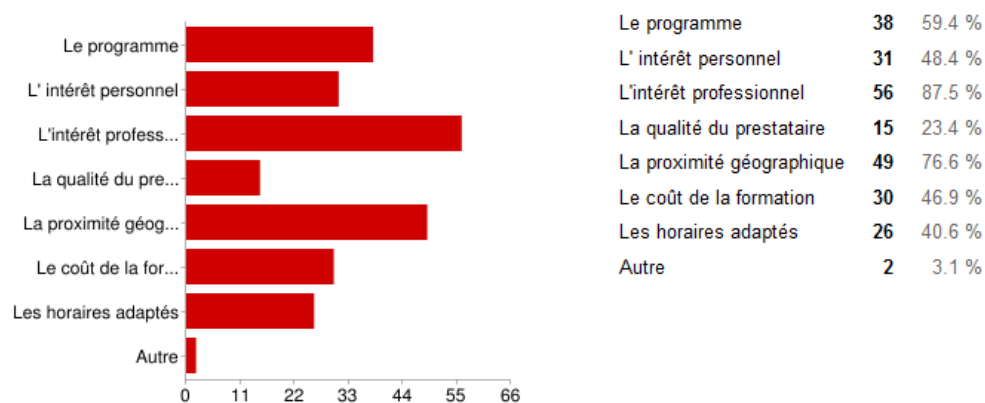
Non sollicité	26	74.3 %
Manque de temps	7	20 %
Manque d'informations	6	17.1 %
Autre	6	17.1 %

Souhaiteriez-vous suivre davantage de formation ?

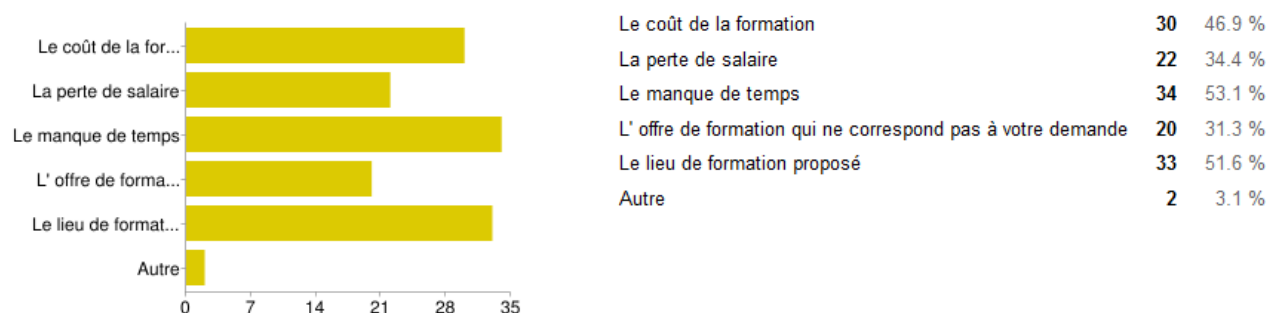


Oui	51	79.7 %
Non	13	20.3 %

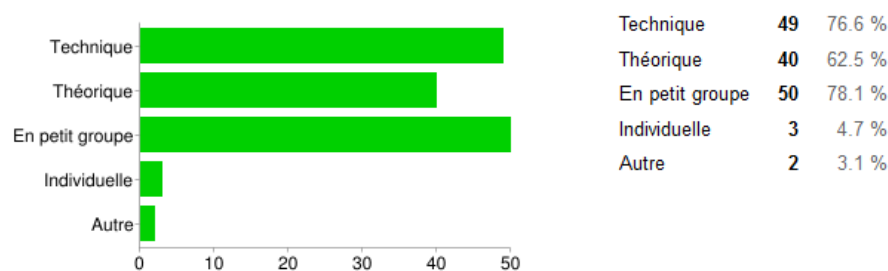
Quels sont vos critères pour choisir une formation



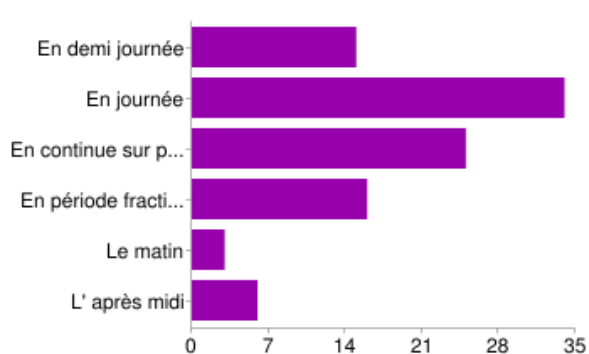
Les obstacles qui vous empêchent de suivre une formation sont :



Vos attentes vis à vis d' une formation : je souhaite qu' elle soit :

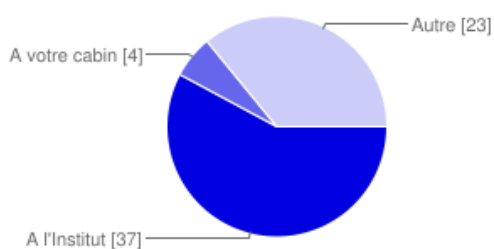


Le Déroulement de la formation :



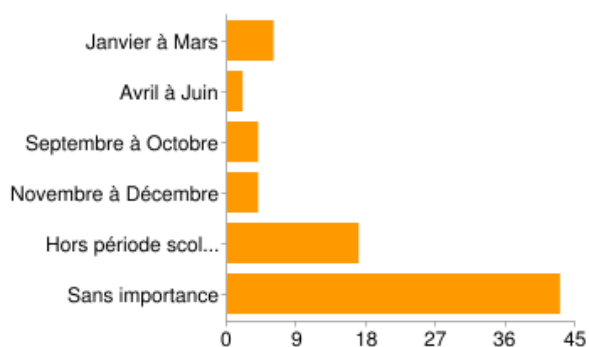
En demi journée	15	23.4 %
En journée	34	53.1 %
En continue sur plusieurs jours	25	39.1 %
En période fractionnée	16	25 %
Le matin	3	4.7 %
L'après midi	6	9.4 %

Le choix du lieu de formation



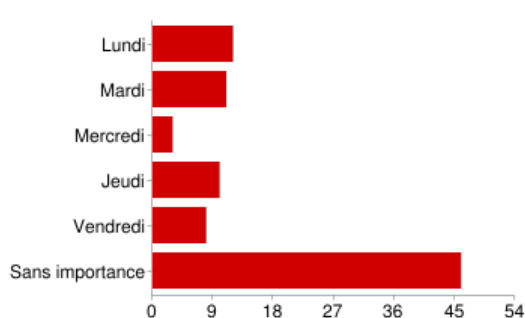
A l'Institut de Formation	37	57.8 %
A votre cabinet	4	6.3 %
Autre	23	35.9 %

Votre période la plus propice pour suivre une formation :



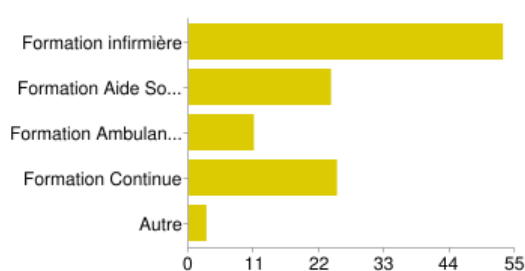
Janvier à Mars	6	9.4 %
Avril à Juin	2	3.1 %
Septembre à Octobre	4	6.3 %
Novembre à Décembre	4	6.3 %
Hors période scolaire	17	26.6 %
Sans importance	43	67.2 %

Les jours de la semaine que vous souhaitez pour suivre une formation



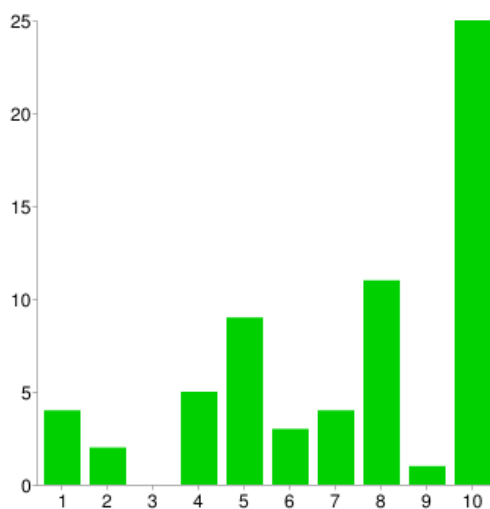
Lundi	12	18.8 %
Mardi	11	17.2 %
Mercredi	3	4.7 %
Jeudi	10	15.6 %
Vendredi	8	12.5 %
Sans importance	46	71.9 %

Vous percevez l' Institut de Formation comme un lieu de :



Formation infirmière	53	82.8 %
Formation Aide Soignant	24	37.5 %
Formation Ambulancier	11	17.2 %
Formation Continue	25	39.1 %
Autre	3	4.7 %

Seriez-vous favorable pour participer à des formations organisées en partenariat avec l'Institut de Formation



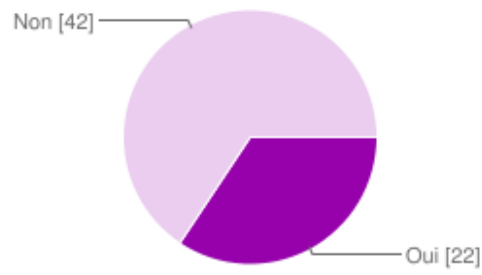
1	4	6.3 %
2	2	3.1 %
3	0	0 %
4	5	7.8 %
5	9	14.1 %
6	3	4.7 %
7	4	6.3 %
8	11	17.2 %
9	1	1.6 %
10	25	39.1 %

L

Marie-Noëlle Le Deunff-Etienne -

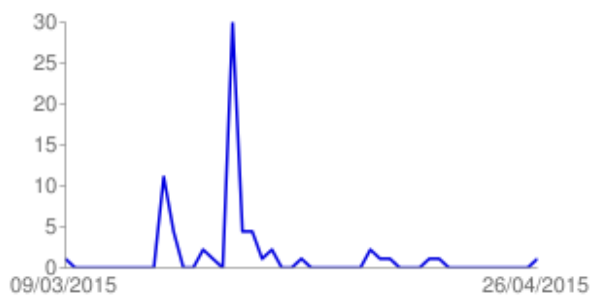
Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2014-2015

Etes vous syndiqué (e) ?



Oui	22	34.4 %
Non	42	65.6 %

Nombre de réponses quotidiennes



Annexe 11 : Formations continues suivies par les IDEL sur les trois dernières années

Thèmes des formations	Nombre d'IDEL ayant la formation	Organismes de formation Lieu et temps
Plaies et cicatrisation	Total : 20	- ?-Congrès à paris - 1 journée - ?-Caen- 3jours -Orion par foad- ?- ? - ?- Paimpol - 1 journée -CNAM- Vannes- 2 jours -Quimper : 2 jours -CHU- Rennes(Visio conférence)- ? - ?- ?- ? (e-learning) -Chem : Plancoët : 2 soirées
NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels	Total : 18	-Afcopil- ?- 2 jours -Orion –Vannes- 2 jours - ?- Brest- ? - ?-Quimper- ?
FGSU 2 (Formation des Gestes et Soins d' Urgence) :3 jours	Total : 12	- CESU 22 -CH St Brieuc- 3jours -CH Carhaix- 3 jours
-Diabète	Total : 12	-Non renseigné -Orion - Quimper -2 jours -Orion – Vannes- ? -Orion-Rennes- ? - ?- Nantes - 2 jours - ?- ?- ? en e-learning
-EDT sur le diabète	1 Total : 13	- ?- ?-plusieurs journées sur 1an

Chimiothérapie à domicile	Total : 5	-Orion- ?- ? -Chem – Brest - 2 jours -CNAM- Brest - 2 jours
Picc- line (cathéter veineux central inséré dans la veine d'un membre supérieur.)	Total : 4	-CH -Carhaix - 2h -Laboratoire- ?- 4h -Orion – Rennes- ?
Douleur	Total : 4	-Chem- Rostrenen- ? -CH –Lannion- ?
Sclérose en Plaque	Total : 3	-Non renseigné - ?- Plérin (22) - ? -Chem- St-Brieuc - 1 journée
Techniques pansements	Total : 2	- laboratoire -Saint- Malo- 1 matinée -Non renseigné
Formation Word	Total : 2	- CH -Carhaix - 2 jours -non renseigné
Bonnes pratiques biologique	Total : 2	-Non renseigné -Laboratoire d'Analyses Médicales à Perros-Guirrec- ?
Hypnose	Total : 2	-Non renseigné -Emergence- Rennes- sur 2ans
Conduites addictives	Total : 2	-Lannion - ?- 2jours -CNAM - Nantes - 2 jours
Anticoagulants	Total : 2	-Chem à Brest - ? - Non renseigné-CNAM
Formation Nutrition et Précarité Nutrition et Personne âgée	Total : 2	- Non renseigné -CNFPT (Centre national de la fonction publique territoriale) - ?- 2 jours
Chambre implantable	Total : 2	-Non renseigné -Orion – Rennes- ?
Dialyses péritonéales	Total : 1	-Non renseigné
IDE face à une situation d'urgence	Total : 1	-Afcopil - Rennes - 2 jours
Gestion de l'agressivité	Total : 1	-CH –Lannion- ?

Pathologies psychiatriques et déficience mentale en ambulatoire	Total : 1	- ?- Nantes- 2 jours
Soins palliatifs	Total : 1	-Réseau Palliatif de Pontivy- ?
Détection de la crise suicidaire	Total : 1	-CH de Bégard - 6 jours
Oxygénothérapie à domicile	Total : 1	-Non renseigné
AVC	Total : 1	-Orion - Vannes - 2 jours
Master 1 management en santé	Total : 1	-Non renseigné
DU Douleur	Total : 1	- Non renseigné
Master Education Thérapeutique	Total : 1	-Non renseigné
Pathologies cardio-vasculaires	Total : 1	-Orion - Nantes - 2jours
Master 2 ingénierie de l'Education thérapeutique	Total : 1	-Non renseigné
Humanitude	Total : 1	-EHPAD - Pommerit Le Vicomte - 5 jours
L'exercice libéral au quotidien	Total : 1	-MACSF- Rennes - 1 journée
Nidcap : (1) Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program	Total : 1	- ?- Brest- 2 jours
Coordination à domicile (organisation et dossier de soins)	Total : 1	-Orion - St-Brieuc- ?
Auto gestion du stress et des émotions	Total : 1	- Non renseigné
Vac thérapie	Total : 1	- ?- Locaux de l'HAD- 4h
Hygiène	Total : 1	- ?- Locaux de l'HAD - 4h
SIDA	Total : 1	- Non renseigné
Prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer	Total : 1	- Non renseigné
La bientraitance	Total : 1	- Non renseigné
DU Plaies et brûlure et cicatrisation e-learning	Total : 1	Nantes
Aucune formation suivie	Total : 7	

(1) Ensemble des stratégies environnementales et comportementales afin de favoriser le développement harmonieux du nouveau-né à terme ou prématuré.

LIV

Marie-Noëlle Le Deunff-Etienne -

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2014-2015

**Annexe 12 : SOUHAITS DES FORMATIONS A SUIVRE PAR LES IDEL A L'ISSU
DE MON QUESTIONNAIRE**

Thèmes de formation souhaitée	Nombre de demande sur 64 réponses
Plaies et cicatrisation	18
DU plaie -brûlure et cicatrisation	2
Les pansements	8
Prise en charge du patient diabétique à domicile	15
Dialyse à domicile	2
Chimiothérapie à domicile	11
Chambre implantable	1
Pompe à morphine et Pompes électriques	1 et 1
Picc line	2
Soins palliatifs à domicile	9
Douleur	6
Hypnose	1
Deuil	1
Gestes et Soins d'Urgence	9
Prise en charge des ruptures d'anévrisme	1
Prise en charge de patients souffrant de pathologies psychiatriques	1
Gestion de l'agressivité et de la violence	1
Gestion du stress	1
Communication patient/soigné	1
Epuisement professionnel	1
La souffrance au travail	1
Nomenclature	4
Aide à la prescription	1
Comptabilité en libéral	1
Formation sur l'exercice de l'IDEL	1
Gestion d'un cabinet	1
Regroupement de plusieurs cabinets : type pôle	2

LV

Marie-Noëlle Le Deunff-Etienne -

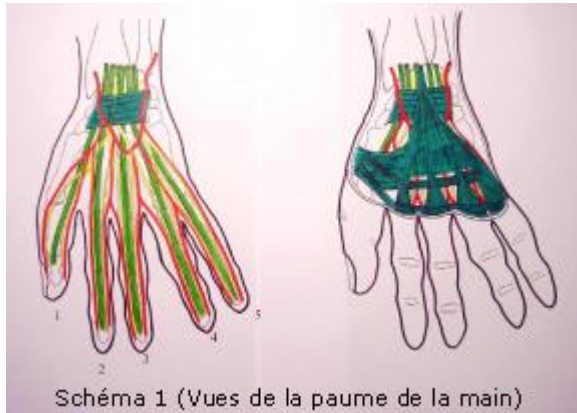
de santé	
Evolution des transmissions pour les adapter au contexte libéral	1
Management	1
Coordination entre les différents professionnels de santé	1
Anticoagulants	2
Pathologies cardio-vasculaires	2
Artérite	1
Hypertension et surveillances	1
Arrêt du tabac	1
Les addictions	1
Alimentation et Personnes âgées	1
Iatrogénie médicamenteuse et gériatrie	2
Affections neurologiques type Alzheimer, Parkinson	2
Personnes âgées isolées	1
Mucoviscidose	1
Différents protocoles de Fécondation In Vitro (FIV)	1
Prise en charge du patient en Hospitalisation A Domicile (HAD)	1
Remise à niveau de la pose de sonde vésicale	1
Remise à niveau de l'ablation du drain de Redon	1
Tutorat étudiant	1
Aucune formation	2

Les formations ont été classées par thèmes

Annexe 13 : Pathologies de la main et du poignet

Pathologies de la main et du poignet Maladie de Dupuytren

ANATOMIE (schéma 1):



A la paume de la main, cheminent les tendons fléchisseurs (*ils se terminent au bout des doigts et permettent de les plier*), les nerfs qui se divisent pour les 2 côtés de chaque doigt (ils donnent la sensibilité aux doigts), et les vaisseaux qui vascularisent les doigts (*2 vaisseaux pour chaque doigt*).

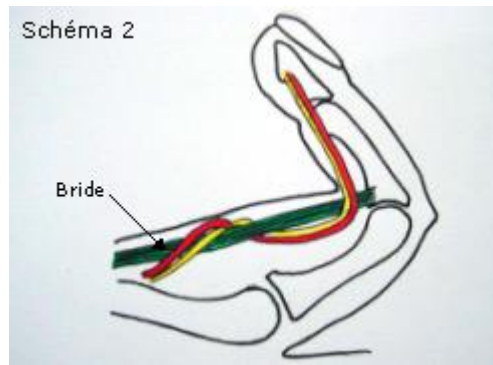
Ces éléments sont représentés sur le schéma de gauche (*tendons en vert clair, nerfs en jaune, et vaisseaux en rouge*). Ces éléments « nobles » sont protégés par une nappe de tissu fibreux qui les recouvre et les sépare de la peau : ce tissu fibreux de protection est appelé aponévrose palmaire, il est représenté en vert foncé.

LA MALADIE DE DUPUYTREN :

Il s'agit d'une maladie décrite pour la première fois en 1832 par un chirurgien français, le Baron de Dupuytren. Dans cette maladie, il existe un épaissement et une hypertrophie de l'aponévrose palmaire avec 2 types de lésions :

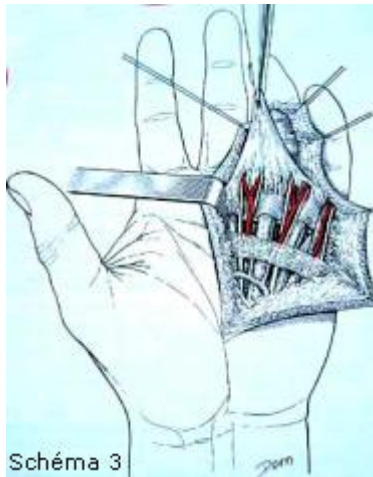
***Les nodules** : il s'agit de boules, correspondant à l'épaississement localisé de l'aponévrose, à la paume de la main ou des doigts.

***Les brides** : il s'agit d'un épaissement en longueur de l'aponévrose, au niveau de la paume, au niveau d'un doigt, ou à cheval sur les 2. L'épaississement de l'aponévrose s'accompagne souvent d'une rétraction, ce qui tire sur le doigt qui alors ne peut plus s'étendre complètement. Les vaisseaux et nerfs des doigts s'enroulent souvent autour des brides (schéma 2).



La maladie de Dupuytren peut atteindre plusieurs doigts sur une main, et les plus fréquemment atteints sont le 5^e et le 4^e. Les 2 mains peuvent être atteintes, plus rarement les pieds.

Cette maladie atteint plus souvent les hommes que les femmes. Elle peut être favorisée par l'existence d'un diabète, la prise de certains médicaments, la consommation excessive d'alcool, et elle est parfois familiale

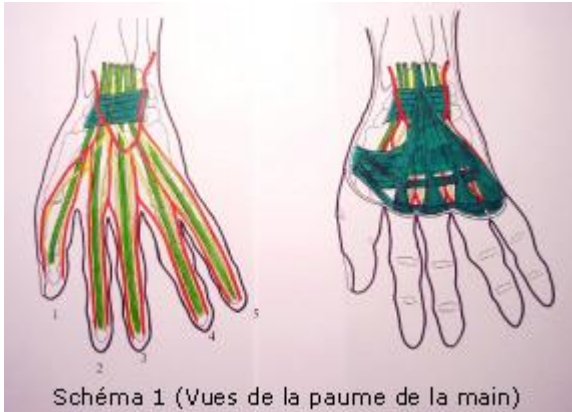


LE TRAITEMENT:

Tant qu'il n'y a pas de déficit de l'extension des doigts et qu'on peut mettre la main à plat, il n'y a pas d'indication à opérer.

Quand en revanche un déficit apparaît, le traitement est justifié. En cas de bride souple, on peut parfois couper la bride avec le biseau d'une aiguille à travers la peau (*Aponévrotomie à l'aiguille*) sous anesthésie locale. Dans les autres cas, l'intervention consiste à retirer l'aponévrose malade en ouvrant la peau (*Aponévrectomie*).

Cette intervention (*aponévrectomie*, schéma 3) se fait selon les cas en ambulatoire ou en hospitalisation classique (*vous restez à la clinique 48 à 72 heures*). L'anesthésie est le plus souvent loco-régionale (seul votre bras est anesthésié). L'ouverture de la peau se fait le plus souvent en « Z », car cela évite les rétractions cutanées secondaires (schéma 4).



ANATOMIE (schéma 1):

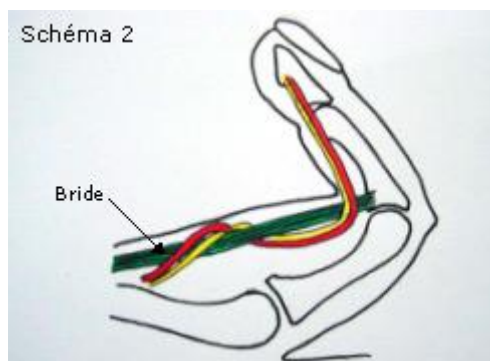
A la paume de la main, cheminent les tendons fléchisseurs (*ils se terminent au bout des doigts et permettent de les plier*), les nerfs qui se divisent pour les 2 côtés de chaque doigt (ils donnent la sensibilité aux doigts), et les vaisseaux qui vascularisent les doigts (2 vaisseaux pour chaque doigt).

Ces éléments sont représentés sur le schéma de gauche (*tendons en vert clair, nerfs en jaune, et vaisseaux en rouge*). Ces éléments « nobles » sont protégés par une nappe de tissu fibreux qui les recouvre et les sépare de la peau : ce tissu fibreux de protection est appelé aponévrose palmaire, il est représenté en vert foncé.

LA MALADIE DE DUPUYTREN :

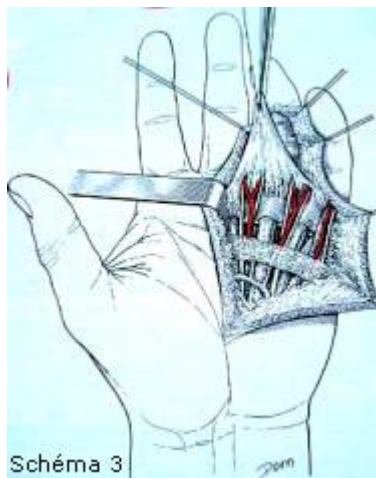
Il s'agit d'une maladie décrite pour la première fois en 1832 par un chirurgien français, le Baron de Dupuytren. Dans cette maladie, il existe un épaissement et une hypertrophie de l'aponévrose palmaire avec 2 types de lésions : ***Les nodules** : il s'agit de boules, correspondant à l'épaississement localisé de l'aponévrose, à la paume de la main ou des doigts.

***Les brides** : il s'agit d'un épaissement en longueur de l'aponévrose, au niveau de la paume, au niveau d'un doigt, ou à cheval sur les 2. L'épaississement de l'aponévrose s'accompagne souvent d'une rétraction, ce qui tire sur le doigt qui alors ne peut plus s'étendre complètement. Les vaisseaux et nerfs des doigts s'enroulent souvent autour des brides (schéma 2).



La maladie de Dupuytren peut atteindre plusieurs doigts sur une main, et les plus fréquemment atteints sont le 5° et le 4°. Les 2 mains peuvent être atteintes, plus rarement les pieds.

Cette maladie atteint plus souvent les hommes que les femmes. Elle peut être favorisée par l'existence d'un diabète, la prise de certains médicaments, la consommation excessive d'alcool, et elle est parfois familiale.

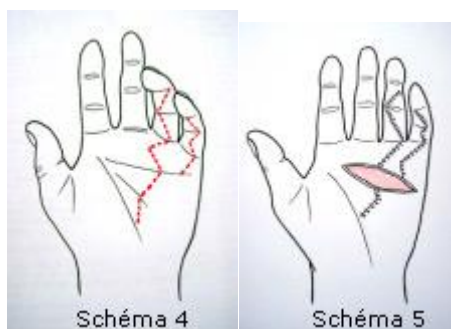


LE TRAITEMENT:

Tant qu'il n'y a pas de déficit de l'extension des doigts et qu'on peut mettre la main à plat, il n'y a pas d'indication à opérer.

Quand en revanche un déficit apparaît, le traitement est justifié. En cas de bride souple, on peut parfois couper la bride avec le biseau d'une aiguille à travers la peau (*Aponévrotomie à l'aiguille*) sous anesthésie locale. Dans les autres cas, l'intervention consiste à retirer l'aponévrose malade en ouvrant la peau (*Aponévrectomie*).

Cette intervention (*aponévrectomie, schéma 3*) se fait selon les cas en ambulatoire ou en hospitalisation classique (*vous restez à la clinique 48 à 72 heures*). L'anesthésie est le plus souvent loco-régionale (seul votre bras est anesthésié). L'ouverture de la peau se fait le plus souvent en « Z », car cela évite les rétractions cutanées secondaires (schéma 4).



Parfois, et en particulier dans les formes évoluées, la mise en extension du doigt en fin d'intervention entraîne un déficit cutané (il manque de la peau). Une des techniques consiste alors à laisser ouverte l'incision transversale de la paume (*schéma 5*); c'est la technique de Mac

Cash (*chirurgien anglais ayant décrit la technique en 1964*): la cicatrisation se fait spontanément en 2 à 3 semaines, avec réfection du pansement tous les 2 jours.

Dans certains cas, pour recouvrir la base d'un doigt, on utilise un lambeau et/ou une greffe de peau (si ce geste est indiqué chez vous, il vous sera expliqué en consultation).

SUITES OPERATOIRES :

Après votre opération, vous pouvez ressentir, surtout les premiers jours, des douleurs modérées pour lesquelles un traitement antalgique vous sera prescrit.

Votre pansement ne doit pas être mouillé. La rééducation doit être débutée le lendemain de votre intervention, et ce de façon quotidienne.

Les pansements doivent être refaits en général tous les 2 jours. Vous devrez enfin porter une attelle qui maintiendra vos doigts en extension, la nuit et 2 fois 2 heures dans la journée.

Le reste du temps, il faut mobiliser vos doigts, en extension (*pour gagner ce que vous n'aviez plus*), et en flexion (*pour conserver ce que vous aviez*).

Les fils sont à retirer au 15^o jour post-opératoire. Vous pouvez alors vous relaver les mains normalement sous l'eau en les séchant bien après (sauf si Mac Casch, il faut attendre quelques jours de plus que la cicatrisation soit acquise) ; après l'ablation des fils, il vous est également conseillé de masser vos cicatrices au moins 2 fois par jour avec une crème hydratante.

Concernant vos activités quotidiennes, vous ne devez pas forcer pendant environ 1 mois et ne devez pas exposer votre cicatrice à des situations qui pourraient la souiller (bricolage, jardinage, etc...), tant que la cicatrisation n'est pas acquise. Vous pouvez reconduire en moyenne au bout d'une dizaine de jours, pour des petits trajets habituels.

Enfin, il faut savoir que les cicatrices après ce type d'opération sont souvent indurées et sensibles plusieurs mois, ce qui explique qu'on vous conseille de les masser et de les hydrater pendant une longue période.

RISQUES LIES A L'INTERVENTION:

Dans un certain nombre de cas, l'intervention ne permet pas de récupérer une extension complète de votre doigt, et c'est en particulier le cas au niveau du 5^o doigt, surtout s'il s'agit d'une forme évoluée, et à fortiori d'une récurrence.

Les récurrences (*réapparition de la maladie au même endroit*) et les extensions (*apparition de la maladie sur un autre doigt, sur l'autre main etc...*) sont toujours possibles.

Les hématomes et infections sont rares, mais peuvent nécessiter une réintervention. C'est le cas également des nécroses de la peau : le tissu malade étant à certains endroits très

adhérents à la peau, celle-ci peut être lésée au cours de l'intervention.

Les nerfs donnant la sensibilité aux doigts étant adhérents aux brides, ils sont exposés à une section accidentelle qui malgré une réparation chirurgicale peut entraîner des troubles de la sensibilité définitifs. (*Souvent, les nerfs sont simplement traumatisés lors de l'opération car on est obligé de les écarter et de tirer un peu dessus, cela entraîne alors des « fourmis » dans le bout du doigt et une petite diminution de sensibilité qui disparaissent en général en quelques semaines*).

Les vaisseaux qui irriguent le doigt sont exposés de la même manière ; si les 2 artères d'un doigt sont lésées et ne peuvent être réparées, le doigt risque de mourir et doit être amputé ; il s'agit d'une situation absolument exceptionnelle, sauf sur des formes très graves multi-récidivées et multi-opérées.

Annexe 14 : Questionnaire de satisfaction

SOINS POST OPERATOIRES PATHOLOGIE DE DUPUYTREN

Questionnaire anonyme

Merci de nous donner votre point de vue sur la formation :

Date(s) de la formation :

1. Comment (ou par qui) avez-vous été informé(e) de cette formation ?

Par :

- Votre supérieur hiérarchique
- Vos collègues
- Votre service formation
- Voie d'affichage
- Autre – précisez :

2. Quels étaient vos objectifs / attentes par rapport à cette formation ?

.....
.....
.....
.....

3. Indiquez votre degré de satisfaction au regard de :

	Insatisfaisant satisfaisant	Moyen	Satisfaisant	Très
A – La réponse à vos objectifs / attentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B – Les nouveaux acquis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C – La qualité de la pédagogie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D – Le réinvestissement professionnel Des acquis suite à cette formation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E – Les documents et supports de formation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F – L'organisation de la formation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LXII

Marie-Noëlle Le Deunff-Etienne -

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2014-2015

G – La durée de la formation

4. Ce que vous avez particulièrement apprécié :

.....
.....
.....

5. Les points à améliorer :

.....
.....
.....
.....

6. Quels prolongements souhaiteriez-vous donner à cette formation ?

.....
.....
.....

FORFAITS PROGRAMMES DPC INFIRMIERS

Veillez trouver ci-après les modalités des forfaits de DPC en vigueur, arrêtées par la section paritaire des infirmiers du 27 janvier 2014, toujours en vigueur à ce jour.

Un programme de DPC peut être pris en charge jusqu'à 1 065 € par participant.

Cette prise en charge comprend le paiement de l'ODPC et l'indemnisation éventuelle du professionnel de santé.

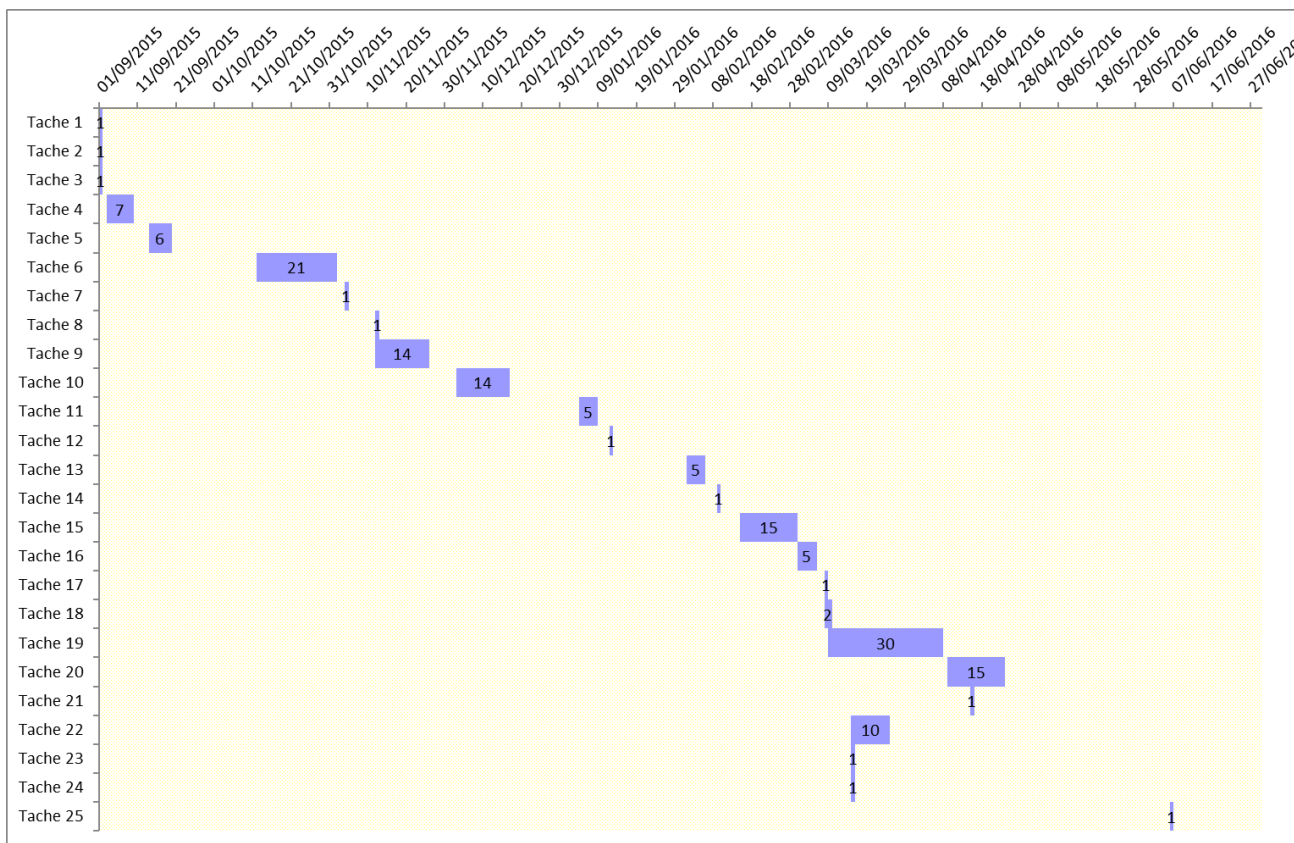
PROGRAMME PRESENTIEL ou MIXTE	PROGRAMME NON PRESENTIEL
Forfait de base ODPC / participant / <u>programme</u> = 106,5€ Forfait ODPC / ½ journée / participant = 121,49€	Forfait ODPC / étape / participant = 71,49 €
Indemnisation infirmiers / ½ journée = 118,13 €	Indemnisation infirmiers / <u>programme</u> = 236,26€
Principe de prise en charge: - minimum : 1 demi-journée - maximum : 2 jours (soit 4 demi-journées)	Principe de prise en charge: - minimum : 3 étapes - maximum : 7 étapes

L'OGDPC prend en charge, par an et par professionnel de santé :

- 1 programme de DPC mono ou pluri professionnel ;
- les programmes de DPC « hors quota » comme suit :
 - Maximum 1 maîtrise de stage (ou tutorat) ;
 - Maximum 1 formation de formateurs ;
 - Maximum 1 PAERPA*.



Annexe 16 : Diagramme de GANTT



LEGENDE DIAGRAMME DE GANTT				
Les différentes tâches	Taches	Début	Durée	Fin
Inscription par mail de la formation à LOGDPC par le biais de la formation continue du CH St-Brieuc.	Tache 1	01/09/2015	1	01/09/2015
RDV avec le chirurgien, le chef de projet et la coordinatrice de formation	Tache 2	01/09/2015	1	02/09/2015
Constitution de l'équipe projet :	Tache 3	01/09/2015	1	02/09/2015
Doodle pour accord de participation à l'équipe projet et relance si nécessaire.	Tache 4	03/09/2015	7	11/09/2015
Doodle pour programmation d'une date de Réunion de l'équipe projet.	Tache 5	14/09/2015	6	21/09/2015
Réunion de 2 heures à programmer avant fin octobre afin de déterminer le groupe de travail.	Tache 6	12/10/2015	21	30/10/2015
Elaboration et communication du compte-rendu de la réunion à l'équipe projet.	Tache 7	04/11/2015	1	04/11/2015
Proposition de participation à l'orthopédiste du CH St-Brieuc et d'un Kinésithérapeute au sein du groupe de travail.	Tache 8	12/11/2015	1	12/11/2015
Constitution du groupe de travail pour début décembre.	Tache 9	12/11/2015	14	01/12/2015

Doodle pour programmation d'une date de réunion du groupe de travail prévue début janvier 2016.	Tache 10	03/12/2015	14	18/12/2015
Première réunion de 2 heures du groupe de travail début janvier 2016 et programmation d'une deuxième réunion début février 2016.	Tache 11	04/01/2016	5	08/01/2015
Elaboration et communication du compte-rendu de la première réunion du groupe de travail aux participants et à l'équipe projet.	Tache 12	12/01/2016	1	12/01/2016
Deuxième réunion début février du groupe de travail.	Tache 13	01/02/2016	5	05/02/2016
Elaboration et communication du compte-rendu de la deuxième réunion du groupe de travail aux participants et à l'équipe projet.	Tache 14	09/02/2016	1	09/02/2016
Doodle pour programmation d'une date de Réunion début mars de l'équipe projet pour présentation des travaux réalisés par le groupe de travail.	Tache 15	15/02/2016	15	26/02/2015
Réunion de 2 heures de l'équipe projet début mars : prise de connaissance des travaux réalisés par le groupe de travail et détermination de la date de formation.	Tache 16	01/03/2016	5	04/03/2016
Elaboration et communication du compte-rendu de la deuxième réunion de l'équipe projet aux participants et au groupe de travail.	Tache 17	08/03/2016	1	08/03/2016
Elaboration des dossiers administratifs : dossier d'inscription.	Tache 18	08/03/2016	2	09/03/2016
Information aux infirmiers libéraux des Côtes d'Armor de l'existence et de la date de la formation le 6 juin 2016.	Tache 19	09/03/2016	30	09/04/2016
Relance auprès des infirmiers libéraux sur l'existence de la formation.	Tache 20	09/04/2016	15	12/04/2016
Evaluation de faisabilité au regard de sa rentabilité.	Tache 21	15/04/2016	1	15/04/2016
Commande et réception du matériel nécessaire pour la formation.	Tache 22	15/03/2016	10	25/03/2016
Envoi des conventions et des convocations aux participants de la formation continue.	Tache 23	15/03/2016	1	15/03/2016
Envoi des contrats aux intervenants extérieurs	Tache 24	15/03/2016	1	15/03/2016
Début de la formation le 6 juin 2016	Tache 25	06/06/2016	1	06/06/2016

Annexe 16 : Déclaration liens d'intérêts



Déclaration liens d'intérêts

La déclaration d'intérêts qui vous est demandée sera communiquée aux participants. Elle constitue un gage de transparence qui participe directement à la qualité et à la crédibilité de l'information délivrée. Cette déclaration se fait sur l'honneur.

L'objectif de cette déclaration est d'exposer aux participants l'existence de liens qui pourraient influencer d'une façon ou d'une autre votre intervention.

Un lien d'intérêts existe donc lorsque le jugement, les décisions ou les interventions d'un professionnel sur un sujet d'intérêt principal risquent d'être modifiés par un intérêt secondaire.

Par exemple, si l'intérêt primaire du professionnel est la diffusion d'une information validée scientifiquement et de qualité sur un produit de santé, le fait d'avoir perçu une rémunération ou un avantage en nature de la part du fabricant ou du vendeur de ce produit constitue un intérêt secondaire qui peut altérer la diffusion de l'information.

Si vous avez des doutes sur les liens d'intérêts que vous voulez déclarer, ou si vous estimez que des situations autres que celles définies dans la phrase précédente (convictions philosophiques, politiques ou religieuses, amitié ou antipathie avec une personne dont les intérêts pourraient être affectés par votre intervention, etc...) pourraient être interprétées comme des liens d'intérêt si elles devaient être connues des participants, et que vous souhaitez les déclarer, nous vous invitons à vous rapprocher de votre organisme.



Déclaration sur l'honneur de
Intervenant au titre de Formateur.....
Au sein de CH St Brieuc

A :, le

Avez-vous, dans les cinq dernières années, reçu pour vous ou pour une association que vous animez, une rémunération quelle qu'elle soit (salaire, honoraire, rémunération boursière, etc.), ou un avantage financier ou en nature (cadeaux, frais de déplacements, frais de congrès, matériel médical ou informatique, etc...), ou détenez-vous des participations financières (actions, obligations, etc...) de la part d'un organisme privé, industriel ou commercial qui pourrait tirer profit ou désavantage de votre prise de parole ou des documents remis aux participants durant ce séminaire ?

- OUI ⇒ Lien d'intérêt déclaré par l'intervenant (cf. ci-dessous)
- NON ⇒ Absence de lien d'intérêt déclaré

Date : Signature :

Si OUI description de la nature du lien d'intérêt :

Lien d'intérêt n°1 : Année concernée :
Type de rémunération et/ou d'avantage financier et/ou de participation financière :
Nom de l'organisme privé et/ou industriel et/ou commercial :

Lien d'intérêt n°2 : Année concernée :
Type de rémunération et/ou d'avantage financier et/ou de participation financière :
Nom de l'organisme privé et/ou industriel et/ou commercial :

Lien d'intérêt n°3 : Année concernée :
Type de rémunération et/ou d'avantage financier et/ou de participation financière :
Nom de l'organisme privé et/ou industriel et/ou commercial :

Lien d'intérêt n°4 : Année concernée :
Type de rémunération et/ou d'avantage financier et/ou de participation financière :
Nom de l'organisme privé et/ou industriel et/ou commercial :

EN CAS DE DECLARATION D'AUTRES LIENS D'INTERETS, DUPLIQUER CETTE PAGE.

NOTE D'OBSERVATION

L'écrit de ma mission accompli, je me suis penchée sur la partie « analyse » de ce travail dès le lendemain. J'aurais aimé avoir un peu de recul pour réaliser cette pratique réflexive mais le temps m'a manqué.

Je vais dans un premier temps, retracer le déroulé de ma mission au sein de l'institut puis dans un deuxième temps, j'explorerai l'intérêt de ma commande, et en quoi elle s'inscrit dans les orientations de la santé publique. Je terminerai en développant ce que le stage m'a permis d'acquérir professionnellement et personnellement en lien avec le master et enfin, quelle perspective professionnelle puis je envisager, aujourd'hui, avec cette formation.

I Analyse du déroulé de ma mission au sein de l'Institut de Formation

a) Adaptation de ma mission à l'organisation de l'I.F.

Une organisation ne peut être figée et les ajustements sont permanents, construits par le management mais aussi par les acteurs. C'est l'acteur qui crée le système par ses jeux d'alliances ou mésalliances avec les autres acteurs. De cette manière, il préserve et priorise au mieux ses intérêts personnels, ce qui lui permet de s'adapter aux divers changements. Monsieur Crozier comme Monsieur Bourdieu démontrent à travers leurs analyses stratégiques que l'acteur ne fait pas des choix par fatalité mais selon un plan fondé sur ses propres valeurs, ses représentations, et la marge d'autonomie dont il dispose pour en tirer le meilleur pour lui-même.

Le contexte professionnel évolue à l'institut de formation qui doit s'adapter à une logique de qualité et de performance. Pour y faire face, l'organisation se modifie afin de permettre à l'équipe de mettre en œuvre des valeurs communes et des objectifs partagés, signe de cohésion. Ils sont ceux décrits dans le projet pédagogique : des valeurs soignantes à fortes empreintes humanistes et éthiques. Un exemple : « *L'homme est un être libre, en perpétuel devenir, qui a des droits et des devoirs. Pour exister, il a besoin d'être reconnu, d'être autonome et de se sentir responsable* ». A l'exception des secrétaires, nous sommes tous des soignants. Comment ne pas adhérer à ces valeurs qui nous ont probablement tous menés vers le métier de soignant ? Du prendre soin des patients, je suis passée au prendre

soin des étudiants. La philosophie retenue est la laïcité (établissement public), Liberté, Solidarité, Egalité/Équité. Ces concepts bien que très généralistes, sont fédérateurs pour les soignants que nous sommes.

Les fonctions et les missions de chacun sont clairement explicitées par des fiches de poste remises à chacun d'entre nous. Les finalités de la formation, les principes et les moyens pédagogiques sont écrits dans le projet de l'institut et le projet pédagogique. Nous en avons accès à tout moment. Les instances de l'Institut de Formation (le conseil pédagogique, le conseil de vie étudiante, le conseil disciplinaire, la Commission d'Attribution des Crédits, les conseils techniques de l'IFAS et de l'IFA) et de l'institution sont représentées par, au minimum, un formateur. C'est une forte volonté institutionnelle, assez récente. En période de restriction budgétaire, la mutualisation et la mobilisation des compétences du personnel hospitalier permet de répondre aux besoins de l'établissement pour remplir ses missions, à moyen constant.

Parallèlement à cette organisation bien régulée, beaucoup de questions se posent : qu'est-ce que le cadre de santé en Institut de Formation aujourd'hui et demain ? Quelles en sont les compétences exigibles ? Pour former quel professionnel ? Ces interrogations sont anxiogènes pour l'équipe. Former les futurs professionnels à développer des compétences d'adaptabilité pour les préparer à ce contexte en mouvance est sûrement une de nos missions. Mais comment définir cette compétence ? Avons-nous tous la même notion de l'adaptabilité ? Elle mériterait d'être travaillée dans les Instituts de Formation.

Le travail se diversifie avec des pédagogies variées telles l'approche par compétence, la prédominance du socio-constructivisme avec les parcours de stage, l'analyse des pratiques et des méthodes plus en plus techniques comme le développement des cours à distance type FOAD, l'apprentissage par simulation avec des mannequins à moyenne ou haute-fidélité. Ainsi, les formateurs développent de nouvelles compétences qui leur permettent de répondre à ces nouvelles exigences et de travailler de plus en plus ensemble. Cet intérêt est double : celui d'être plus performant et aussi très rassurant et sécurisant.

La notion de compétence est aujourd'hui très largement utilisée, dans le monde professionnel. Nous parlons d'« Approche par compétence », de « gestion prévisionnelle des emplois et des compétences », « référentiel d'activités et de compétences ».

Selon Guy Le Boterf, expert en management et développement des compétences : *« Il faut un concept qui rende compte de la double dimension individuelle et collective de la*

compétence. Les compétences se réfèrent toujours à des personnes. Il n'existe pas de compétences sans individus. Les compétences réelles sont des constructions singulières, spécifiques à chacun. Cela ne doit pas pour autant conduire à la conclusion erronée selon laquelle la compétence serait uniquement une affaire individuelle. Toute compétence comporte deux dimensions indissociables : individuelle et collective ». « .. Les compétences sont les résultantes de trois facteurs :

- *le savoir agir qui « suppose de savoir combiner et mobiliser des ressources pertinentes »,*
- *le vouloir agir qui se réfère à la motivation de l'individu et au contexte plus ou moins incitatif,*
- *le pouvoir agir qui « renvoie à l'existence d'un contexte, d'une organisation de travail, de choix de management, de conditions sociales qui rendent possibles et légitimes la prise de responsabilité et la prise de risques de l'individu ». ⁶³*

Afin de réaliser ma mission, il a fallu que je prenne en considération le contexte de l'Institut de Formation cité ci-dessus afin d'être en conformité avec le modèle établi par la Directrice. Faisant partie de l'institution, je me dois d'en respecter les règles. Ce contexte de lieu de formation est à prendre en considération puisqu'il est à la fois mon lieu de stage, donc d'exploration, mais avant tout mon lieu d'exercice professionnel. Cette situation particulière d'être stagiaire et professionnel, « juge et partie », m'a demandée un positionnement pas toujours facile à adopter. Mon analyse ne peut qu'en être plus difficile.

b) Compétences mobilisées pour réaliser ma mission

J'ai dû mobiliser des compétences individuelles acquises tout au long de ma vie. Mon expérience de cadre associée aux cours reçus lors du master ont été une ressource indéniable pour moi.

Tout d'abord, j'ai réalisé beaucoup de lecture en lien avec mon sujet ce qui m'a amené à me perdre à un certain moment. Un thème en appelait un autre, beaucoup de sujets étant interdépendants. J'ai dû faire des choix pour limiter mon travail ce qui m'a frustré car « tout » m'intéressait.

Une citation d'André Gide, écrivain Français, exprime " *Vivre c'est choisir, et choisir c'est renoncer* ».

⁶³ LE BOTERF., G. « *Construire les compétences individuelles et collectives* », 2004, Paris, Editions d'Organisation, 244 p

J'ai des difficultés à renoncer car cela me renvoie à l'échec de ma part, comme à une incapacité à ne pas assurer, à une certaine incompétence. Savoir faire des choix a donc été important pour éviter que mon travail ne soit pas hors sujet.

Ensuite, le fait de connaître mon lieu de stage a eu quelques avantages. En effet, j'ai pu identifier de suite les personnes ressources sur lesquelles je pouvais m'appuyer, et j'ai pu m'organiser comme je le souhaitais. Cela m'a permis de mener à la fois mon travail de formateur et ma mission de stage. Dès le retour à l'IFSI, j'ai souhaité poser clairement les règles de départ auprès de mon maître de stage et mes collègues : j'étais de retour pour reprendre mes fonctions de formateur mais j'étais surtout en stage avec une mission à réaliser. J'ai établi mon planning de façon à me réserver 1 à 2 jours par semaine pour mon master. La traçabilité était sans quiproquo. Je me suis donc autorisée plusieurs fois à refuser des demandes venant de mes collègues mais toujours en les argumentant. J'ai donc réussi à me positionner face à mes collègues en leur donnant mes limites.

Je les ai associés à mon travail en les tenant informés de façon régulière de l'avancée de mon étude. L'enjeu pour moi était pour moi de ne pas être une charge pour mes collègues, et éviter des représentations négatives du type « elle s'exclue de l'équipe ».

Les représentations sociales sont facilement utilisées pour nous situer dans notre environnement. Nos schémas de pensées souvent chargés d'émotions et les actions qui en découlent dépendent souvent de ces représentations. Monsieur Moscovici dit que « *les images sociales orientent non seulement la cognition sociale, mais également les conduites et positions à l'égard de l'objet qui devient, de la sorte, accepté ou refusé, préféré ou dénigré, élu ou banni..* »⁶⁴

Les normes au sein d'un groupe correspondent, en sciences sociales, aux règles établies et notamment aux règles de comportement. Elles permettent de réguler le groupe mais elles sont contraignantes dans la mesure où elles induisent la façon d'agir pour les individus qui s'y trouvent.

La dynamique d'un groupe n'est pas stable et évolue suivant le contexte dans laquelle elle se trouve. Mon départ en formation a duré 6 mois. Il a fallu que je reprenne ma place au sein de l'équipe sans m'imposer et sans m'impliquer sur les projets en cours, faute réellement de temps. Le rôle de coordinateur de promotion que j'effectuais avant de partir a été repris par une collègue à la demande de la Directrice. Les membres de la Commission

⁶⁴ MANNONI, P. « *Les représentations sociales* » 2001, Paris, Editions Presses Universitaires de France 127 p - p 115

des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques, dont je faisais partie, ont été renouvelés durant mon absence. Appartenir à un groupe est important car il permet de renforcer son identité, d'affronter les incertitudes, de partager, d'échanger ce qui est sécurisant et enrichissant. A ce jour, j'ai le sentiment de n'être pas tout à fait revenue ni complètement réintégrée à l'équipe. Ma motivation et mes centres d'intérêt sont concentrés essentiellement sur mon master et la mission à mener. Cette situation ne me pose pas de problème, sans doute parce que mon temps est bien occupé. La coupure de l'été me fait penser que je reprendrai avec tous les membres de l'équipe une nouvelle année où j'ai bien l'intention de m'intégrer et participer aux nouveaux projets en cours.

Toutefois, la réalisation du stage sur mon lieu de travail a eu à l'inverse quelques désavantages. J'ai eu des difficultés à analyser objectivement la dynamique de groupe, étant moi-même acteur de la structure. La prise de recul est compliquée. Je suis juge et partie puisque je participe de par mes enjeux personnels, mes représentations, mes valeurs à la dynamique du groupe. De même, la reprise de mon activité m'a replongée dans l'« action », le « faire » ce qui n'est pas propice à la réflexion. J'ai vite perdu le bénéfice qu'apporte le temps de formation en permettant une prise de recul, un temps de respiration et une nourriture intellectuelle.

Enfin, le fait de suivre des formations nous fait évoluer et changer dans nos façons d'analyser les situations, de nous positionner. Je comprends mieux les enjeux qui se jouent et je me sens plus sereine et « armée » pour vivre les changements à venir. Ma capacité d'analyse s'est développée, affinée au cours de cette année de formation.

La réalisation de mon projet a été facilitée également par la mobilisation de compétences collectives qui m'ont permis de pouvoir agir. Le contexte facilitateur ayant réuni les moyens nécessaires pour que mon organisation puisse répondre à mes obligations démontre une réelle solidarité collective. L'aide de l'équipe toute entière, des secrétaires, aux formateurs jusqu'à la documentaliste démontrent des capacités à s'entraider, à réajuster afin de faire face à des imprévus, les habitudes pouvant être modifiées. La culture de la « formation » partagée par l'équipe en est sans doute une explication. En effet, tous les ans, une formation est financée pour l'un d'entre nous. C'est une sorte d'entraide qui s'opère. Un enjeu personnel au sein d'un enjeu collectif.

II. La commande : action de santé publique et son évolution.

Mon lieu de stage m'a donné comme commande de départ de lui faire une proposition de formation continue délivrée par l'Institut.

D'où venait ce besoin ?

L'évolution du système de formation depuis le nouveau référentiel avec l'ouverture sur l'Europe et l'université renvoie à l'obligation de repenser nos pratiques et les missions de l'institut de formation en soins infirmiers. Une politique d'ouverture est nécessaire afin de quitter le cloisonnement et le corporatisme au profit d'un partenariat pluri-professionnel et interdisciplinaire. Le partenariat est défini par le dictionnaire de la santé publique comme « un accord formel, plutôt stable, entre deux ou plusieurs parties (personnes ou institutions), généralement différentes par leur nature et leurs activités, qui ont convenu de mettre en commun leurs efforts afin de réaliser des objectifs partagés qu'ils ne veulent ou ne peuvent atteindre par leurs propres moyens, pour faire évoluer une situation et travailler dans le même but ». ⁶⁵

L'institut de Formation doit développer son activité pour maintenir son expertise en soins infirmiers. La formation continue en est un moyen, qui permet à la fois de fédérer la rencontre de professionnels venant de secteurs divers et de répondre aux besoins de qualification du territoire.

La proposition de projet m'a tout de suite intéressée. Il existe un intérêt pour moi, formateur de la structure de vouloir maintenir sa pérennisation. Nous ne savons pas comment notre métier va évoluer demain : quelles sont les nouvelles compétences à acquérir ? Quelles seront nos activités dans l'avenir ? Quelle place aurons-nous au sein de l'université ? Je souhaite maintenir mon expertise sur les soins infirmiers au sein de la formation initiale mais n'est-ce pas l'opportunité pour moi de la partager au sein de la formation continue ? Je reste dans les domaines qui me motivent ceux de la pédagogie et du soin.

⁶⁵ Le nouveau dictionnaire de la santé publique et de l'action sociale, 2013, Malakoff, Editions Foucher, p 334

Pourquoi me suis-je intéressée aux infirmiers libéraux ?

Il me semblait important de saisir cette occasion pour rassembler notre profession tellement divisée de par notre secteur d'activité. J'étais curieuse de découvrir nos enjeux divers, avec pour perspective de fédérer une complémentarité et des bénéfices conjoints au service d'un intérêt commun : celui du patient.

Pourquoi ai-je eu besoin de vouloir réunir la profession ?

Afin qu'elle soit plus forte, mieux reconnue, mieux entendue. Dans le contexte actuel, la place centrale que les IDE occupent au sein des soins de santé primaire, qui se développe en France, fait d'eux un des acteurs principaux du système de santé. Il me semble donc indispensable que la profession soit unie, solidaire et pertinente afin de pouvoir devenir un partenaire crédible auprès des acteurs politiques en faisant reconnaître son rôle propre. Il ne faudrait pas que les professions, se sentant menacées, développent des stratégies de protection qui soient au détriment du patient.

Rattacher la formation au Développement Personnel continue me paraissait incontournable afin d'être en conformité avec un des champs des missions du service public définies dans la loi HPST.

Ce projet répondait également à un thème de santé publique, en lien avec le master « Pilotage des Politiques des Actions en Santé Publique ». Un des objectifs du stage était de pouvoir remobiliser les apports théoriques reçus en début de formation.

La santé publique souligne bien par son nom qu'elle s'intéresse d'abord à la santé qu'elle souhaite préserver et promouvoir. Elle aborde donc ce concept sous un aspect positif. Pendant longtemps en France et encore actuellement, la santé est souvent associée à la maladie et aux soins curatifs. Ensuite, la notion de « publique » indique que l'on s'adresse à une collectivité et non plus à un seul individu. La santé publique a été définie par Charles Edward Winslow, Bactériologiste et expert en santé publique, en 1920 comme « *la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et de promouvoir la santé et l'efficacité physique à travers les efforts coordonnés de la communauté pour l'assainissement de l'environnement, le contrôle des infections dans la population, l'éducation de l'individu aux principes de l'hygiène personnelle, l'organisation des services médicaux et infirmiers pour le diagnostic précoce et le traitement préventif des*

pathologies, le développement des dispositifs sociaux qui assureront à chacun un niveau de vie adéquat pour le maintien de la santé. »⁶⁶

La santé publique se présente comme une connaissance, une expertise au service de la décision, rendue lisible par les statistiques, les déterminants de santé (annexes 2 et 3) et les facteurs de risque afin de mettre en place des actions s'appliquant à un groupe. Son approche est multidimensionnelle. Elle est une pratique culturelle qui convient de développer.

La charte d'Ottawa (annexe 1) démontre que tous les acteurs du soin sont concernés dans la promotion de la santé.

En quoi ma mission s'inscrit-elle dans une action de santé publique ?

Tout d'abord, la formation continue fédère une responsabilité collective chez les professionnels de santé qui ont comme priorité la qualité des soins. Qu'entend t-on par qualité des soins ? Tous les soignants la définissent ils de la même manière ? Selon l'ARS « *La qualité et la sécurité des soins regroupent l'ensemble des démarches et des actions qui permettent d'assurer le niveau de qualité attendu au regard des bonnes pratiques, reconnues compte tenu des connaissances, et la gestion des risques pour éviter les conséquences non voulues au cours de la prise en charge du patient (iatrogénie) ».*⁶⁷

Ensuite, la formation permet également de développer des compétences réflexives chez les soignants, avec l'alternance pratique/théorie de référence /pratique. Cette culture réflexive a l'intérêt de se situer dans une logique qualité et sécurité des soins et des prises en charge mais également d'être en capacité de partager ses pratiques.

Enfin, cette socialisation aux réels échanges, est intéressante par les apports que le groupe peut apporter à chacun, et par la conscientisation que chacun a un rôle à jouer pour le plus grand bénéfice de tous.

Les IDEL travaillent en équipe pluridisciplinaire et font de la prévention et de la promotion de la santé depuis longtemps de façon individuelle avec le patient. Cette approche par la personne s'applique aux comportements individuels, aux soins, et à l'action médicale.

⁶⁶ FASSIN, D. Faire de la santé publique 2008, Rennes : Editions EHESP, 2^{ième} édition p9

⁶⁷ Qualité et Sécurité des soins [en ligne] [consulté en juin 2015] Disponible sur : <http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Qualite-et-Securite-des-Soins.81558.0.html>

Ce travail, n'étant ni visible, ni tracé, est très mal reconnu par les tutelles de santé. L'éducation thérapeutique amène un nouveau mode de pratique avec une approche collective qui s'adresse à un groupe et non plus seulement à une personne. Elle incite, par une démarche personnelle, une catégorie de personne à consulter un médecin pour un problème de santé spécifique.

Avec ma mission, nous sommes dans une approche collective : les IDEL, au service d'un type de population : celle des patients atteints d'une pathologie spécifique dans un objectif de qualité et sécurité des soins. De par les connaissances acquises lors de la formation, les IDEL seront en mesure de faire de la prévention secondaire (qui vise à réduire la gravité et la durée d'un problème de santé) et tertiaire (qui vise à limiter les complications, les incapacités chroniques ou les rechutes). La prévention (qui va rechercher le « risque ») est une des missions de santé publique au même titre que la promotion de la santé (qui recherche le « bien-être »).

Les limites de ma mission :

Cette formation aura ses limites au regard du peu de patients atteints par la pathologie de Dupuytren. Une fois que les IDEL concernées seront formées, ce thème va-t-il générer suffisamment de demandes sachant que le nombre de formations financées par an est limité à un ?

L'évolution de ma commande va se centrer sur la formation continue et les IDEL avec pour thème celui de « l'installation de l'infirmière en secteur libéral ». Cette demande a été évoquée à plusieurs reprises dans les réponses au questionnaire et lors de mes entretiens. Des connaissances juridiques, administratives, de gestion sont indispensables pour s'installer et elles ne sont pas enseignées lors de la formation initiale. A ce jour, très peu de prestataires de formation abordent ce sujet.

Le fait d'avoir répondu à une commande médicale nous fait agir sur de la prévention secondaire et tertiaire. La maladie est déjà présente. Il faut rester vigilant à ne pas rester dans ce champ de la santé. La culture médicale doit continuer à évoluer pour intégrer au sein de sa pratique l'approche de santé publique en quittant la logique dominante curative.

Ma mission m'a fait réaliser combien il était difficile d'avoir un interlocuteur représentant les IDEL mis à part le syndicat FNI majoritaire dans le 22 et omniprésent dans beaucoup d'instances. L'Ordre Infirmier aurait pu l'être mais sa légitimité est fortement remise en question à ce jour.

III Mes acquisitions professionnelles et personnelles, les apports du stage à la formation et mon projet professionnel

3.1 Acquisitions personnelles

- La mission réalisée m'a enrichie en me faisant découvrir le monde des infirmiers libéraux, et d'autres organisations bien différentes de celle de l'hôpital. J'ai pris conscience à quel point chacun travaille de son côté, sans vraiment connaître les contraintes des uns et des autres et sans mesurer toujours l'impact que peuvent avoir leurs méconnaissances pour le patient. La diversité des professions et de leurs modes d'exercice, la spécialisation, la sectorisation ont favorisé ce cloisonnement.

Ce cloisonnement a opéré même au sein de ma propre pratique : responsable des Unité d'Enseignement processus traumatiques, transfusion sanguine, et démarche clinique infirmière, j'ai concentré ma veille professionnelle essentiellement sur ces domaines.

- Les changements actuels qui s'opèrent au sein du système de la santé m'étaient parfois compliquée à vivre car ils avaient tendance à s'éloigner de la conception que j'ai du « soin » et du « prendre soin ». Les cours sur l'analyse des politiques de santé m'ont permis de changer mon regard. Le fait de revenir sur les modèles d'état providence, leurs typologie, et leurs dimensions culturelles m'ont permis d'appréhender le système dans lequel nous sommes en France avec les principes de base. Le fait de comprendre l'histoire de la construction Européenne avec ses différentes institutions m'ont permis de mieux resituer notre contexte politique.

L'évolution rapide des enjeux économiques, sociaux et culturels obligent à repenser régulièrement les politiques. L'articulation entre Famille, Etat et Marché sont à réajuster selon l'histoire du pays.

- Ayant toujours évolué dans un contexte professionnel hospitalier, j'ai acquis des réflexes de soins plutôt axés sur le modèle médical curatif. La prévention était liée à un problème déjà présent ou à venir. L'approche de la santé publique me redonne un autre regard, positif, sur la santé et une autre

conception d'aborder le soin avec la promotion de la santé, en mettant l'accent sur la prévention afin de préserver la santé et non faire de la prévention pour éviter un problème de santé.

- J'ai pu également reprendre conscience à quel point notre trajectoire de vie personnelle et professionnelle nous conditionne dans des modes de pensées et d'actions. La culture joue une fonction essentielle : la fonction sociale qui permet à l'Homme d'assouvir son besoin d'appartenance à un groupe, à une collectivité spécifique. De ce groupe seront élaborées des normes (morales, symboliques..) qui permettront aux individus d'avoir une identité commune à travers laquelle ils se reconnaîtront et partageront des intérêts communs. La culture a également une fonction psychique qui permet de « mouler » la personnalité individuelle se traduisant par des modes de pensée, des idées, des expressions. Ce moule n'est pas rigide pour permettre à chaque individu de s'adapter selon sa propre personnalité, c'est pourquoi il existe différents modèles, mais il a des limites. L'individu devient un marginal s'il les franchit.⁶⁸ En avoir conscience permet de mieux comprendre ce qui se joue dans des groupes.

En conséquence, il n'est jamais bon d'agir dans l'urgence. La conduite ou le pilotage de projet ou de groupe nécessite une participation collective au sein de laquelle des buts et objectifs communs doivent être préalablement posés. Il existe donc un minimum de consensus. L'organisation est ensuite définie avec la transmission des points essentiels. Chacun ensuite composera avec les règles définies et avec ce qu'il est un équilibre mouvant et fragile est à trouver.

J'ai cependant le sentiment que nous agissons beaucoup trop souvent dans l'urgence ce qui peut expliquer les échecs nombreux de projets.

- La difficulté pour moi de repérer tous les enjeux qui se jouent actuellement au sein de la réorganisation du système de santé est encore présente. La superposition de multiples dispositifs rend complexe la connaissance de leurs existences et de leurs

⁶⁸ AMBLARD, BERNOUX, HERREROS, LIVIAN Extrait de l'ouvrage « *les nouvelles approches sociologiques des organisations* » 3^{ème} édition, 2005, Paris : Editions Seuil, 300p

missions. Difficulté à cerner encore parfois à qui servent réellement les intérêts et les enjeux déclinés par les acteurs politiques .Comme beaucoup, je me forge mes idées à partir de ce que j'entends par les médias et les échanges avec mon entourage .Cette formation m'a donnée une piste supplémentaire, celle de consulter des références scientifiques sans doute beaucoup plus objectives.

- J'ai perdu une certaine naïveté de la représentation que j'avais de l'être humain, dont je fais partie, qui était sans doute idyllique et en lien avec mes propres envies. Il existe toujours un espace d'action et de liberté : quitter ses idéaux. En effet, l'analyse de situations lors du master, ont pu mettre en lumière les manipulations que nous subissons de toutes parts et les enjeux, essentiellement économiques, qui s'y jouent (exemple : le sang contaminé). Parfois, l'intérêt de la population est bien loin des préoccupations réelles. Cela me fait prendre conscience que rien n'est à considérer au premier degré, qu'il existe toujours des enjeux et des intérêts : à moi de savoir les décrypter par des lectures adaptées ou des échanges diverses et de me positionner au mieux avec le plus d'objectivité possible. J'ai changé mon regard dans le sens ou avant, j'aurai été amère, désabusée, aujourd'hui, je prends un temps de réflexion pour essayer de comprendre afin de faire la part des choses pour mieux relativiser.

3.2 Acquisitions professionnelles

- Lors de cette année de master, je suis passée, d'un jour à l'autre, du statut de formateur à celui d'étudiant. Ce changement de posture a été douloureux car il m'a fait prendre conscience des certitudes que je m'étais construites et de mes lacunes. J'ai souvent fini par douter de mes compétences ou de mes méthodes d'apprentissage. J'ai mis en place des mécanismes de défense qui m'ont permis de réduire cette anxiété et conserver l'estime de moi-même. Je tentais de rationaliser mes actions ou mes opinions en les justifiant apparemment de façon logique afin d'en déguiser la vraie motivation. La confrontation a de nombreux éléments nouveaux qu'apporte la formation en terme de rythmes de vie modifiés, de connaissances à intégrer, d'organisation à mettre en place, de relations à établir et qui font appel à une capacité d'adaptation certaine.

- 12 -

Marie-Noëlle Le Deunff-Etienne -

- Les relations avec mes collègues de promotion n'ont pas toujours été simples et faciles lors des travaux de groupe mais ont été très riches dans divers domaines. Très jeunes pour la plupart, dans le système universitaire, leurs connaissances s'appuient sur un savoir et de solides bases théoriques. J'ai ressenti une réelle difficulté à faire reconnaître mon expertise en tant que professionnelle de terrain, comme si mon regard venait bousculer certaines de leurs certitudes sur lesquelles ils s'accrochent pour se sécuriser.

Leurs âges me renvoyaient à celui de mes enfants et le mien à celui de leurs parents. Selon la théorie de l'Analyse Transactionnelle, « nous pouvons nous trouver tour à tour dans les personnages du "Parent", de l'"Adulte" ou de l'"Enfant" et, dans la logique de chacun de ces rôles, nous placer dans un rapport de domination, d'échange ou de soumission, exprimer librement nos émotions ou au contraire les retenir » L'analyse de nos comportements, nos paroles, nos émotions peut nous éviter de nous cantonner dans un rôle qui devient enfermante et pénalisant au final.

La relation intergénérationnelle a été riche au sein de la formation. Nos différences ont provoqué des conflits mais aussi beaucoup d'échanges constructifs. Monsieur Bourdieu y souligne que l'âge est « *une donnée biologique socialement manipulée et manipulable* », que « *les divisions entre les âges sont arbitraires* » et que « *la frontière entre la jeunesse et la vieillesse est dans toutes les sociétés un enjeu de luttes* »⁶⁹

Je n'ai jamais lâché prise, essayant toujours de comprendre les enjeux relationnels qui se jouaient de part et d'autre. La prise de recul et ma capacité d'adaptation m'ont permis de « grandir », de garder une humilité car avons toujours à apprendre des autres et de nous-

⁶⁹ CARADEC, V. « Jeunes » et « vieux » : les relations intergénérationnelles en question » 2008, Éditions : Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.), p 20

même. Mes capacités d'écoute et relationnelles pour susciter l'échange et la communication m'ont aidée à m'intégrer au sein de la promotion.

De retour à l'IFSI, je peux mieux comprendre, aujourd'hui, le vécu, les attentes et les stratégies des étudiants infirmiers. Le présent doit se nourrir des expériences du passé qu'il ne faut pas vite oublier.

- Le fait que « tout » peut se défendre et s'argumenter quelque que soit le sujet (même le plus indéfendable) m'a beaucoup sensibilisée. Il s'agit de mobiliser les bonnes stratégies essentiellement d'ordre politique et économique, d'interpréter les chiffres des sondages et d'orienter les enquêtes dans le sens que l'on souhaite en utilisant des biais.
- Concernant la pédagogie, j'ai apprécié les multiples méthodes pédagogiques, vécu en tant qu'apprenant, allant du cours transmissif, à l'étude de cas, aux jeux de rôles jusqu'à la pédagogie active où le formé est acteur de sa formation. J'ai observé également que la posture des enseignants est importante et a un impact sur l'interactivité avec les formés lors des interventions.

3.3 Les apports du stage à la formation

J'ai pu mettre en évidence :

- les 3 niveaux organisationnels de l'Institut de Formation : macro, au niveau régional, méso, au niveau de la gouvernance du centre hospitalier et micro, au sein de l'IF même (annexe 4)

- les textes de références au niveau :

- national avec la loi de santé,
- régional avec le PRS, et la politique de formation,
- territoriale avec le PTS
- institutionnel, le projet d'établissement du CH, le projet de l'institut, projet pédagogique.

- La gouvernance et le pilotage de l'Institut de formation avec ses différentes instances ; Le management d'une équipe à travers son organisation. Les différents jeux des acteurs au sein de cette organisation.

- La négociation d'un projet au sein d'un établissement en tenant compte des enjeux et des intérêts de chacun.

- Le cadrage de projet avec ses différentes phases et ses outils de pilotage.

-La santé publique, nouveau paradigme, qui est au cœur de nos pratiques. Le Master 2 « Pilotage des politiques et Actions en Santé Publique » permet de considérer la santé autrement que sous l'angle du soin curatif.

3.4 Mon projet professionnel

L'Unité d'Enseignement « Santé Publique et économie de la santé » du référentiel infirmier enseigné en semestre 2 et 3 (annexes 5 et 6) me permettra, en binôme avec ma collègue, de transférer, auprès des étudiants infirmiers, mes connaissances acquises au cours de ce master. Par cette approche, je vais sensibiliser ces futurs soignants à leur rôle d'acteur de santé publique. Cette UE a pour objectif pédagogique de développer la prise de conscience, chez les étudiants, des liens entre les aspects sociaux, politiques et soignants du métier d'infirmier. Ils auront l'occasion de mener une étude de santé publique auprès d'établissements solaires que je serai en mesure de superviser.

Cet enseignement me permettra de rester en veille professionnelle auprès de l'EHESP.

-J'aurai également le souhait de mener des projets de formation continue au sein de l'IF, afin de continuer à mettre en pratique la conduite de projet.

- A plus long terme, quitter le milieu hospitalier dans lequel j'ai toujours travaillé serait envisagé, à la recherche d'un poste de Chargé de mission, d'audit et d'évaluation des politiques et programmes auprès des agences, des organismes de sécurité sociale, des mutuelles ou des associations privées gestionnaires de services, bureaux d'études. Un poste de Médiateurs ou pilotes de réseaux d'acteurs chargés de la gestion des crises sanitaires m'intéresserait également.

Bibliographie

OUVRAGES

AMBLARD, BERNOUX, HERREROS, LIVIAN Extrait de l'ouvrage « *les nouvelles approches sociologiques des organisations* » 3^{ème} édition, 2005, Paris : Editions Seuil, 300p

CARADEC, V. « Jeunes » et « vieux » : les relations intergénérationnelles en question » 2008, Éditions : Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.)

FASSIN, D. Faire de la santé publique 2008, Rennes : Editions EHESP, 2^{ème} édition p9

LE BOTERF., G. « *Construire les compétences individuelles et collectives* », 2004, Paris, Editions d'Organisation, 244 p

MANNONI, P. « *Les représentations sociales* » 2001, Paris, Editions Presses Universitaires de France 127p

DICTIONNAIRE :

Le nouveau dictionnaire de la santé publique et de l'action sociale, 2013, Malakoff, Editions Foucher

INTERNET

Charte d'OTTAWA pour la promotion de la santé. 1986 [en ligne] [consulté le avril 2015]. Disponible sur : <http://christian.crouzet.pagesperso-orange.fr/smpmp/images-SMT/Charte%20d%27OTTAWA.pdf>

INPES. *Qu'est-ce qui détermine notre état de santé ? Modèle de Dahlgren et Whitehead* 16-02-2012 [en ligne] [consulté le avril 2015] Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/ISS/determinants-sante.asp>

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Synthèse du Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants : Résultat d'une réflexion commune 2012, 26p. [En ligne] [Consulté en avril 2015] Disponible sur : <http://www.pipsa.be/actualite/la-sante-et-ses-determinants-mieux-comprendre-pour-mieux-agir.html>

Réadaptation, handicap et politiques publiques. Les niveaux d'organisation: Macro-mésomicro [en ligne] [Consulté le avril 2015] Disponible sur : <https://sites.google.com/site/systemedesoinsethandicap/micro-meso-macro>

Qualité et Sécurité des soins [en ligne] [consulté en juin 2015] Disponible sur : <http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Qualite-et-Securite-des-Soins.81558.0.html>

Liste des annexes

Annexe 1 : Charte d'OTTAWA pour la promotion de la santé	p II
Annexe 2 : Modèle de <i>Dahlgren et Whitehead</i> (en arc en ciel)	p III
Annexe 3 : Carte de la santé et de ses déterminants	p IV
Annexe 4 : Perspective en oignon des systèmes de santé Modèle micro, méso, macro	p V
Annexe 5 : Unités d'enseignement de santé publique révérenciel infirmier	p VI



CHARTRE d'OTTAWA pour la PROMOTION de la SANTÉ

Texte intégral

OMS - Organisation mondiale de la santé - 1986

La première Conférence internationale pour la **promotion de la santé**, réunie à Ottawa le 21 novembre 1986, émet la présente **CHARTRE pour l'action**, visant la **Santé pour tous d'ici l'an 2000** et au-delà. Cette conférence était avant tout une réaction à l'attente, de plus en plus manifeste, d'un nouveau mouvement de santé publique dans le monde. Les discussions se sont concentrées sur les besoins des pays industrialisés, tout en tenant compte des problèmes de toutes les autres régions. La Conférence a pris comme base de départ les progrès accomplis grâce à la **Déclaration d'Alma Ata** sur les soins primaires, au document "**Les buts de la Santé pour tous**", et au récent débat sur l'action intersectorielle pour la santé, dans le cadre de l'Assemblée mondiale de la Santé.

PROMOTION de la SANTÉ

La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un **plus grand contrôle** sur leur propre santé, et d'**améliorer** celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la "santé" comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut

- d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et,
- d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci.

La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être.

CONDITIONS PRÉALABLES à la SANTÉ

Les conditions et ressources préalables sont, en matière de santé : la paix, un abri, de la nourriture et un revenu. Toute amélioration du niveau de santé est nécessairement solidement ancrée dans ces éléments de base.

PROMOUVOIR l'IDÉE

Une **bonne santé est une ressource majeure** pour le progrès social, économique et individuel, tout en constituant un aspect important de la qualité de la vie. **Les facteurs politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques peuvent tous intervenir en faveur ou au détriment de la santé.** La démarche de promotion de la santé tente de rendre ces conditions favorables par le biais de la **promotion** des idées.

CONFÉRER les MOYENS

La promotion de la santé vise l'égalité en matière de santé. Ses interventions ont pour but de réduire les écarts actuels caractérisant l'état de santé, et d'**offrir à tous les individus les mêmes ressources et possibilités** pour réaliser pleinement leur potentiel santé. Cela comprend une solide fondation dans un milieu apportant son soutien, l'information, les aptitudes et les possibilités permettant de faire des choix sains. Les gens ne peuvent réaliser leur potentiel de santé optimal s'ils ne prennent pas en charge les éléments qui déterminent leur état de santé. En outre, cela doit s'appliquer également aux hommes et aux femmes.

SERVIR de MÉDIATEUR

Seul, le secteur sanitaire ne saurait offrir ces conditions préalables et ces perspectives favorables à la santé. Fait encore plus important, **la promotion de la santé exige l'action concertée de tous les intervenants** : les gouvernements, le secteur de la santé et les domaines sociaux et économiques connexes, les organismes bénévoles, les autorités régionales et locales, l'industrie et les médias. Les gens de tous milieux interviennent en tant qu'individus, familles et communautés. Les groupements professionnels et sociaux, tout comme les personnels de santé, sont particulièrement responsables de la **médiation** entre les intérêts divergents, en faveur de la santé. Les programmes et stratégies de promotion de la santé doivent être adaptés aux besoins et possibilités locaux des pays et régions, et prendre en compte les divers systèmes sociaux, culturels et économiques.

L'INTERVENTION EN PROMOTION DE LA SANTE SIGNIFIE QUE L'ON DOIT :

ELABORER une POLITIQUE PUBLIQUE Saine

La promotion de la santé va bien au-delà des soins. Elle inscrit la santé à l'ordre du jour des **responsables politiques des divers secteurs en les éclairant sur les conséquences que leurs décisions peuvent avoir sur la santé, et en leur faisant admettre leur responsabilité à cet égard.**

Une **politique de promotion de la santé** combine des méthodes différentes mais complémentaires, et notamment : **la législation, les mesures fiscales, la taxation et les changements organisationnels.** Il s'agit d'une action coordonnée qui conduit à la santé, et de politiques fiscales et sociales favorisant une plus forte égalité. L'action commune permet d'offrir des biens et services plus sains et moins dangereux, des services publics favorisant davantage la santé, et des milieux plus hygiéniques et plus plaisants

La **politique de promotion de la santé** suppose l'identification des **obstacles** gênant l'adoption des politiques publiques saines dans les secteurs non sanitaires, **ainsi que la détermination des solutions.** Le but doit être de rendre les choix sains les plus faciles pour les auteurs des politiques également.

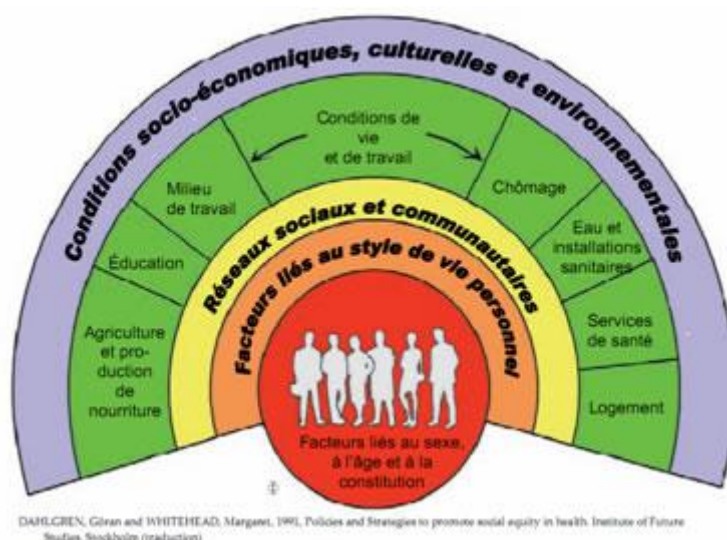
CRÉER des MILIEUX FAVORABLES

Nos sociétés sont complexes et interreliées, et l'on ne peut **séparer la santé des autres objectifs.** Le lien qui unit de façon inextricable les individus et leur milieu constitue la base d'une **approche socio-écologique de la santé.** Le grand principe directeur menant le monde, les régions, les nations et les communautés est le besoin d'encourager les soins mutuels, de veiller les uns sur les autres, de nos communautés et de notre milieu naturel. Il faut attirer l'attention sur la **conservation des ressources naturelles en tant que responsabilité mondiale.**

Charte d'OTTAWA - 1986 p 1 / 2

Charte d'OTTAWA pour la promotion de la santé. 1986 [en ligne] [consulté le avril 2015]. Disponible sur : <http://christian.crouzet.pagesperso-orange.fr/smpmp/images-SMT/Charte%20d%27OTTAWA.pdf>

ANNEXE 2



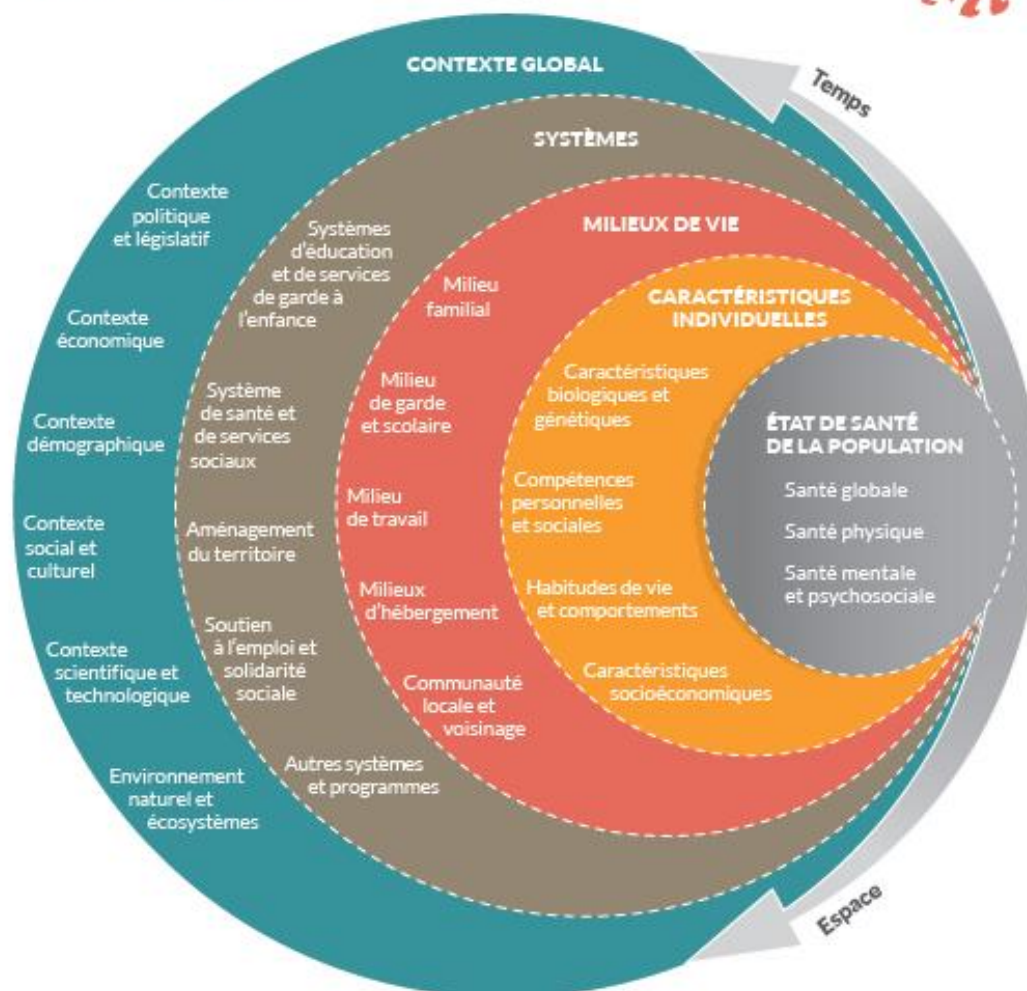
Le **modèle de Dahlgren et Whitehead** (en arc en ciel) présente les déterminants de la santé en 4 niveaux. Ces niveaux ne sont pas indépendants les uns des autres, ils interagissent (Whitehead, M., Dahlgren G. What can we do about inequalities in health. *The lancet*, 1991, n° 338 : p. 1059–1063.)

INPES. Qu'est-ce qui détermine notre état de santé ? Modèle de Dahlgren et Whitehead 16-02-2012 [en ligne] [consulté le avril 2015] Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/ISS/determinants-sante.asp>

ANNEXE 3



Carte de la santé et de ses déterminants

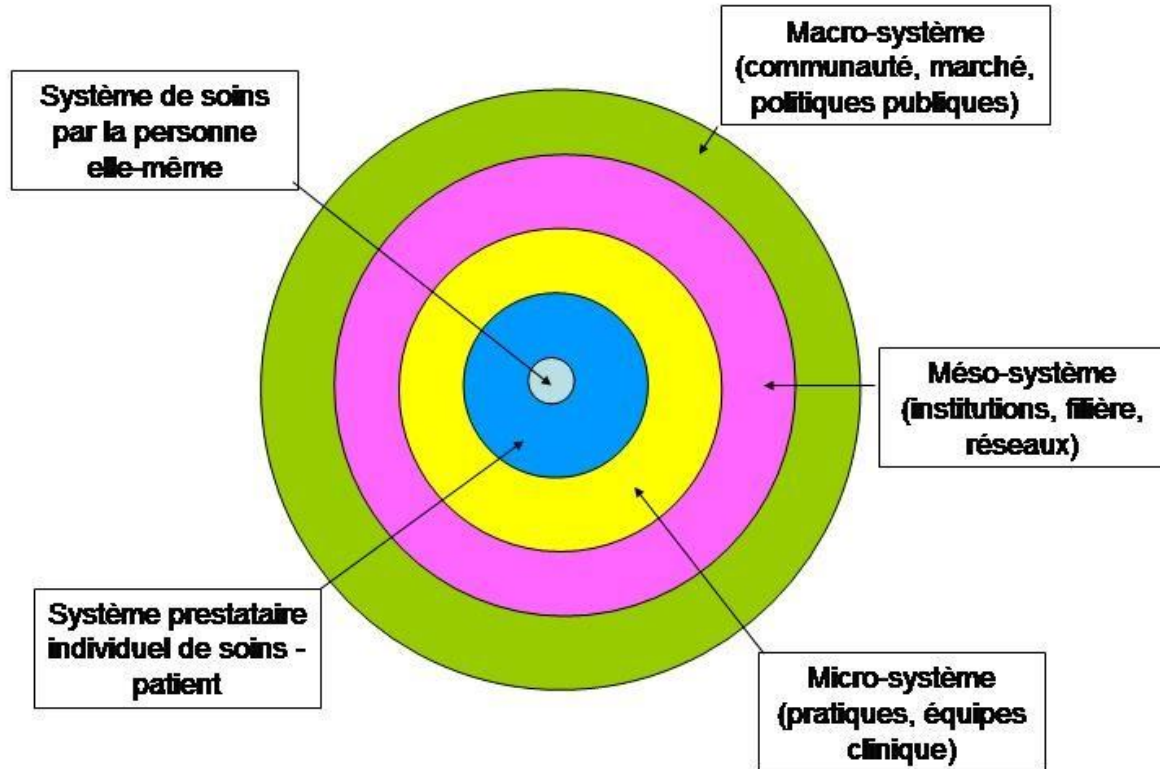


Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Synthèse du Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants : Résultat d'une réflexion commune 2012, 26p. [En ligne] [Consulté en avril 2015] Disponible sur :

<http://www.pipsa.be/actualite/la-sante-et-ses-determinants-mieux-comprendre-pour-mieux-agir.html>

ANNEXE 4

Perspective en oignon des systèmes de santé Modèle micro-méso-macro



Réadaptation, handicap et politiques publiques. Les niveaux d'organisation: Macro-méso-micro [en ligne] [Consulté le avril 2015] Disponible sur :

<https://sites.google.com/site/systemedesoinsethandicap/micro-meso-macro>

ANNEXE 5

U.E. 1.02.S2

Santé publique et économie de la santé

Formateur(s) responsable(s) de l'UE

Semestre 2

CM 20

TD 15

TP 15

ECTS 2

Pré-requis

Aucun

Objectifs

Identifier l'organisation de la politique de santé et l'offre de soins.
Définir les grands principes de l'économie de la santé en France et dans le monde.
S'approprier les concepts en santé publique et en santé communautaire.

Eléments de contenu

VI

Marie-Noëlle Le Deunff-Etienne -

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2014-2015

Santé publique :
 Les concepts en santé publique et santé communautaire : prévention, promotion de la santé, indicateurs, déterminants, ...
 La santé dans le monde : organismes internationaux, problèmes prioritaires, chartes, ...
 L'organisation de la politique de santé publique en France : structures, planification nationale (plan national de santé publique, PNSP), régionale (plan régional de santé publique, PRSP), actions prioritaires, ...
 L'organisation de l'offre publique et privée et des systèmes de soins (établissements de santé, établissements médicaux-sociaux, réseaux, médecine de ville, permanence des soins, professionnels de santé...)
 L'organisation de la veille sanitaire (agences, services de l'Etat, ...)
 Les filières de soins : accès, proximité, suivi et continuité, prévention primaire secondaire et tertiaire.
 Les réseaux de soin : intervention dans la cité, liens avec les partenaires et intervenants sociaux (enseignants, éducateurs, justice) mutualisation de moyens avec le médico-
 ???????????????????????_

Recommandations pédagogiques

Modalités et critères d'évaluation

Cette première approche vise à sensibiliser l'étudiant à son rôle d'acteur de la santé publique. Elle lui permet de se situer dans l'environnement organisé de l'offre de santé en France. Elle lui fait comprendre la place et le rôle des différents modèles d'organisation et de gestion des services de santé dans l'ensemble de l'offre de soins et de santé.
 Les éléments de cette UE seront complétés dans l'UE 1.2. S3, et repris à chaque fois que nécessaire dans les UE suivantes.

Mode et critères d'évaluation
 Evaluation écrite de connaissances.

Critères d'évaluation
 Exactitude des connaissances.

U.E. 1.02.S3

Santé publique et économie de la santé

Formateur(s) responsable(s) de l'UE

Semestre 3

CM 20

TD 20

TP 35

ECTS 3

Pré-requis

UE 1.2.S2 Santé publique et économie de la santé.

Objectifs

Identifier les problèmes de santé prioritaires d'un groupe ou d'une population sur le plan national, régional, en lien avec les déterminants de la santé,
Utiliser les méthodes et les outils en santé publique, notamment statistiques,
Identifier et expliciter les modalités de financement des soins de santé en France,
Identifier les règles de financement des soins infirmiers dans les structures et en secteur libéral .

Eléments de contenu

Santé publique :

VIII

Marie-Noëlle Le Deunff-Etienne -

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2014-2015

Les grands problèmes de santé publique, notamment ceux liés à l'environnement et au développement durable,
L'organisation de la prévention (vaccinations, santé scolaire, santé au travail, santé carcérale, santé mentale...),
La politique de santé mentale, le dispositif psychiatrique, les principes de la sectorisation,
La démarche et les outils en santé publique (besoins, demandes, facteurs, moyens, ressources...),
Les outils en démographie et épidémiologie (populations, enquêtes, indicateurs, statistiques...),
L'évaluation des politiques et des actions en santé publique.

Economie de la santé :

Le financement des soins et de la santé, à l'acte, à l'activité, payeurs, remboursement, ...

La sécurité sociale et les mutuelles, maladie, accident du travail, maladies professionnelles, famille, ...

Le budget et le financement des structures de santé et de soins, et des professionnels de santé du secteur libéral

Le financement, le remboursement des soins infirmie??????????????????????_

Recommandations pédagogiques

Modalités et critères d'évaluation

REFERENTIEL UE

D.E. INFIRMIER

PGF.2S.5.40g

PROMOTION 2015-2018

05/06/2015

15:55

IX

Marie-Noëlle Le Deunff-Etienne -

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2014-2015

LE DEUNFF-ETIENNE	Marie-Noëlle	08.07.2015
Master 2 Pilotage des politiques et actions en santé publique		
L'Institut de Formation : Prestataire de formation pour le Développement Professionnel Continu des infirmiers		
Promotion 2014-2015		
<p>Résumé :</p> <p>La profession des infirmiers libéraux a beaucoup changé durant ces dernières années passant d'un exercice individuel et solitaire à celui d'exercice en groupe et de coopération entre professionnels médico-sociaux. Ils exercent des soins pluri et multidimensionnels au quotidien faisant appel de plus en plus à des compétences spécifiques incontournables pour maintenir des prestations de qualité. Gestionnaires de leur entreprise, ils participent aussi, dans le cadre de leur conventionnement à la maîtrise des dépenses de santé.</p> <p>C'est dans ce contexte que le Développement Professionnel Continu, dispositif d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, a vu le jour. L'enjeu est d'engager les professionnels de santé dans des démarches de formation en réponse à leurs besoins dans le but d'améliorer la prise en charge des patients.</p> <p>L'un des défis actuel est de construire, de façon partagée, une nouvelle culture dans les relations entre professionnels de santé du secteur sanitaire et médico-social mais aussi avec les acteurs de la politique de la ville.</p> <p>La mission que j'ai réalisé autour du projet de mener une formation continue auprès des IDEL s'inscrit dans cette logique.</p> <p>Les Formation Initiale et continue des infirmiers seront plus efficaces si la profession s'unit en mutualisant ses compétences, ses outils, ses connaissances au service des étudiants, futurs collègues de demain, de la profession qu'il est temps de réunir et des citoyens soucieux de leur prise en soins. Le conventionnement de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers avec l'université est sans doute un levier supplémentaire pour faire face aux évolutions à venir.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Evolution- Politique de Santé- Organisation des soins primaires- Infirmiers libéraux- Formation continue- Développement Professionnel Continu- Mutualisation- Compétences- Institut de Formation en Soins Infirmiers-Universitarisation</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		