

1 THEME 2 : L'INFIRMIER-E DANS LE SYSTEME DE SANTE- Corse 2017

2 La réflexion sur la place de la profession infirmière dans le système de santé a toujours été centrale dans les
3 mandats du SNICS.

4 Pour être infirmier-ère à l'éducation nationale, il faut d'abord être infirmier-ère. Cette tautologie conduit cependant
5 à imaginer, développer, construire des missions spécifiques, des soins singuliers, une équipe particulière à partir
6 des « compétences » en droit de la profession.

7 Notre mandat d'une spécialité-spécificité reconnue par un diplôme de master ne prend sens qu'à cette condition.
8 La reconnaissance de notre profession dans son entièreté et dans l'entièreté de la structuration universitaire du
9 système LMD. Une cohérence totale entre un diplôme de licence pour les infirmiers en soins généraux, un
10 diplôme de master pour les spécialités-spécificités et bien évidemment un diplôme de master le tout dans un
11 ensemble cohérent celui de la discipline en sciences infirmières.

12 Mais comment imaginer, construire, revendiquer et poser des mandats pour notre profession en la déconnectant
13 de son utilité sociale ?

14 Affirmer simplement que la population française « nous aime », et c'est vrai, n'est pas suffisant. Encore faut-il
15 évaluer si le soin infirmier, si notre profession, nos formations, permettent de répondre aux besoins et aux
16 demandes de nos concitoyens en augmentant la qualité des soins, au service de l'intérêt général.

17 De manière récurrente, que ce soit dans le champ de l'éducation ou celui de la santé, les politiques qui se
18 succèdent y vont tous d'une loi de « modernisation ». Tous parlent d'améliorer l'offre de soins et d'être plus
19 proche des préoccupations de nos concitoyens... mais très rarement ils écoutent les professionnels du soin que
20 nous sommes.

21 **Sortir d'une vision médico-centrée**

22 La santé, en France, est historiquement construite autour du médecin, et il existe deux mondes : celui des
23 professions médicales (médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes) et d'un second constitué de ceux qui
24 viennent pour aider les médecins soit à établir un diagnostic médical, soit pour appliquer et mettre en œuvre une
25 prescription. Ce qui se traduit par l'écriture du code de santé publique : « **4^{ème} partie : Professions de santé/
26 Livre 1^{er} professions médicales et Livre III Auxiliaires médicaux, aides soignants, auxiliaires de
27 puéricultures, ambulanciers et assistants dentaires** ».

28 Les infirmiers sont dans « auxiliaires médicaux ».

29 Ce postulat de la santé « médico centré » nous cantonne à être des « auxiliaires médicaux ». Dans le code de la
30 santé publique, c'est la dénomination retenue pour les professions de santé réglementées en dehors des
31 pharmaciens.....

32 Cette posture historique a impacté fortement l'inconscient populaire... « C'est mieux lorsque le docteur a dit, a vu,
33 a ordonné.... ».

34 De fait, toutes les professions non médicales ont, historiquement, été développées et construites autour de ce
35 postulat de droit :

36 « Dans le contexte français, on distingue quatre professions dites médicales (médecins, dentistes, sages -
37 femmes, pharmaciens), les autres étant des professions paramédicales (auxiliaires de santé dans le code de la
38 santé publique). Ces derniers, comme le terme d'auxiliaire des médecins l'indique, se voient reconnaître par la
39 loi des domaines d'intervention en dérogation à l'exercice illégal de la médecine. Ainsi, les procédés de travail et
40 les tâches pouvant être réalisés par les non - médecins sont définis par la loi et les règlements (décrets d'actes,
41 arrêtés) (HCAAM rapport innovation système de santé) »
42

43 Le SNICS s'est toujours inscrit dans une triple démarche d'émancipation construite, élaborée par rapport à la
44 réalité de notre profession à commencer par l'exercice de notre profession à l'éducation nationale.

45 **Tout d'abord une émancipation professionnelle** : le refus d'être des « porteurs de valises » des médecins.
46 Nous avons toujours été attachés, arcboutés à définir l'utilité de notre soin infirmier dans sa dimension holistique

47 (soins relationnels, techniques et éducatifs), en signifiant sa singularité en rapport à l'exercice de l'art médical.
48 Nous avons placé l'art infirmier sur un même plan que l'art médical. Cette émancipation intellectuelle passe par la
49 formation universitaire et la reconnaissance de celle-ci, LMD et catégorie A pour tous (tes)...et la capacité de
50 notre profession à se définir elle-même, pour elle-même (sortir du médico-centré) et pour les patients et le refus
51 d'une hiérarchie professionnelle. Par exemple, à l'hôpital, un Chirurgien chef de service n'est jamais un supérieur
52 hiérarchique professionnel des chirurgiens praticiens hospitaliers du service. Alors que pour les infirmières,
53 structurellement, il existe une certaine hiérarchie professionnelle organisée par décret statutaire entre infirmiers
54 et cadres de santé.

55 Alors que notre profession répond aux mêmes obligations au regard du droit que les professions médicales, elle
56 est malgré tout structurellement liée au « pouvoir » médical en matière de régulation des soins, du moins dans
57 les structures hospitalières.

58 **A l'origine de l'émergence d'une profession**

59 « La profession est ici entendue au sens d'Eliot Freidson, à savoir la détention par un groupe professionnel d'un
60 monopole qui lui est accordé par la société et s'exprimant dans la loi. En France, les médecins sont les seuls
61 autorisés à intervenir sur le corps humain. Toute personne non autorisée qui le fait peut être poursuivie pour
62 exercice illégal de la médecine. Une profession est ainsi définie par la détention d'un monopole, la maîtrise de la
63 production et de la transmission des savoirs par elle-même et la reconnaissance d'un domaine spécifique de
64 régulation (un conseil de l'ordre et un code de déontologie) par les pairs. Elle constitue alors un groupe social
65 autonome. La justification principale de ce processus de régulation est la protection des malades. La sécurité et
66 la responsabilité sont ainsi des enjeux régulièrement convoqués devant toute évolution des rôles professionnels.
67 Inversement, l'autonomie de la régulation professionnelle est également régulièrement critiquée, le contrôle
68 exercé par les pairs étant souvent considéré comme insuffisant. »

69
70 **En 1962**, un arrêté (6 janvier) place l'exercice infirmier sous la responsabilité médicale. Cependant, il décrit une
71 liste d'actes que l'infirmière peut exécuter sous la responsabilité du médecin. Ainsi, dans les années soixante,
72 l'image de la professionnelle repose sur son savoir, ses compétences, ses gestes techniques. Les soins de
73 nursing, la relation au malade, sont confiés progressivement aux aides-soignantes, qui se les approprient. Les
74 aides-soignantes se voient attribuer les tâches autrefois laissées aux « servantes ».

75 Selon Nicole Pierre, durant cette période, les infirmières ont tendance à s'identifier au médecin et travaillent sous
76 son autorité. Devant une pénurie de personnel, les médecins « délèguent des actes de façon officieuse », et les
77 infirmières s'en trouvent valorisées. Ainsi, les infirmières ne deviennent opérationnelles qu'à travers les gestes
78 techniques centrés sur la maladie et non sur le malade, elles se situent alors dans un rôle d'exécution des soins.
79 Le travail infirmier apparaît comme morcelé en actes techniques, réalisés dans le cadre d'une organisation basée
80 sur le taylorisme. L'organisation du travail repose sur une parcellisation et une hiérarchisation des tâches. Dans
81 cette organisation rationalisée du travail, le patient ne trouve plus sa place.

82 83 **En 1993, la profession infirmière définit par des actes**

84
85 la profession obtient deux décrets : l'un relatif aux règles professionnelles et l'autre aux actes infirmiers.

86
87 Ce décret enferme les infirmières dans une liste d'actes qui relèvent de leur rôle propre ou d'actes effectués sur
88 prescription.

89
90 Le code de santé publique est emblématique en ce sens quant à la place des différentes professions de santé et
91 de leur hiérarchie, ainsi que de l'espace professionnel laissé à chacune.

92
93 Ainsi, les professions de santé relèvent toutes du livre 4 du code de la santé publique avec pour chacune un titre
94 leur correspondant. Ce qui pourrait accréditer la thèse selon laquelle notre profession est traitée à égalité des
95 professions médicales et notamment celle des médecins.

96
97 A y regarder de plus près, il n'en est rien. Le diable se cache parfois dans les détails mais là, il ne s'agit pas de
98 détails mais bel et bien de la conception politique de telle ou telle profession.

99
100 La rédaction du code de la santé publique est éclairante sur ce sujet :

101 Concernant les médecins :

102 4^{ème} partie, livre 1^{er} titre 3 relatif à la profession de médecin : Médecin généraliste de premier recours et médecins
103 spécialistes de premier ou deuxième recours.

104

105 **Et la profession de médecin par des missions.**

106 « Article L4130-1 [En savoir plus sur cet article...](#)

107 Modifié par [LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 68](#)

108 *Les missions du médecin généraliste de premier recours sont notamment les suivantes :*

109 *1° Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le*
110 *diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. Cette mission peut s'exercer*
111 *dans les établissements de santé ou médico-sociaux ;*

112 *2° Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social ;*

113 *3° S'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients ;*

114 *4° Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des*
115 *soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui*
116 *participent à la prise en charge du patient ;*

117 *5° S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ;*

118 *5° bis Administrer et coordonner les soins visant à soulager la douleur. En cas de nécessité, le médecin traitant*
119 *assure le lien avec les structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur ;*

120 *6° Contribuer aux actions de prévention et de dépistage ;*

121 *7° Participer à la mission de service public de permanence des soins dans les conditions fixées à l'article [L. 6314-](#)*
122 *1 ;*

123 *8° Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales.*

124 Article L4130-2 [En savoir plus sur cet article...](#)

125 Créé par [LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 66](#)

126 **Les missions du médecin spécialiste de premier ou de deuxième recours comprennent les actions**
127 **suivantes :**

128
129 *1° Compléter la prise en charge du patient par la réalisation d'une analyse diagnostique et thérapeutique*
130 *d'expertise, la mise en œuvre du traitement approprié ainsi que le suivi des patients, selon des modalités propres*
131 *aux compétences de chaque discipline ;*
132

133 *2° Contribuer à la prévention et à l'éducation pour la santé ;*
134

135 *3° Participer à la mission de service public de permanence des soins ;*
136

137 *4° Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales.*
138

139 *Le médecin spécialiste de deuxième recours peut intervenir en tant que médecin correspondant, en lien avec le*
140 *médecin généraliste, pour le suivi conjoint du patient et l'élaboration du projet de soins.*

141
142 *Le médecin spécialiste de premier ou de deuxième recours intervient en coopération avec les établissements de*
143 *santé et contribue à la prévention des hospitalisations inutiles ou évitables »*

144
145 Les règles d'exercice sont déclinées sous forme de missions permettant au médecin de « faire des choix » au
146 sein de l'arsenal diagnostique et thérapeutique en leur possession. Cette déclinaison en missions ouvre l'art
147 médical sans l'enfermer dans des actes.

148 **Des actes aux missions dans le code de l'éducation pour les infirmières de**
149 **l'éducation nationale.**

150 C'est le choix que le SNICS a défendu, par ailleurs à l'éducation nationale, lors des derniers textes sur les
151 missions qui sont beaucoup moins une liste « à la Prévert » d'actes ou de tâches à effectuer que des missions
152 que l'infirmière a en responsabilité autour de concevoir, animer et évaluer, que ce soit autant dans le soin
153 individuel que dans la dimension collective de ce soin.

154 **Concernant les infirmières, dans le code de santé publique, il n'existe pas de règles**
155 **d'exercice comme pour les médecins, mais une rédaction centrée sur des actes :**

156 » Article L4311-1 [En savoir plus sur cet article...](#)

157 Modifié par [LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 134](#)

158 *Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement*
159 *des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu.*

160 *L'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la*
161 *santé et de formation ou d'encadrement.*

162 *L'infirmière ou l'infirmier peut effectuer certaines vaccinations, sans prescription médicale, dont la liste, les*
163 *modalités et les conditions de réalisation sont fixées par décret en Conseil d'Etat, pris après avis du Haut conseil*
164 *de la santé publique.*

165 *L'infirmière ou l'infirmier est autorisé à renouveler les prescriptions, datant de moins d'un an, de médicaments*
166 *contraceptifs oraux, sauf s'ils figurent sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé, sur proposition*
167 *de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, pour une durée maximale de six mois,*
168 *non renouvelable. Cette disposition est également applicable aux infirmières et infirmiers exerçant dans les*
169 *établissements mentionnés au troisième alinéa du I de l'article [L. 5134-1](#) et dans les services mentionnés au*
170 *premier alinéa de l'article [L. 2112-1](#) et à l'article [L. 2311-4](#).*

171 *Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe la liste des dispositifs médicaux que les*
172 *infirmiers, lorsqu'ils agissent sur prescription médicale, peuvent prescrire à leurs patients sauf en cas d'indication*
173 *contraire du médecin et sous réserve, pour les dispositifs médicaux pour lesquels l'arrêté le précise, d'une*
174 *information du médecin traitant désigné par leur patient.*

175 *L'infirmier ou l'infirmière peut prescrire des substituts nicotiques. »*

176 Nous retrouvons cette distinction dans la rédaction de la réglementation : Contrairement aux infirmières, il n'y a
177 pas d'articles déclinant exactement quels « actes » un médecin est habilité à accomplir, ni comment il doit les
178 mettre en œuvre.

179 La définition des « *missions contenues dans la loi* » leur permet de répondre aux injonctions en matière de santé.

180 Pour les infirmières, l'axe vertébral de leur exercice est contenu dans la section de la partie réglementaire et
181 s'intitule : « *actes professionnels* ».

182 Certes, ces « actes » permettent également de délimiter un périmètre à la profession, mais les missions pour les
183 médecins le permettent également.

184 Certains, exerçant en secteur libéral, sont très attachés aux actes, car c'est ce qui permet de les rémunérer.

185 Mais les médecins alors ??? : Ils sont avant tout rémunérés sur des « consultations », et ensuite selon les
186 techniques ou examens qu'ils mettent en œuvre, ils peuvent majorer la consultation, par exemple la codification
187 d'un ECG en sus, ou d'un frottis.

188 Les deux sont ils compatibles ? Les actes sont en lien, « au service » de missions et non l'inverse. Ce qui permet
189 à celui qui est détenteur d'une mission légale de piocher « dans une trousse à outils ».

190 **Plusieurs questions se posent aux infirmières :**

191 La question posée est : devons nous accepter, revendiquer, que nos actes soient en lien permanent, constant
192 avec des missions dévolues à d'autres professions ?

193 Devons nous revendiquer des territoires de missions spécifiques, propres à notre profession, ce qui n'exclue pas
194 « d'utiliser le contenu de la boîte à outil ? »

195 Devons nous revendiquer une émancipation, totale ou partielle, en rapport avec cette hiérarchie introduite par
196 l'arrêté de 1962, mais également en anoblissant le « décret des actes » ?

197 **Nous y avons en partie répondu pour les infirmières de l'éducation nationale**

198 Notamment lors du **congrès de Martigues**, où nous avons placé un curseur fort, après un débat fort, celui du
199 refus des pratiques avancées et d'une licence professionnelle (**congrès précédent de Lille**).

200 **Ces mandats nous ont amenés à revendiquer et obtenir des nouvelles missions pour les infirmières de**
201 **l'éducation nationale.** C'est ce que nous avons obtenu et gagné dans la rédaction de la loi, article L 121-4-1 du
202 code de l'éducation :

203 **« Article L121-4-1**

- 204 • Modifié par [LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 3](#)
205 • Modifié par [LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 4](#)

206 *I.-Au titre de sa mission d'éducation à la citoyenneté, le service public de l'éducation prépare les élèves à vivre en*
207 *société et à devenir des citoyens responsables et libres, conscients des principes et des règles qui fondent la*
208 *démocratie. Les enseignements mentionnés à l'article [L. 312-15](#) et les actions engagées dans le cadre du comité*
209 *prévu à l'article [L. 421-8](#) relèvent de cette mission.*

210 **II.-Le champ de la mission de promotion de la santé à l'école comprend :**

211 *1° La mise en place d'un environnement scolaire favorable à la santé ;*

212 *2° L'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes d'éducation à la santé destinés à développer*
213 *les connaissances des élèves à l'égard de leur santé et de celle des autres et à l'égard des services de santé ;*

214 *3° La participation à la politique de prévention sanitaire mise en œuvre en faveur des enfants et des adolescents,*
215 *aux niveaux national, régional et départemental, et la promotion des liens entre services de santé scolaire,*
216 *services de prévention territorialisée, services de santé ambulatoire et services hospitaliers ;*

217 *3° bis La coordination des actions conduites dans le cadre de la protection et de la promotion de la santé*
218 *maternelle et infantile avec les missions conduites dans les écoles élémentaires et maternelles ;*

219 *4° La réalisation des examens médicaux et des bilans de santé définis dans le cadre de la politique de la santé*
220 *en faveur des enfants et des adolescents ainsi que ceux nécessaires à la définition des conditions de*
221 *scolarisation des élèves ayant des besoins particuliers ;*

222 *5° La détection précoce des problèmes de santé ou des carences de soins pouvant entraver la scolarité ;*

223 *6° L'accueil, l'écoute, l'accompagnement et le suivi individualisé des élèves ;*

224 *7° La participation à la veille épidémiologique par le recueil et l'exploitation de données statistiques.*

225 **La promotion de la santé à l'école telle que définie aux 1° à 7° du présent II relève en priorité des**
226 **médecins et infirmiers de l'éducation nationale.**

227 *Elle est conduite, dans tous les établissements d'enseignement, y compris les instituts médico-éducatifs,*
228 *conformément aux priorités de la politique de santé et dans les conditions prévues à l'article [L. 1411-1-1](#) du code*

229 *de la santé publique, par les autorités académiques en lien avec les agences régionales de santé, les collectivités*
230 *territoriales et les organismes d'assurance maladie concernés. Elle veille également à sensibiliser*
231 *l'environnement familial des élèves afin d'assurer une appropriation large des problématiques de santé publique.*

232 *Des acteurs de proximité non professionnels de santé concourent également à la promotion de la santé à l'école.*
233 *Des actions tendant à rendre les publics cibles acteurs de leur propre santé sont favorisées. Elles visent, dans*
234 *une démarche de responsabilisation, à permettre l'appropriation des outils de prévention et d'éducation à la*
235 *santé. »*

236 Devons nous nous inspirer de la rédaction de l'arrêté concernant les visites médicales et de dépistages qui
237 définissent des missions différentes (6 ans et 12 ans), mais qui permettent à chaque profession d'utiliser les
238 mêmes outils et les mêmes actes au service d'un diagnostic et d'un suivi prescrit par l'une ou l'autre des
239 professions forcément différents?

240 Nous savons que les médecins y voient une perte de pouvoir, de liberté, et qu'ils n'ont de cesse de vouloir son
241 abrogation.

242 Dans les champs traditionnels de la santé et lors de l'élaboration de la loi santé en 2016, nous avons pu
243 visualiser et vivre cette dominante de la prééminence du médecin dans la santé.

244 **Des obstacles sur le chemin de l'émancipation**

245 L'histoire balbutie ou de moins se répète. Si en 1962 il s'agissait d'un simple arrêté permettant à des infirmiers
246 d'effectuer des actes médicaux sous le contrôle et la responsabilité des médecins, aujourd'hui le changement
247 reste léger.

248 Malgré des avancées notables pour notre profession, dans sa capacité et dans certaines circonstances à
249 prescrire, à faire des choix (code de déontologie), la question de l'évolution des champs d'interventions et donc
250 de compétences légales indépendantes des professions médicales est toujours d'actualité.

251 Certains, au fil du temps, ont voulu voir dans les concepts de « pratiques avancées » une possible valorisation de
252 la profession.

253 **Des pratiques avancées soumises au contrôle médical d'un côté, déconstruction par** 254 **ordonnance du décret des actes de l'autre.**

255 La nouvelle loi l'évoque. La loi HPST (Hôpital Patient Santé et Territoire) de Bachelot, avait elle, placé la notion
256 de coopération des professions de santé, notamment au travers de protocoles de coopération.

257 Nous avons eu des mandats forts à Martigues sur le rejet de ces deux orientations au motif qu'elles ne
258 constituaient en rien une revalorisation de notre profession dans son ensemble. Elle permettait surtout de
259 « gagner du temps médical » et ne révisait en rien les champs de la profession qui, de son côté, se battait pour
260 une filière infirmière, une discipline infirmière complète dans le système LMD. Une fois de plus, c'était ce que le
261 « bon docteur » voulait nous laisser faire. De nouveau s'opérait une vassalisation, de nouveau s'opérait le
262 maintien, l'enfermement dans un couple infernal mais en aucun cas cela ne débouchait sur une émancipation de
263 notre profession.

264

265 Rappelons que ce fut une revendication du SNIES que de reconnaître les dépistages des troubles du langage
266 ainsi que de « peser et mesurer » dans le cadre de la visite médicale des 6 ans, comme une pratique avancée,
267 puisque nous aidions le médecin.

268 « *Le transfert de compétences va conduire les infirmières à évoluer vers une profession plus spécialisée sans*
269 *être une spécialisation....Transfert..... Sur dérogation, l'infirmière peut assurer des soins d'hémodialyse, faire*
270 *partie des consultations de suivi en oncologie etc....à la place du médecin ; Il s'agit seulement de développer le*
271 *seul aspect des actes de prescription médicale qui est élargi. Il ne s'agit en aucune façon de donner aux*
272 *infirmières la possibilité de s'investir dans la clinique infirmière répondant aux besoins de la population (mémoire*
273 *Nicole Pierre, Directrice de soins). »*

274 Aujourd'hui, beaucoup de nos collègues de la FPH (SNPI, CNI et associations), regardent avec beaucoup de
275 circonspection les pratiques avancées telles qu'elles sont écrites dans la loi et demandent une évolution de cette
276 écriture qu'ils ont pourtant provoquée, avec la bénédiction de l'ordre. On peut le comprendre :

277

278 « Article L4301-1

279 • Créé par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 119

280 ***I.-Les auxiliaires médicaux relevant des titres Ier à VII du présent livre peuvent exercer en pratique***
281 ***avancée au sein d'une équipe de soins primaires coordonnée par le médecin traitant ou au sein d'une***
282 ***équipe de soins en établissements de santé ou en établissements médico-sociaux coordonnée par un***
283 ***médecin ou, enfin, en assistance d'un médecin spécialiste, hors soins primaires, en pratique ambulatoire.***

284

285 *Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis de l'Académie nationale de médecine et des représentants des*
286 *professionnels de santé concernés, définit pour chaque profession d'auxiliaire médical :*

287

288 1° Les domaines d'intervention en pratique avancée qui peuvent comporter :

289 1° Les domaines d'intervention en pratique avancée qui peuvent comporter :

290 a) Des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage ;

291 a) Des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage ;

292 b) Des actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques et des actes de surveillance clinique et

293 b) Des actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques et des actes de surveillance clinique et
294 para-clinique ;

295

296 c) Des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale obligatoire, des prescriptions
297 d'examens complémentaires et des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales ;

298

299 2° Les conditions et les règles de l'exercice en pratique avancée.

300 II.- Peuvent exercer en pratique avancée les professionnels mentionnés au I qui justifient d'une durée d'exercice

301 minimale de leur profession et d'un diplôme de formation en pratique avancée délivré par une université habilitée

302 à cette fin dans les conditions mentionnées au III »
303

304 Dès le premier alinéa le ton est donné..... puisqu'il faut être dans une équipe coordonnée par un médecin. **Mais**
305 **ce qui est également intéressant, c'est que les « soins primaires » ne sont pas concernés par ces**
306 **pratiques avancées**, et c'est compréhensible car ne relevant pas exclusivement de compétences médicales
307 puisqu'il s'agit selon l'OMS-1978 de la prévention, la promotion de la santé, l'éducation à la santé, le
308 développement social et local.

309 **Dans le même temps**, et uniquement pour les infirmières, **le gouvernement** avec une célérité à laquelle il ne
310 nous a pas habitué, **transcrit dans le code de santé publique une directive européenne**. Pour aller très vite il
311 utilise la promulgation d'une ordonnance. De quoi s'agit-il ?

312 Tout simplement de déshabiller la profession d'infirmière ! Il s'agit de permettre un exercice partiel de notre
313 profession.

314 La profession infirmière n'ayant principalement que des actes, que ce soit dans le rôle propre ou sur prescription,,
315 (cf supra) I gouvernement permet que pour ces actes, il ne sera pas nécessaire d'avoir la complétude de la
316 formation infirmière d'une part, ni le DE d'autre part. Il suffira, sous condition de formation, de permettre à
317 certaines personnes de réaliser certains actes infirmiers, sans, de fait, être dans l'exercice illégal de la profession.

318 Dans un contexte d'évolution du système de santé liée à la démographie médicale, à la spécialisation de la
319 médecine, à l'importance accrue de soin et de confort du patient dans la prise en charge notamment des
320 pathologies chroniques, la tentation est grande de modifier à la marge le décret infirmier au bénéfice du métier
321 d'aide-soignant avec des glissements d'actes comme la glycémie capillaire et la pose de bandes de contention.

322 Ce projet est une attaque en règle contre notre profession car cela change le cadre juridique de notre profession
323 en confiant des actes techniques réservés aux infirmier.e.s à des aides soignant.e.s dans des établissements
324 médicaux-sociaux pour répondre par exemple aux attentes du lobby des directions d'EHPAD (établissement
325 d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) dans la recherche du moindre coût aux dépens de la qualité
326 des soins.

327 **Le SNICS ne peut ainsi tolérer le démantèlement du décret d'actes** 328 **professionnels de notre profession.**

329 Cette déréglementation de notre profession entraîne non seulement une menace quant à la qualité des soins et la
330 sécurité des patients, mais aussi une incohérence à l'intégration de la profession d'infirmière dans le processus
331 LMD.

332 Cependant, le décret d'actes et d'exercice infirmier n'a pas été réactualisé depuis 2004, alors que les pratiques
333 médicales ont évolué. 25 organisations associatives infirmières et syndicales dont le SNICS, posent l'exigence
334 de l'actualisation du décret relatif aux actes et à la profession infirmière au regard des besoins de la population,
335 en tenant compte des évolutions des pratiques validées dans les référentiels de compétence et de formation
336 infirmière. La reconnaissance des consultations infirmières et infirmières spécialisée en première et deuxième
337 ligne, et révision de la nomenclature des actes professionnels (NGAP).

338 **Nous voyons bien ici où conduit la logique d'enfermement d'une profession qui serait** 339 **définie uniquement sur des actes et non sur des missions en premier.**

340 En droit actuel, l'atteinte, le droit de toucher le corps, de nommer, en matière de santé, incombe au médecin.
341 C'est ce qui, en partie, légitimise la notion de « missions » qui incombent à leur profession dans le code de santé
342 publique. Nécessairement, il en découle que tous les actes qui accompagnent ces missions, ces compétences,
343 relèvent intrinsèquement de la responsabilité et soient mis à la disposition du médecin.

344 Dans la démarche historique d'émancipation de la profession, l'arrêté de 1962 marquait un tournant en
345 définissant un certain nombre d'actes que les auxiliaires médicaux pouvaient effectuer, bien entendu sous la
346 responsabilité du médecin. De facto, cela signifiait que tous les autres actes restaient du ressort des seuls
347 médecins, mais que pour les actes « délégués » aux auxiliaires médicaux, les médecins étaient compétents
348 pour les effectuer mais au-delà, car ils pouvaient les vérifier. La liste était limitative.

349 *« Nicole pierre directeur des soins*

350 *Pendant cette période, les infirmières ont tendance à s'identifier au médecin, elles travaillent sous son autorité.*
351 *Devant une pénurie de personnel, les médecins « délèguent des actes de façon officieuse », les infirmières s'en*
352 *trouvent valorisées. Ainsi les infirmières ne deviennent opérationnelles qu'à travers les gestes techniques centrés*
353 *sur la maladie et non sur le malade, elles se situent alors dans un rôle d'exécution des soins. Le travail infirmier*
354 *apparaît comme morcelé en actes techniques, réalisés dans le cadre d'une organisation basée sur le taylorisme.*
355 *L'organisation du travail repose sur une parcellisation et une hiérarchisation des tâches. Dans cette organisation*
356 *rationalisée du travail, le patient ne trouve plus sa place. »*

357 **1993** marque un tournant avec l'introduction de la notion du rôle propre « *relève du rôle propre...* ». Le décret
358 93-345 du 15 mars 1993 que nous appelons à tort décret de compétences, son titre exact est « **décret relatif**
359 **aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier** ». Ce qui n'a pas du tout la même
360 signification.

361 Ce décret définit les actes que les infirmiers sont « habilités » à mettre en œuvre ; Il amorce une démarche
362 d'autonomie de la profession tout d'abord en esquisant des champs très parcellaires de missions dans son
363 article 1^{er}, 1^{er} alinéa, « protéger, maintenir, restaurer et promouvoir etc... » mais sans les nommer puisque on
364 les définit comme un but.

365 Les soins infirmiers « *ont pour but* ». Après les avoir définis « *préventifs, curatifs ou palliatifs sont de nature*
366 *technique, relationnelle et éducative* ».

367 Pour ce qui concerne le médecin généraliste, la définition est différente (L4130-1 CSP) : « *les missions du*
368 *médecin généraliste sont notamment les suivantes* » et non exclusivement.

369 « Contribuer à l'offre de soins ambulatoires.... Orienter les patients selon leurs besoins.... S'assurer de la
370 coordination des soins nécessaires aux patients... s'assurer de la synthèse des informations transmises...
371 Administrer et coordonner les soins visant à soulager la douleur... contribuer aux actions de prévention et de
372 dépistage...Participer à la mission de service public de permanence des soins... »

373 Certes, le décret de 1993 participe de l'émancipation de la profession et permet de définir par excès la notion
374 d'exercice illégal de la profession d'infirmière, mais pour les médecins, leurs missions sont définies par la loi.

375 Depuis 1993, de nombreuses évolutions, dans la loi ou la réglementation, ont cependant eu lieu pour notre
376 profession et permettent cette différenciation et cette autonomie professionnelle. Pour ne citer, de manière très
377 limitative, que la possibilité de délivrer la contraception d'urgence, la contraception orale, les substituts
378 nicotiques et non des moindres, l'article 121-4-1 du code de l'éducation cité plus haut.

379 Nous devons donc mettre en oeuvre des combats, des actions, et être force de proposition pour faire évoluer
380 notre profession vers un autre positionnement non médico-centré.

381 Nous devons faire intégrer des « missions spécifiques » pour notre profession dans le code de santé publique et
382 refuser que nous soyons réduits à une liste d'actes.

383 La construction de la formation qui découle de chaque posture est différente et renvoie à une reconnaissance
384 différente. Soit au sein des formations professionnalisantes avec leur cortège de licences professionnelles soit
385 aux dans le système LMD complet.

386 **Emancipation intellectuelle : un combat pour une filière universitaire Licence**

387 **Master Doctorat**

388 L'organisation du travail dans le champ de la santé et ses évolutions relève en grande partie de l'internalisation
389 de savoirs et de normes élaborées et transmises par les professions dans les processus de formation, mais doit
390 être également abordée sous l'angle du jeu des acteurs sociaux en quête d'autonomie, et doit prendre en
391 compte leurs mécanismes de régulation généraux et spécifiques.
392

393 L'émancipation de la profession passe par la formation et la reconnaissance de celle-ci. Ce fut un long combat de
394 la profession de calquer la reconnaissance sociale sur la durée de la formation. Ce calage n'a pas suffi, la durée
395 des études d'infirmières, pour mémoire supérieure à 3 ans, ne suffisait pas en soi pour être reconnu en catégorie
396 A. Notre diplôme sur ce seul critère ne pouvait pas être apprécié au niveau de la licence, qui à cette époque, était
397 la porte d'entrée de la catégorie A. Ce diplôme professionnel ne rentrait pas dans le processus de Bologne
398 (rapprochement des systèmes de l'enseignement supérieur dans les pays de la communauté européenne).

399 Il a fallu tout d'abord revoir notre formation au regard de ces contraintes. Le SNICS a plus que largement pris sa
400 part dans ce combat, qui n'a pas totalement abouti.

401 Quelle était la demande de la profession? : Elle était une reconnaissance de son existence en tant que telle et
402 non par rapport à telle ou telle autre. Ce qui s'est traduit par cette demande de création d'une discipline infirmière,
403 d'une filière infirmière universitaire complète Licence, Master et Doctorat.

404 Des freins à cette plateforme, il y en a eu... D'abord par les médecins et la faculté de médecine, ensuite dans la
405 profession elle-même. Les « cadres » qui avaient peur ne pas pouvoir enseigner en université, mais aussi bien
406 sur la DGOS (ministère de la santé), avec une Directrice des soins, Marie Ange Coudray qui disait : «mais pour
407 qui se prennent elles pour vouloir des doctorats et de la recherche ? », mais aussi du côté des centrales par peur
408 d'une trop grande déconnection des aides soignantes qu'elles perçoivent comme le vivier naturel de la profession
409 d'infirmière.

410 **Pour qui nous prenions-nous ???**

411 Nous n'avons eu que le grade de licence, nous n'avons pas eu de discipline infirmière et encore moins de
412 structuration complète de notre profession dans des diplômes de Licence, de Master et de Doctorats...

413 Il est plus que temps que chaque secteur « singulier » de la profession soit reconnu dans cette architecture
414 universitaire.

415 Nous voyons bien que lorsque l'unité n'existe plus dans la profession, le gouvernement en profite pour opposer
416 les uns aux autres : Chacun y va de sa « petite revendication perso », en se tirant au passage une balle dans le
417 pied à moyen terme.

418 La profession Infirmière est la profession charnière de la LMDisation des professions de santé non médicales, la
419 plus nombreuse (cf chapitres suivants), et celle qui a initié ce processus après de mobilisations fortes
420 contrairement aux autres professions qui n'ont finalement fait que prendre le train en marche.

421 La reconnaissance de la formation kinésithérapie en master 1 n'impacte en rien les autres professions de santé ,
422 et ne permet pas aux kinés de se prévaloir du diplôme de master et les laissent ainsi au milieu du gué.

423 La reconnaissance des IADE par un grade de master ne permet pas de reconnaître la filière infirmière, ni la
424 création du domaine en sciences infirmières et encore moins de la discipline. Ces «reconnaisances» partielles
425 ne permettent pas par ailleurs de reconnaître la profession dans les grilles de catégorie A type.

426 Rappelons que maintenant, le A type (enseignants) correspond à un diplôme de MASTER. La reconnaissance
427 par des grades infra- master, induit des reconnaissances salariales dans une grille de A certes mais pas de A
428 type.

429 Le SNICS devra tout mettre en œuvre pour que dans l'unité, nous puissions faire aboutir ce dossier de
430 reconnaissance de notre profession dans l'intégralité du système LMD, et plus particulièrement pour l'obtention
431 d'un diplôme de master pour les infirmières de l'éducation nationale.

432

433

434

HISTORIQUE LMD

435

436 En 2004, il était question d'accorder aux conseils régionaux une validation
437 par l'expérience en quelques mois de la formation d'infirmière, parce
438 qu'ils venaient d'obtenir la responsabilité financière des IFSI et qu'ils
439 avaient en charge d'un côté les soins d'une population vieillissante et de
440 l'autre l'emploi de centaines de milliers de femmes sans aucun diplôme.

441

442 **Personne ne prenait au sérieux la demande du SNICS-FSU de reconnaissance au**
443 **niveau licence dans le nouveau dispositif européen LMD (Licence-Master-**
444 **Doctorat).**

445

- 446 • En 2004, lors de l'audience du SNICS avec les doyens du ministre de
447 la santé (Pr Brunel) et du ministre de l'EN (Pr Thibault), ceux-ci
448 s'engagent à mettre en place des groupes de travail sur la réforme
449 des études infirmières. Sans suite, malgré notre relance.
- 450 • En 2006, le SNICS demande au ministre de la santé de le recevoir et
451 d'organiser une concertation sur la réforme LMD. L'audience n'aura
452 lieu que le 22 février 2007.
453 Le SNICS écrit à l'ensemble des organisations syndicales infirmières
454 pour leur proposer d'anticiper, dans l'unité, la meilleure stratégie
455 à mettre en œuvre.

456 Fin 2006, Xavier Bertrand envoie une lettre de cadrage pour le LMD
457 dans laquelle il est question de « *finalité professionnelle* », de

458 « *diplômes d'Etat et de certificats attestant des compétences*
459 *requis pour exercer un métier de la santé* » !!!

460
461
462

La profession bouge enfin !

- 463 • Le 3 avril 2007, première manifestation infirmière à Paris à
464 l'initiative de la CNI. Le SNICS fait partie de la délégation
465 reçue au ministère de la santé : les représentants du ministère
466 disent leur volonté de conserver un diplôme d'Etat professionnel et
467 de permettre seulement à une minorité d'infirmiers d'accéder à un
468 diplôme universitaire, évoquant une licence facultative mais
469 probablement pas en soins infirmiers ! Ils osent même dire "*Mais à*
470 *quoi va vous servir une licence à l'hôpital ?*" Le SNICS fait
471 remarquer que la formation infirmière mérite bien plus que la
472 licence...
- 473 • Le 5 avril 2007, au cours d'une réunion de 27 organisations
474 d'étudiants et professionnels infirmiers, pour mettre en place une
475 plateforme et une stratégie commune, le CEFIEC (enseignants et
476 directeurs des IFSI) annonce son souhait d'une filière para médicale
477 à 3 niveaux, et ne voit pas l'utilité pour les infirmiers de vouloir
478 intégrer l'université, tout comme la CFDT et la FNESI (syndicat
479 étudiant).
480 A la réunion suivante, la CGT et Sud soulignent qu'elles sont des
481 organisations syndicales multicatégorielles et disent leur
482 attachement à la VAE infirmière (validation des Acquis par
483 l'Expérience) !
- 484 • En mai 2007, le SNICS s'adresse aux candidats présidents leur
485 demandant l'intégration du DE infirmier dans le LMD et une
486 reconnaissance universitaire, sociale, professionnelle et salariale
487 urgente. Le candidat Sarkozy répond par courrier au SNICS et s'engage
488 sur la reconnaissance du DE au niveau licence. Le SNICS rappellera
489 cet engagement à chaque audience.
- 490 • Mai et juin 2007, manifestations infirmières réussies avec la
491 participation active du SNICS.

493 **A partir de juin 2007 le SNICS s'engage à être le coordonnateur de la** 494 **plateforme « Unité pour le LMD »**

- 495 • la création d'une discipline universitaire en Sciences infirmières
496 avec une filière complète Licence-Master-Doctorat (donc incompatible
497 avec une licence professionnelle) pour que la formation soit adossée
498 à la recherche (actuellement, la Haute Autorité de Santé utilise les
499 connaissances scientifiques issues des travaux de recherche en
500 sciences infirmières menées à l'étranger !)
- 501 • l'équivalence d'emblée du diplôme de licence en soins infirmiers pour
502 les professionnels déjà diplômés, garantissant la catégorie A et
503 l'accès à tous au Master et Doctorat.

505 Le SNICS invite l'UNEF à entrer au sein de la plateforme. La CFDT et SUD
506 n'en font pas partie. CGT Santé a toujours été présente dans la réflexion
507 mais n'a pu signer certains courriers qui étaient en opposition avec les
508 mandats de sa confédération.

509

510 Les réunions se succèdent à raison d'une à deux réunions par mois pour
511 rédiger courriers, communiqués de presse unitaires, le dossier
512 « Argumentaire pour une discipline infirmière ». Le SNICS prend en charge
513 l'envoi de centaines de courriers aux députés, sénateurs, ministres,
514 conseils généraux et régionaux, participe aux différentes audiences dans
515 plusieurs régions de France...

516

517 **L'ouverture des négociations est enfin annoncée à la rentrée 2008.**

518

519 En octobre 2008, le SNIES-UNSA annonce aussi qu'il n'est pas opposé à une
520 licence professionnelle Afin de ne pas affaiblir le poids du collectif, les
521 participants décident de conserver le plus longtemps possible l'unité de
522 départ jusqu'à l'obtention de l'ouverture des négociations, sachant qu'en
523 bilatérale avec le Ministère, les organisations syndicales CFDT, SUD, CGT
524 et UNSA risquent d'argumenter pour une licence professionnelle.

525

526 A l'ouverture des négociations en novembre 2008, suite au communiqué
527 d'appel à l'action par les partenaires de la plateforme « Unité pour le
528 LMD » (sauf le SNIES-UNSA qui avait refusé de signer) la manifestation
529 nationale infirmière était portée quasi exclusivement par le SNICS-FSU qui
530 avait su une nouvelle fois se mobiliser en nombre malgré le délai très
531 court (10 jours !).

532 Suite aux positions syndicales divergentes sur le type de licence, le
533 SNICS-FSU s'adresse à l'ensemble de la plateforme « Unité pour le LMD »
534 pour construire un nouveau collectif sur des bases sans ambiguïté lors des
535 négociations. Le collectif « Pour une licence générale, des masters et un
536 doctorat en sciences infirmières » est constitué de 20 organisations
537 syndicales et associatives. La CGT a revu ses mandats et s'inscrit
538 entièrement dans ce nouveau collectif. Le SNIES-UNSA n'en fait pas partie.

539

540 **A partir de décembre 2008, tout va très vite pour l'intégration des**
541 **étudiants en soins infirmiers dans le LMD à la rentrée 2009.**

542

543 • Le Ministère de l'Enseignement supérieur convient du bout des
544 lèvres, en réponse au SNICS, que la licence professionnelle ne peut
545 s'appliquer à la formation infirmière. Cependant il préconise le
546 grade plutôt que le diplôme de licence.
547 Le CNESER prend position pour que la reconnaissance de ces formations
548 se fasse par la délivrance de diplômes nationaux de licence et donne
549 notamment lieu à une intégration des IFSI aux universités.

550 • En avril 2009 la CPU (Conférence des Présidents d'Université) qui
551 n'avait que mépris pour notre demande d'universitarisation des études
552 infirmières, déclare dans un communiqué être « favorable à
553 l'intégration dans le LMD des formations paramédicales et notamment,
554 dans l'immédiat, à l'intégration des formations en soins infirmiers
555 dans les universités pour laquelle elle demande aux ministères
556 concernés de préciser très rapidement le calendrier ».

557 Le CNESER adopte le vœu présenté par l'UNEF : « ...Le gouvernement
558 semble aujourd'hui faire le choix de l'affichage politique plutôt que
559 celui de l'intérêt des étudiants, optant pour une reconnaissance à
560 minima avec la simple délivrance du grade de licence... Le CNESER se
561 prononce pour que la reconnaissance à bac +3 de l'ensemble des
562 formations paramédicales et notamment celle en soins infirmiers se
563 fasse par la délivrance d'un diplôme de licence. Le CNESER demande
564 qu'un calendrier d'intégration des IFSI aux universités soit mis en
565 place ... ».

566

567 **Emancipation féminine**

568 C'est une profession essentiellement féminine ! : En 2016, il y avait 660 611 professionnels en exercice selon les
569 sources du DATA Santé de la DRESS, et 86,77% de ces collègues étaient du sexe féminin. Chez les médecins,
570 les femmes ne représentent que 44,9% des professionnels en exercice.

571 Comme dans les autres pans de la société, mais également dans la fonction publique, il est patent qu'une
572 profession à dominante féminine soit moins bien rémunérée qu'une profession à dominante masculine.

573 Cette émancipation passe nécessairement par l'accès à des savoirs et des qualifications universitaires. Il n'est
574 pas anodin que, par exemple , parmi les élèves ingénieurs, les femmes ne représentent que 28,2%, et que dans
575 les écoles les plus illustres, les taux soient encore plus bas puisque de 18% à polytechnique, 20% Aux mines
576 Paris ou Aux ponts et chaussées (rapport Contrôle Général Economique et financier).

577 A l'ENA, les femmes ne représentaient que 28,75% des étudiants en 2012 et 45% en 2015. A l'assemblée
578 nationale, il y a 22 médecins, dont 19 hommes.

579 Revendiquer une filière universitaire spécifique, complète, pour une profession essentiellement féminine dans un
580 champ et un milieu où la prescription appartient traditionnellement aux hommes est un combat que le SNICS doit
581 continuer à mener dans un objectif d'émancipation de notre profession.

582 **Les infirmières parmi les professions de la santé.**

583 Quelques idées fausses qu'il faut continuer à combattre quel que soit le secteur d'activité où nous exerçons :

584 Il existe en France une pénurie de médecins, et cette pénurie justifie que ces « bons praticiens » ne puissent plus
585 faire face à la demande des patients. Il n'y a jamais eu aussi peu de médecins en France que ces dernières
586 années.

587 Nous connaissons ce discours à l'éducation nationale, où l'on prétend manquer de médecins. Pourtant, pour
588 réaliser les seules VA et toutes les VA, il suffit de 280 postes de médecins à raison d'1/2 heure par enfant, et 560
589 postes si l'on admet une heure par enfant.

590 **On voit bien qu'à l'éducation nationale, les moyens sont là puisqu'il y a près de 1500 médecins.** C'est
591 donc autre chose qui se joue, du genre hiérarchie entre les professions de santé. Aux infirmières les « tâches »,
592 les « activités de peser et mesurer », aux médecins la signature et le diagnostic. Certains sont des exécutants ,
593 d'autres sont des donneurs d'ordre responsables.

594 **Le même débat existe ailleurs.** Régulièrement, on nous abreuve d'informations disant qu'il n' y a jamais eu
595 aussi peu de médecins en France, qu'on ne trouve pas d'infirmières, mais qu'il faut tout de même que ces
596 infirmières « délestent » les médecins de leur charge de travail. Dans le même temps, on nous dit qu'il n'y a
597 jamais eu autant de personnes âgées en France, que l'espérance de vie augmente, et que nécessairement, les
598 besoins en santé de ces personnes âgées sont là, et que c'est aux infirmières d'y répondre, et on multiplie le
599 nombre de SIAD.

600 Les urgences des hôpitaux sont engorgées, mais on n'oblige pas les médecins à respecter leurs obligations
601 déontologiques de la prise de garde à tour de rôle, notamment en milieu rural, et en milieu urbain, on transfère
602 cette obligation déontologique à des sociétés de type SOS médecins.

603 La société s'appauvrit, les gens n'ont plus les moyens de se soigner, on manque de médecins, mais on autorise
604 ou on permet une augmentation du nombre de praticiens exerçant en secteur 2.

605 **Nous sommes en plein milieu du discours paradoxal de la santé.**

606 *Selon l'INSEE entre 2012 et 2014 l'effectif des professions médicales a progressé de 1,7% et 8% pour les*
607 *auxiliaires médicaux ;*

608 *Pour les médecins généralistes la progression est de 0,24% et de 2,46% pour les spécialistes.*

609 *En 1968 la France comptait 59065 médecins (généralistes et spécialistes) pour 46,65 millions d'habitants soit un*
610 *ratio de 1médecin pour 790 habitants*

611 *En 2014 : 222150 médecins pour 66,3 millions d'habitants soit un ratio de 1 médecin pour 299 habitants. Le taux*
612 *d'encadrement a augmenté de 2,64.*

613 **Cherchez l'erreur !**

614 **Et pour les infirmières ??**

615 *Les infirmières ... En 1971 150 000 infirmières pour 52, 32 millions d'habitants soit un ratio de 1 infirmière pour*
616 *348 habitants*

617 *En 2014 : 616 796 infirmières pour 66,3 millions d'habitants = 1 infirmière pour 108 habitants*

618 *Taux encadrement : Amélioration de 3,22 .*

619 L'écart n'est donc pas significatif. Cependant, l'augmentation du nombre d'infirmières cache une autre réalité : la
620 demande de soins infirmiers a très fortement augmenté, et durant la période 1980-2008, l'effectif des infirmiers
621 libéraux a cru de 146% (Source DRESS).

622 **Chez les médecins, le nombre de médecins généralistes est en baisse, celui des spécialistes en hausse,**
623 **et ces derniers s'installent majoritairement en libéral.**

624 Dans les deux cas, la situation est la conséquence de choix politiques délibérés... Et qui supporte ces
625 inconséquences outre les patients, ce sont avant tout les infirmières sur lesquelles qui on charge la barque !

626 La question reste aujourd'hui toujours d'actualité. Dans un pays où l'on ne parle principalement que du problème
627 des déserts médicaux et comment y pallier, il est urgent d'intervenir avant que d'autres redéfinissent, à notre
628 place, la contribution de l'infirmière dans le système de santé au regard de l'évolution des besoins de santé de la
629 population. Dans tous les secteurs du soin, c'est bien aux infirmières, et à elles seules, de se définir en tant que
630 profession de santé et de définir le soin infirmier utile à la population, c'est-à-dire, au service de l'intérêt général.

631 Les exigences de réduction des dépenses de santé, les suicides d'infirmiers ainsi que les agressions de
632 collègues, ont révélé le malaise des soignants quel que soit le secteur d'activité. Une plateforme associant les
633 organisations professionnelles associatives et syndicales dont le SNICS, ont fait le choix de s'unir pour dénoncer
634 d'une même voix le mépris et le manque de reconnaissance dont la filière est victime, et ont manifesté leur
635 mécontentement et leur colère à Paris en novembre 2016, en janvier et mars 2017. Le socle des revendications
636 communes est :

637 - les conditions d'exercice, la formation et la valorisation des niveaux d'études, compétences et
638 responsabilités.

639

640 **Lors de notre dernier congrès, de manière prémonitoire nous écrivions :**

641 « Une récente étude internationale parue en février 2014, dans la revue médicale britannique « le Lancet »,
642 démontre, s'il en était besoin, l'incidence directe, sur la vie des patients, du niveau d'éducation et de formation
643 des infirmières, d'une part, et de leur charge de travail, d'autre part. Cette étude relance singulièrement le débat
644 sur la contribution de notre profession dans les rouages des systèmes de santé et notamment en France.

645

646 Que dit cette étude, conduite dans neuf pays occidentaux ? « La vie des patients pourrait être en jeu lorsque les
647 infirmières sont surchargées de travail. L'étude met le doigt sur un point sensible alors que dans bien des pays,
648 les budgets de santé sont sous pression. »

649

650 Des données enregistrées sur les années 2007-2010 dans 300 hôpitaux montrent que la charge de travail et le
651 niveau d'éducation des infirmières sont deux facteurs majeurs qui agissent sur le taux de mortalité des patients.

652 Ces chercheurs observent que la dotation en personnel infirmier et le niveau de formation varient grandement
653 d'un pays à l'autre et même d'un hôpital à l'autre. En Espagne et en Norvège, par exemple, toutes les infirmières
654 ont l'équivalent du niveau de licence contre 28% en Angleterre.

655

656 « La réduction des effectifs infirmiers par souci d'économie pourrait affecter l'état de santé des patients »
657 avertissent les auteurs pour lesquels mettre davantage l'accent sur l'éducation de cette profession pourrait
658 réduire les décès évitables à l'hôpital.

659

660 Ces résultats suggèrent qu'un niveau sûr de personnel infirmier pourrait contribuer à réduire la mortalité
661 chirurgicale et remettre en question l'idée largement répandue que l'expérience des infirmières est plus
662 importante que leurs formation et éducation», estime le professeur Linda Aiken (Etats-Unis, University of
663 Pennsylvania's School of Nursing), responsable de ce travail, dans une déclaration accompagnant l'article.

664

665 (*) L'étude a été fait en Belgique, Angleterre, Finlande, Irlande, Pays-Bas, Norvège, Espagne, Suède et Suisse.
666 Au Canada et aux Etats-Unis, des études abondent dans le même sens.

667

668 Ce type d'étude devrait encourager la recherche en ce sens, au sein des établissements de santé, afin, par
669 exemple, de construire des normes de sécurité pour les soins, en tenant compte de ces facteurs sur l'ensemble
670 du territoire.

671

672 Cette recherche va aussi dans le sens de notre plateforme LMD, dans laquelle nous revendiquons une véritable
673 filière universitaire LMD. Pour cela, il faudrait que la profession ait des capacités d'intervention suffisantes au sein
674 des structures du système de santé. »

675 Nous y sommes ! La vision comptable de réduction drastique des dépenses de santé a fait son œuvre, avec pour
676 conséquence le mal-être croissant chez nos collègues, mais aussi pour la 1^{ère} fois depuis des décennies, une
677 baisse de l'espérance de vie des français, du jamais vu depuis 1965. En 2015, l'espérance de vie a reculé de 4,8
678 mois pour les femmes et de 3,6 mois pour les hommes.

679 **Depuis la création du SNICS, la place de notre profession au sein du système de santé**
680 **a toujours été une question importante et récurrente pour notre organisation**
681 **syndicale.** Garantir un accès satisfaisant à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire, assurer le droit à la
682 santé, droit fondamental qui est l'un des grands défis du 21^{ème} siècle.

683 **La bataille que nous avons menée dans le cadre du LMD** a été l'occasion, entre autres, de rencontrer
684 des acteurs bien en place dans les différentes structures du système de santé, et peu enclins à voir évoluer
685 l'influence des infirmières au sein de ces structures. Nous avons jusqu'en 2007 réussi à siéger au CSPP (conseil
686 supérieur des professions paramédicales), mais dès la création du HCPP par le décret 2007, le pouvoir en place
687 en avait profité pour retirer ce siège au SNICS.

688 **La contribution de l'infirmier-e dans le système de santé est primordiale pour offrir à tous**
689 **l'accès à des soins de santé de qualité.** La France enregistre une espérance de vie élevée, signe que la
690 population est bien soignée. Mais ce progrès a pour conséquence l'augmentation des pathologies liées au
691 vieillissement qui pose la question de comment vivre plus longtemps et en bonne santé. L'isolement,
692 l'éloignement, l'impossibilité d'accéder à des structures de soins sont autant de motifs qui obligent notre
693 profession à réfléchir sur de nouvelles pratiques. Nous devons être au centre des débats et ne pas laisser
694 d'autres acteurs de santé décider à notre place.

695 En France, selon la DREES, plus d'un million de personnes exercent une profession paramédicale, dont 638 248
696 infirmier-e-s (109 925 en exercice libéral, 528 323 salariés, 52 463 spécialisé.e.s), 400 000 aides soignants-es et
697 155 000 professionnels de la rééducation. La moyenne d'âge de la profession est de 37 ans.

698 L'infirmier exerce pour plus de 83 % des effectifs en 2015, et en raison des besoins importants des hôpitaux et
699 des cliniques en infirmiers, sous un statut salarié, soit d'entreprises privées (près d'un tiers de la profession), soit
700 publiques (la moitié de la profession), ou enfin sous un statut libéral (plus d'un sixième de la profession). Par
701 ailleurs, même si le nombre des infirmiers libéraux est faible, la part des infirmiers libéraux au sein de la
702 profession a progressé de près de 3 points depuis 2005. La croissance rapide de la demande de soins à domicile
703 et les perspectives de rémunérations plus élevées qu'à l'hôpital ont en effet encouragé les jeunes actifs à
704 s'orienter vers l'exercice libéral. La diminution des recrutements dans le secteur hospitalier a également constitué
705 un moteur de la croissance des effectifs libéraux.

706
707
708

709 **Qu'en est-il de la formation continue pour notre profession ?**

710 Instauré en 2009 par la loi hôpital, patients, santé et territoires (HPST) dite loi Bachelot, le développement
711 professionnel continu (DPC) est obligatoire pour tous les personnels de santé depuis le 1^{er} janvier 2013

712 La loi dite de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 impacte le droit de la formation
713 professionnelle. Outre de nombreuses dispositions réglementant la formation des professions médicales, la loi
714 redéfinit le développement professionnel continu (DPC) des professionnels de santé dont les infirmier.e.s.

715 Son article 28 propose une nouvelle définition du DPC qui a pour objectif le maintien et l'actualisation des
716 connaissances et des compétences ainsi que l'amélioration des pratiques.

717 Il demeure une obligation pour tous les professionnels de santé qui devront justifier de leur engagement dans une
718 démarche DPC sur une période de trois ans, et devra comporter des actions de formation continue, d'analyse et
719 d'évaluation et d'amélioration de ses pratiques et de gestion des risques.

720 Le contrôle du respect par les professionnels de santé de leur obligation de développement professionnel continu
721 est réalisé par les instances ordinales, les employeurs, et les autorités compétentes dans des conditions fixées
722 par décret en conseil d'état.

723 L'agence nationale du développement continu (ANDPC) assure le pilotage et contribue à la gestion financière du
724 dispositif de DPC pour l'ensemble des professionnels de santé, quels que soient leurs statuts ou leur conditions
725 d'exercice.

726 Les orientations pluriannuelles s'inscrivent dans le cadre de la politique de santé. L'article L 1411-1 du code de la
727 santé publique rappelle désormais que la politique de santé comprend notamment en matière de formation
728 professionnelle la promotion des activités de formation, de recherche et d'innovation dans le domaine de la santé
729 et l'adéquation entre la formation initiale des professionnels de santé et l'exercice ultérieur de leurs
730 responsabilités.

731 Les CNP (conseils nationaux professionnels) devront proposer pour chaque profession ou spécialité un parcours
732 pluriannuel de développement professionnel qui permet à chaque professionnel de satisfaire à son obligation. Les
733 professionnels de santé libéraux pourront choisir librement les actions auxquelles ils pourront s'inscrire. Les
734 salariés devront établir ce choix en lien avec l'employeur. QUID pour L'Education Nationale ?

735 **Mais quelles formations ??? Quels opérateurs ? Quelle reconnaissance ?**

736 L'article L4021-1 crée des obligations pour les infirmières d'actualiser leurs connaissances et leurs compétences,
737 chacun-e d'entre nous devra justifier qu'il s'est formé et que cette formation est accréditée par l'agence pour le
738 développement continu. Encore une fois, la responsabilité nous en incombe. Nous sommes des fonctionnaires
739 et il appartient à notre administration de nous proposer des formations qui répondent aux obligations du DPC.

740 **Actuellement, nous avons peu ou pas de formations professionnelles alors que nous**
741 **en réclamons à cor et à cri.**

742 Il serait inadmissible et inacceptable que l'administration nous oblige à mobiliser notre CPA (Compte Personnel
743 d'Activité), pour répondre à ces obligations de formations (voir thème statutaire).

744 *Article L4021-1*

- 745
 - *Modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 114 (V)*

746 *Le développement professionnel continu a pour objectifs le maintien et l'actualisation des connaissances et des*
747 *compétences ainsi que l'amélioration des pratiques. Il constitue une obligation pour les professionnels de santé.*
748 *Chaque professionnel de santé doit justifier, sur une période de trois ans, de son engagement dans une*
749 *démarche de développement professionnel continu comportant des actions de formation continue, d'analyse,*
750 *d'évaluation et d'amélioration de ses pratiques et de gestion des risques. L'engagement dans une démarche*
751 *d'accréditation vaut engagement dans une démarche de développement professionnel continu.*
752

753 **L'article suivant dispose que l'université participe au DPC. Ce qui pourrait permettre**
754 **que ces formations soient validées et créditées en ECTS.**

755 Dans la réalité, il n'en est rien. Ces formations sont validées par une commission scientifique d'infirmiers et
756 autres professionnels de santé, sans intervention ni validation par l'université.

757 Nous sommes maintenus dans notre état alors que la formation des médecins recevra l'imprimatur de l'université,
758 cela va de soi, n'est ce pas ? Nous devons mener ce combat, il est le nôtre.

759 *Article L4021-4*

- 760
 - *Créé par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 114 (V)*

761 *L'université participe, par son expertise pédagogique dans le domaine de la formation initiale et continue des*
762 *professionnels de santé, au développement professionnel continu.*
763

764 **Une profession qui a du mal à s'unifier, à se rassembler et à se faire entendre et**
765 **reconnaître.**

766
767 Notre profession a un rapport curieux et singulier au syndicalisme. Peu ou pas syndiquées (moins de 5% à la
768 FPH toutes centrales confondues). Les années 86-87 et 88 consacrent une distance entre les syndicats
769 (centrales) et les infirmières à la FPH. Des années difficiles qui s'ancrent sur la difficulté à exercer le métier, la
770 sensation de ne pas être entendues, d'être mal payées. Marre d'être reconnues uniquement par les malades.
771 Les centrales trop investies dans l'inter-pro négligent ces revendications, ce mal être, ce manque de
772 reconnaissance.

773 C'est ainsi que naît, à l'instar des cheminots, **une coordination, le 29 septembre 1988 , 20000**
774 **infirmières descendent dans la rue.** Des frictions avec la CGT et les centrales qui négocient des
775 augmentations, au rabais, et en **Octobre 100 000 infirmières dans la rue.**
776

777 Et toujours les centrales qui au final négocient et les infirmières qui « gueulent » nous ne voulons pas des
778 miettes ! » Le gouvernement socialiste (Rocard), Evin n'entend rien.... Ni bonnes, ni nonnes, ni connes fut le
779 slogan de ce mouvement jamais égalé à ce jour. Le mouvement continue en 1991 : 10 000 infirmières dans la rue

780 « infirmières en colères, y en a marre de la galère « Octobre 91 le gouvernement fait lancer les canons à eau,
781 les grenades lacrymo...

782

783 **Nos décrets de 93 sont issus de ces mouvements unitaires de la profession.**

784

785 **Depuis, il y a eu d'autres mouvements et notamment ceux du LMD** ou celui qui a commencé cette
786 année pour les mêmes raisons, avec les mêmes acteurs politiques et les mêmes clivages entre les centrales et
787 les infirmières.

788

789 Cette difficulté à s'organiser et à se faire entendre perdure. La rue obtient des avancées et au final, à la FPH, ce
790 sont les centrales qui siègent dans les instances.

791

792 La profession s'organise à travers une foultitude d'associations qui ne représentent personne. Nécessairement,
793 cette défiance à l'égard des syndicats a creusé le lit de l'ordre infirmier que certains voulaient, pensant qu'il
794 contribuerait à faire reconnaître la profession comme pour les médecins, pharmaciens et autres avocats.

795

796 Le SNICS s'est opposé à cet ordre, car pour nous, il n'était pas acceptable que l'on paye pour travailler d'une
797 part, et d'autre part, le pouvoir disciplinaire donné à l'ordre pouvait créer des doubles voire des triples peines pour
798 les infirmières qui sont salariées à plus de 83%, et pour lesquelles un pouvoir disciplinaire existe déjà.

799 Cet ordre, malgré toutes ces oppositions, a été créé et le gouvernement actuel ne l'a pas aboli malgré les
800 engagements pris par Hollande avant son élection.

801

802 **De part la loi, l'ordre représente la profession. Est il représentatif ?**

803

804 Son nombre d'inscrits (plus de 210 000), tendrait à ce que la réponse soit oui. Mais ceux qui y sont inscrit l'ont ils
805 fait de manière volontaire ou sous la contrainte ? Dans ce cas là, il n'est pas représentatif et la participation aux
806 élections de leurs différentes instances le démontre. 22% seulement des inscrits ont voté en 2014 (Nombre
807 d'électeurs 134 482).

808

809 Non, décidément, il n'est pas représentatif ! Cependant, de part la loi, les pouvoirs publics sont dans l'obligation
810 de le consulter pour tout ce qui touche au soin, à la formation, à la déontologie.

811

812 **Le SNICS, en 2014**, toujours dans sa recherche d'unité de réflexion de la profession, et grâce à sa position
813 dans le combat du LMD et au comité scientifique du salon infirmier, **participe activement à la création du**
814 **CIF** (Collège Infirmier Français). Ni la CNI, ni le SNIES n'étaient présents. Il est composé désormais de 22
815 organisations représentatives de la profession infirmière (salarié, libérale, académique, formation initiale, santé à
816 l'école, santé au travail, IADE, IBODE, puéricultrices...)

817

818 **Le CIF a pour but d'apporter la meilleure réponse aux besoins de santé de la population dans**
819 **une vision positive et innovante de la profession infirmière.** Le CIF mutualise les compétences ses
820 membres experts ont pour but d'améliorer la qualité et la sécurité des soins, et de répondre aux besoins en santé
821 de la population. Il contribue à la promotion de la recherche en sciences infirmières et optimise la formation
822 universitaire et le développement professionnel continu des infirmiers. La nouvelle loi de santé donne une assise
823 légale aux collèges nationaux professionnels (CNP), particulièrement dans le cadre du DPC (développement
824 professionnel continu).

825

826 **Mais tout comme pour l'ordre ,le CIF est il représentatif de la profession**, et les personnes qui y
827 siègent ne parlent elles par que pour elles-mêmes ?

828

829 Qui siège dans le Collège infirmier Français ?

830 AEIBO Assoc enseignants et écoles (sic) d'ide de bloc (6892 ibode en FF public+privés)

831 AFDS assoc directeurs de soins 450 adhérents

832 AFIC Assoc Ide de cancéro

833 AsCISM Assoc Ide santé mentale

834	ANFIIDE Assc Nationale IDE et Etudiants inf	
835	ANPDE Assoc des puers et étudiants	
836	UNAIBODE Union assoc ide Blocs	
837	ANISP™ Assoc Ide sapeurs pompiers	
838	AFIDTN Assoc ide dialyse	
839	ASI Académie des sciences infirmières	30 adhérents (structures)
840	CEEIADE Comité entente écoles IADE	
841	CEEPAME Comité entente écoles métiers petite enfance	
842	CEFIEC Comité entente formation cadres	
843	Git Groupement inf Travail	
844	ONI Ordre	
845	SNICS	64%
846	SNIA inf anesthésistes	(moins de 400 adhérents sur 9500 iade).
847	SNIL Inf Libéraux	35,9% (3974 adhérents)
848	Convergence	
849	SNPI de CFE-CGC	0,42%
850	SNIES	32%
851	CNI	0,56%

852

853 Nous voyons bien qu'hormis le SNICS et le SNIES, peu de ces associations ou syndicats ont une légitimité
854 démocratique. Cependant, le CIF doit se prononcer sur la profession ; Il est membre de droit de certaines
855 instances comme l'agence pour le DPC. Il est consulté par le ministère de la santé.

856 **Nous devons tout mettre en œuvre au sein de ce collège pour que notre spécialité**
857 **soit reconnue et portée par la profession.**

858 **Le SNICS ne peut se déconnecter de la profession car pour être infirmière à**
859 **l'éducation nationale, il faut d'abord être infirmière.**

860 **Contrairement à d'autres, au SNICS, nous mettrons tout en œuvre pour faire**
861 **reconnaître notre profession et son émancipation. C'est sur ce combat que prend**
862 **sens et cohérence notre demande de reconnaissance de notre spécificité à l'éducation**
863 **nationale, notre mandat d'un master.**

864

865

866

867

868

869

870

871

872