

## Faculté de Médecine

Année 2018

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

le 29 novembre 2018

Par **Marie JARROT BARRERE**

Né(e) le 26 mars 1985 à TARBES

### **LES INFIRMIÈRES DE PRATIQUE AVANCÉE : QUELLES PERSPECTIVES POUR LE SYSTÈME DE SANTÉ FRANÇAIS ? COMPARAISON AVEC LE SYSTÈME QUÉBÉCOIS**

Thèse dirigée par M. le Professeur Daniel BUCHON

Examineurs :

M. le Professeur Daniel BUCHON  
M<sup>me</sup> le Professeur Nathalie DUMOITIER  
M. le Professeur Philippe BERTIN  
M<sup>me</sup> le Docteur Isabelle DEBLAERE-BASTOS

Président  
Juge  
Juge  
Juge





**Faculté de Médecine**

Année 2018

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 29 novembre 2018

Par Marie JARROT BARRERE

Né(e) le 26 mars 1985 à Tarbes

**LES INFIRMIÈRES DE PRATIQUE AVANCÉE : QUELLES  
PERSPECTIVES POUR LE SYSTÈME DE SANTÉ FRANÇAIS ?  
COMPARAISON AVEC LE SYSTÈME QUÉBÉCOIS**

Thèse dirigée par M. le Professeur Daniel BUCHON

Examineurs :

M. le Professeur Daniel BUCHON  
M<sup>me</sup> le Professeur Nathalie DUMOITIER  
M. le Professeur Philippe BERTIN  
M<sup>me</sup> le Docteur Isabelle DEBLAERE-BASTOS

Président  
Juge  
Juge  
Juge



## Professeurs des Universités - praticiens hospitaliers

---

Le 1<sup>er</sup> septembre 2017

<b>ABOYANS</b> Victor	CARDIOLOGIE
<b>ACHARD</b> Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
<b>ALAIN</b> Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>ARCHAMBEAUD</b> Françoise	MEDECINE INTERNE (Surnombre jusqu'au 31-08-2020)
<b>AUBARD</b> Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>AUBRY</b> Karine	O.R.L.
<b>BEDANE</b> Christophe	DERMATO-VENEREOLOGIE
<b>BERTIN</b> Philippe	THERAPEUTIQUE
<b>BESSEDE</b> Jean-Pierre	O.R.L. (Surnombre jusqu'au 31-08-2018)
<b>BORDESSOULE</b> Dominique	HEMATOLOGIE (Surnombre jusqu'au 31-08-2018)
<b>CAIRE</b> François	NEUROCHIRURGIE
<b>CHARISSOUX</b> Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
<b>CLAVERE</b> Pierre	RADIOTHERAPIE
<b>CLEMENT</b> Jean-Pierre	PSYCHIATRIE d'ADULTES
<b>COGNE</b> Michel	IMMUNOLOGIE
<b>CORNU</b> Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
<b>COURATIER</b> Philippe	NEUROLOGIE
<b>DANTOINE</b> Thierry	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
<b>DARDE</b> Marie-Laure	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
<b>DAVIET</b> Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
<b>DESCAZEAUD</b> Aurélien	UROLOGIE

<b>DES GUETZ</b> Gaëtan	CANCEROLOGIE
<b>DESSPORT</b> Jean-Claude	NUTRITION
<b>DRUET-CABANAC</b> Michel	MEDECINE et SANTE au TRAVAIL
<b>DUMAS</b> Jean-Philippe	UROLOGIE (Surnombre jusqu'au 31-08-2018)
<b>DURAND-FONTANIER</b> Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
<b>ESSIG</b> Marie	NEPHROLOGIE
<b>FAUCHAIS</b> Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
<b>FAUCHER</b> Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
<b>FAVREAU</b> Frédéric	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>FEUILLARD</b> Jean	HEMATOLOGIE
<b>FOURCADE</b> Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
<b>GAUTHIER</b> Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>GUIGONIS</b> Vincent	PEDIATRIE
<b>JACCARD</b> Arnaud	HEMATOLOGIE
<b>JAUBERTEAU-MARCHAN</b> M. Odile	IMMUNOLOGIE
<b>LABROUSSE</b> François	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
<b>LACROIX</b> Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
<b>LAROCHE</b> Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
<b>LIENHARDT-ROUSSIE</b> Anne	PEDIATRIE
<b>LOUSTAUD-RATTI</b> Véronique	HEPATOLOGIE
<b>LY</b> Kim	MEDECINE INTERNE
<b>MABIT</b> Christian	ANATOMIE
<b>MAGY</b> Laurent	NEUROLOGIE
<b>MARIN</b> Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
<b>MARQUET</b> Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

<b>MATHONNET</b> Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
<b>MELLONI</b> Boris	PNEUMOLOGIE
<b>MOHTY</b> Dania	CARDIOLOGIE
<b>MONTEIL</b> Jacques	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
<b>MOREAU</b> Jean-Jacques	NEUROCHIRURGIE
<b>MOUNAYER</b> Charbel	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
<b>NATHAN-DENIZOT</b> Nathalie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>NUBUKPO</b> Philippe	ADDICTOLOGIE
<b>PARAF</b> François	MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
<b>PLOY</b> Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>PREUX</b> Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
<b>ROBERT</b> Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
<b>SALLE</b> Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
<b>SAUTEREAU</b> Denis	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
<b>STURTZ</b> Franck	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>TEISSIER-CLEMENT</b> Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
<b>TREVES</b> Richard	RHUMATOLOGIE
<b>TUBIANA-MATHIEU</b> Nicole	CANCEROLOGIE
<b>VALLEIX</b> Denis	ANATOMIE
<b>VERGNENEGRE</b> Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
<b>VERGNE-SALLE</b> Pascale	THERAPEUTIQUE
<b>VIGNON</b> Philippe	REANIMATION
<b>VINCENT</b> François	PHYSIOLOGIE
<b>WEINBRECK</b> Pierre	MALADIES INFECTIEUSES
<b>YARDIN</b> Catherine	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

**PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES A MI-TEMPS DES DISCIPLINES  
MEDICALES**

**BRIE** Joël

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

**AJZENBERG** Daniel

PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE

**BARRAUD** Olivier

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

**BOURTHOUMIEU** Sylvie

CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

**BOUTEILLE** Bernard

PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE

**CHABLE** Hélène

BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE  
(Retraite au 31-07-2018)

**DURAND** Karine

BIOLOGIE CELLULAIRE

**ESCLAIRE** Françoise

BIOLOGIE CELLULAIRE

**HANTZ** Sébastien

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

**JACQUES** Jérémie

GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE

**JESUS** Pierre

NUTRITION

**LE GUYADER** Alexandre

CHIRURGIE THORACIQUE et  
CARDIOVASCULAIRE

**LIA** Anne-Sophie

BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE

**MURAT** Jean-Benjamin

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE

**QUELVEN-BERTIN** Isabelle

BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE

**RIZZO** David

HEMATOLOGIE

**TCHALLA** Achille

GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT

**TERRO** Faraj

BIOLOGIE CELLULAIRE

**WOILLARD** Jean-Baptiste

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

**P.R.A.G.**

**GAUTIER** Sylvie

ANGLAIS

## **PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

<b>BUCHON</b> Daniel	(Maintenu en fonction jusqu'au 31.08.2019)
<b>DUMOITIER</b> Nathalie	(Responsable du département de Médecine Générale)

## **PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE**

<b>MENARD</b> Dominique	(du 1 <sup>er</sup> septembre 2016 au 12 janvier 2018)
<b>PREVOST</b> Martine	(du 1 <sup>er</sup> septembre 2015 au 31 août 2018)

## **MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE**

<b>HOUDARD</b> Gaëtan	(du 1 <sup>er</sup> septembre 2016 au 31 août 2019)
<b>LAUCHET</b> Nadège	(du 1 <sup>er</sup> septembre 2017 au 31 août 2020)
<b>PAUTOUT-GUILLAUME</b> Marie-Paule	(du 1 <sup>er</sup> septembre 2015 au 31 août 2018)

## **PROFESSEURS EMERITES**

<b>ADENIS</b> Jean-Paul	du 01.09.2017 au 31.08.2019
<b>ALDIGIER</b> Jean-Claude	du 01.09.2016 au 31.08.2018
<b>BONNAUD</b> François	du 01.09.2017 au 31.08.2019
<b>DE LUMLEY WOODYEAR</b> Lionel	du 01.09.2017 au 31.08.2019
<b>DENIS</b> François	du 01.09.2017 au 31.08.2019
<b>GAINANT</b> Alain	du 01.09.2017 au 31.08.2019
<b>MERLE</b> Louis	du 01.09.2017 au 31.08.2019
<b>MOULIES</b> Dominique	du 01.09.2015 au 31.08.2018
<b>VALLAT</b> Jean-Michel	du 01.09.2014 au 31.08.2018
<b>VIROT</b> Patrice	du 01.09.2016 au 31.08.2018

## **Assistants Hospitaliers Universitaires – Chefs de Clinique**

---

Le 1<sup>er</sup> janvier 2018

### **ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES**

<b>BASTIEN</b> Frédéric	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
<b>BAUDRIER</b> Fabien	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>CHARISSOUX</b> Aurélie	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
<b>CHARPENTIER</b> Mathieu	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>DUCHESNE</b> Mathilde	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
<b>FAYE</b> Pierre-Antoine	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>GAUTHIER</b> François	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>KONG</b> Mélody	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>LARRADET</b> Matthieu	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE (Démission à compter du 1 <sup>er</sup> janvier 2018)
<b>LEGRAS</b> Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION (Surnombre du 1 <sup>er</sup> novembre 2017 au 20 février 2018 inclus)
<b>MARQUET</b> Valentine	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE et CYTOGENETIQUE

### **CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX**

<b>AZAÏS</b> Julie	MEDECINE INTERNE A
<b>BAUDONNET</b> Romain	OPHTALMOLOGIE
<b>BIDAUT-GARNIER</b> Mélanie	OPHTALMOLOGIE (A compter du 11 mai 2016)
<b>BLOSSIER</b> Jean-David	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
<b>BOSETTI</b> Anaïs	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
<b>BOUKEFFA</b> Nejma	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>BOUSQUET</b> Pauline	PEDIATRIE (A compter du 09 janvier 2017)

<b>CHAMPIGNY</b> Marie-Alexandrine	PEDIATRIE
<b>CHRISTOU</b> Niki	CHIRURGIE DIGESTIVE
<b>COLOMBIÉ</b> Stéphanie	MEDECINE INTERNE A (A compter du 02 mai 2017)
<b>COMPAGNAT</b> Maxence	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
<b>CROSSE</b> Julien	PEDIATRIE
<b>DANTHU</b> Clément	NEPHROLOGIE
<b>DARNIS</b> Natacha	PEDOPSYCHIATRIE
<b>DELUCHE</b> Elise	CANCEROLOGIE
<b>DE POUILLY-LACHATRE</b> Anaïs	RHUMATOLOGIE (A compter du 02 mai 2017)
<b>DIDOT</b> Valérian	CARDIOLOGIE
<b>DUSSAULT-JARLAN</b> Lucile	CARDIOLOGIE
<b>EVARD</b> Bruno	REANIMATION
<b>FAURE</b> Bertrand	PSYCHIATRIE d'ADULTES
<b>FAYEMENDY</b> Charlotte	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
<b>GARDIC</b> Solène	UROLOGIE
<b>GORDIENCO</b> Alen	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE
<b>GOUDELIN</b> Marine	REANIMATION
<b>HARDY</b> Jérémy	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
<b>JASMIN</b> Michèle	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE (à compter du 1er janvier 2018)
<b>KRETZSCHMAR</b> Tristan	PSYCHIATRE d'ADULTES
<b>LACHATRE</b> Denis	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
<b>LACOSTE</b> Marie	MALADIES INFECTIEUSES
<b>LAFON</b> Thomas	MEDECINE d'URGENCE
<b>LAHMADI</b> Sanae	NEUROLOGIE

<b>LATHIERE</b> Thomas	OPHTALMOLOGIE
<b>LEHMAN</b> Lauriane	GASTROENTEROLOGIE
<b>LEPETIT</b> Hugo	GASTROENTEROLOGIE
<b>MARGUERITTE</b> François	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>MARTINS</b> Elie	CARDIOLOGIE
<b>PRUD'HOMME</b> Romain	DERMATOLOGIE-VENERELOGIE
<b>RAMIN</b> Lionel	ORL
<b>ROUCHAUD</b> Aymeric	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE (NRI)
<b>ROUSSELLET</b> Olivier	NEUROLOGIE
<b>SALLE</b> Henri	NEUROCHIRURGIE
<b>SANGLIER</b> Florian	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
<b>TAÏBI</b> Abdelkader	ANATOMIE
<b>USSEGLIO-GROSSO</b> Julie	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE et STOMATOLOGIE
<b>VAYSSE</b> VIC Mathieu	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
<b>VITAL</b> Pauline	MEDECINE INTERNE B
<b>VITALE</b> Gaetano	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE

### **CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE**

**DOIN** Corinne

**RUDELLE** Karen

**SEVE** Léa

### **PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE**

**BALLOUHEY** Quentin  
CHIRURGIE INFANTILE  
(du 1<sup>er</sup> mai 2015 au 30 avril 2019)

**CROS** Jérôme  
ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION  
(du 1<sup>er</sup> mai 2014 au 31 octobre 2018)

**LERAT** Justine

O.R.L. (du 1er mai 2016 au 31 octobre 2020)

**MATHIEU** Pierre-Alain

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et  
TRAUMATOLOGIQUE  
(du 1er mai 2016 au 31 octobre 2020)

À mes grands-parents partis bien trop tôt,  
Mes bonnes étoiles qui veillent sur moi au quotidien.

## Remerciements

---

À **Monsieur le Professeur Daniel BUCHON**, merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. Je vous remercie pour votre dévouement, vos conseils précieux. Vous me faites l'honneur de présider ce jury et je vous en remercie très sincèrement. Soyez assuré de mon profond respect.

À **Madame le Professeur Nathalie DUMOITIER**, merci d'avoir accepté de siéger dans ce jury. Merci de votre disponibilité durant le DES de médecine générale et de votre écoute.

À **Monsieur le Professeur Philippe BERTIN**, merci d'avoir accepté de juger mon travail.

À **Madame le Docteur Isabelle DEBLAERE-BASTOS**, merci de me faire le plaisir de siéger dans mon jury. Je vous remercie de m'avoir si bien accueillie pendant mon stage chez le praticien, ainsi que pour votre disponibilité et pour m'avoir accordé votre confiance. Je suis heureuse que nous continuions à travailler ensemble.

Au **Docteur Mathieu PAILLER**, vous m'avez gentiment accueillie dans votre cabinet pendant 6 mois. Grâce à vous, j'ai eu la confirmation que je ne m'étais pas trompée de spécialité. Je vous serai éternellement reconnaissante de m'avoir transmis votre passion pour cette si belle et enrichissante spécialité. Merci de m'avoir prodigué vos précieux conseils durant mon stage d'interne. Cela m'a permis de me lancer plus sereinement dans les remplacements.

À **mes parents**, c'est l'aboutissement d'un (très) long parcours sur lequel vous m'avez vaillamment accompagnée, malgré les moments difficiles. Merci de l'amour que vous me portez depuis toujours et de mon enfance si heureuse. Merci de m'avoir toujours soutenue. Vous avez toujours tout fait pour mon bonheur. Je vous aime.

À **Lionnel**, mon mari, merci pour ton soutien sans faille depuis toujours, et de me permettre d'être celle que je suis. Merci de l'amour dont tu inondes notre maison et pour ta simplicité. Partager ta vie est un honneur et me rend plus heureuse chaque jour. Je t'aime.

À ma fille, **Roxanne**, merci de me rendre si heureuse jour après jour. Tu es ma plus belle réussite, c'est un immense bonheur de te voir grandir. Merci d'avoir apporté tant d'amour dans ma vie.

À **ma Marraine**, merci d'avoir toujours été à mes côtés et pour toutes les valeurs que tu m'as transmises. Pour tous les moments que nous avons passés ensemble et qu'il nous reste à passer.

À **mes grands-parents**, merci pour tout l'amour dont vous avez entouré mon enfance. Je vous dédie cette thèse.

À **ma famille**, merci pour votre soutien indéfectible.

À mes amis, **Charlène, Damien, Antoine**, merci d'être à mes côtés depuis tant d'années, pour tous les grands moments de ma vie comme pour tous les petits instants ensemble, une amitié si longue et si forte est rare et précieuse.

## Droits d'auteurs

---

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



## Table des matières

---

I. Introduction .....	21
II. Enjeux et défis de santé publique .....	22
III. Le statut infirmier au Québec et en France .....	32
III.1. L'infirmier au Québec : quelques points de repère .....	33
III.2. L'infirmier en France : quelques points de repère.....	36
III.3. Historique du métier d'infirmier.....	39
III.3.1. Au Québec .....	39
III.3.2. En France.....	43
IV. L'infirmier de pratique avancée (IPA) .....	49
IV.1. L'infirmier de pratique avancée : toute une histoire .....	49
IV.1.1. Au Québec .....	52
IV.1.2. En France .....	55
IV.2. L'infirmier en pratique avancée : rôle, compétences, formation .....	63
IV.2.1. Au Québec.....	63
IV.2.1.1. La pratique infirmier avancée.....	63
IV.2.1.2. L'infirmier de pratique avancée .....	63
IV.2.1.2.1. L'infirmier de pratique spécialisée .....	64
IV.2.1.2.2. L'infirmier clinicien spécialisé .....	70
IV.2.2. En France .....	73
IV.2.2.1. La pratique infirmier avancée.....	73
IV.2.2.2. L'infirmier de pratique avancée .....	81
IV.3. Formation de l'IPA .....	89
IV.3.1. Au Québec.....	89
IV.3.2. En France .....	96
IV.4. Le financement de la pratique avancée .....	100
V. Discussion .....	102
VI. Conclusion .....	112
Références bibliographiques .....	114
Annexes .....	124
Serment d'Hippocrate.....	161

## Abréviations

---

**AIIIC** : Association des Infirmières et Infirmiers du Canada  
**AIPSQ** : Association des Infirmières Praticiennes Spécialisées du Québec  
**ALD** : Affections de Longue Durée  
**ANIDEF** : Association Nationale des Infirmières Diplômées de l'État Français  
**AP-HP** : Assistance Publique – Hôpitaux de Paris  
**APNN** : Advanced Practice Nursing Network  
**ARS** : Agence Régionale de Santé  
**ASALEE** : Action de Santé Libérale En Équipe  
**CH** : Centre Hospitalier  
**CHSLD** : Centres d'Hébergement et de Soins de Longue Durée  
**CII** : Conseil International des Infirmières  
**CISSS** : Centres Intégrés de Santé et de Services Sociaux  
**CIUSSS** : Centres Intégrés Universitaires de Santé et de Services Sociaux  
**CLSC** : Centres Locaux de Services Communautaires  
**CMQ** : Collège des Médecins du Québec  
**CSBE** : Commissaire à la Santé et au Bien-Être  
**CSP** : Code de la Santé Publique  
**CSTT** : Commission de la Santé et de la Sécurité du Travail  
**DEC** : Diplôme d'Études Collégiales  
**DEI** : Diplôme d'État Infirmier  
**DEIPA** : Diplôme d'état d'infirmier de Pratique Avancée  
**DES** : Diplôme d'Études Secondaires  
**DGOS** : Direction Générale de l'Offre des Soins  
**DHOS** : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins  
**DSIP** : Département des Sciences Infirmières et Paramédicales  
**DU** : Diplôme Universitaire  
**EBN** : Evidence Based Nursing  
**EBP** : Evidence Based Practice  
**ECOS** : Examen Clinique Objectif Structuré  
**ECTS** : European Credit Transfer System  
**EHESP** : École des Hautes Études en Santé Publique  
**EOS** : Évaluation Orale Structurée

**EPRUS** : Établissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires  
**FHF** : Fédération Hospitalière Française  
**FMOQ** : Fédération des Médecins Omnipraticiens du Québec  
**FNEHAD** : Fédération Nationale des Établissements d'Hospitalisation à Domicile  
**HAS** : Haute Autorité de Santé  
**HCSP** : Haut Conseil de la Santé Publique  
**HPST** : Hôpital, Patients, Santé et Territoires  
**ICS** : Infirmière Cliniciennes Spécialisée  
**IDE** : Infirmier Diplômé d'État  
**IFSI** : Institut de Formation en Soins Infirmiers  
**INPES** : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé  
**INSEE** : Institut National de la Statistique et des Études Économiques  
**INSPQ** : Institut National de Santé Publique du Québec  
**InVS** : Institut National de Veille Sanitaire  
**IP** : Infirmier Praticien  
**IPA** : Infirmier de Pratique Avancée  
**IPS** : Infirmier Praticien Spécialisé  
**IPSNN** : Infirmier Praticien Spécialisé en Néonatalogie  
**IPSPL** : Infirmier Praticien Spécialisé en Soins de Première Ligne  
**IPSSA** : Infirmier Praticien Spécialisé en Soins aux Adultes  
**IPSSM** : Infirmier Praticien Spécialisé en Santé Mentale  
**IPSSP** : Infirmier Praticien Spécialisé en Soins Pédiatriques  
**LFSS** : Loi de Financement pour la Sécurité Sociale  
**LII** : Loi sur les Infirmières et les Infirmiers  
**LMD** : Licence – Master – Doctorat  
**LPP** : Loi sur la Prévoyance Professionnelle  
**MSSS** : Ministère de la Santé et des Services sociaux  
**NP** : Nurse Practitioner  
**OCDE** : Organisation de Coopération et de Développement Économiques  
**OIIQ** : Ordre des Infirmières et des Infirmiers du Québec  
**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé  
**ONDPS** : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé  
**ONI** : Ordre National des Infirmiers  
**OSBL** : Organisme Sans But Lucratif

**PCI** : Prévention et Contrôle des Infections

**PNSP** : Programme National de Santé Publique

**PRS** : Projet Régional de Santé

**RAMQ** : Régie de l'Assurance Maladie du Québec

**RSSS** : Réseau de la Santé et des Services Sociaux

**UE** : Unité d'Enseignement

**URPS** : Union Régionale des Professionnels de Santé

**UQAT** : Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

**VAE** : Validation des Acquis de l'Expérience

# I. Introduction

---

(A noter : le mot « infirmier » ou « infirmière » sera utilisé indifféremment)

Le contenu des métiers et des compétences professionnelles est en perpétuelle évolution. Parfois, cette dernière se fait de façon imperceptible, d'autre fois ce sont des événements majeurs qui font faire des bonds significatifs et d'autre fois encore, ce sont des périodes de cristallisation qui sont repérables. Ces dernières sont le fait d'agrégations de nombreux facteurs, ayant généralement évolué dans le temps, qui conduisent à des reconfigurations importantes et historiquement repérables.

Depuis le siècle dernier, dans nombre de pays dont le Québec et la France, c'est ce phénomène qui se produit pour les professions de santé.

Il concerne, entre autres, les professionnels paramédicaux et est identifiable, actuellement, sous le terme de « pratique avancée », tant au niveau national qu'international.

## II. Enjeux et défis de santé publique

---

Au fil des ans, le champ de la santé publique s'est élargi, a été et reste confronté aux évolutions sociales, démographiques, épidémiologiques, économiques, environnementales ainsi qu'à celles du système de soins et doit faire face à des nouveaux défis récurrents et plus nouveaux.

Pour la Direction Générale de l'Offre des Soins (DGOS), la pratique avancée est « le développement approfondi des compétences et connaissances pratiques de soins infirmiers à un niveau avancé afin de répondre aux nouveaux enjeux de santé en pleine mutation ». <sup>[1]</sup>

La pratique infirmière avancée et ses enjeux a fait l'objet d'une étude comparative par l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) dans 12 de ses pays membres dont le Canada (Québec) et la France. <sup>[2]</sup>

Auparavant, en juillet 2010, Marie Claude Delamaire, spécialiste de l'étude des tensions et pénuries d'effectifs dans le secteur hospitalier et de la gestion des ressources humaines en Europe, et Gaëtan Lafortune, économiste, ont publié un rapport présentant la pratique infirmière avancée comme une réponse économique et abondante à la pénurie de l'offre médicale. <sup>[3]</sup>

En fait, il apparaît, aux termes des réflexions qui ont été menées, que le Québec et la France font partie des pays qui ont en commun une offre médicale limitée et parfois même en diminution. L'objectif lié au développement de la pratique infirmière avancée est de permettre de compenser cette pénurie pour améliorer l'accès aux soins et réduire le coût des soins en utilisant une main-d'œuvre moins onéreuse. Sont détaillées dans ledit rapport les expériences de pratiques avancées dans le domaine de consultations infirmières de premier recours, de prise en charge des maladies chroniques, de gestion de pathologies particulières et de promotion de la santé, autour de trois fonctions : la consultation/diagnostic, l'évaluation clinique et la prescription d'examen et/ou de médicaments. Ces trois critères forment en fait le socle de nouveaux métiers.

La mise en place de la pratique avancée et son développement a sa place dans le cadre de la politique de santé publique menée par les gouvernements que ce soit en France ou au Québec.

En France, le Ministère des Solidarités et de la Santé rappelle, en 2017, que la stratégie nationale de santé française constitue le cadre de la politique de santé. Elle est définie par le Gouvernement et se fonde sur l'analyse dressée par le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) sur l'état de santé de la population, ses principaux déterminants, ainsi que sur les stratégies d'action envisageables. <sup>[4]</sup>

La stratégie nationale de santé française réaffirme le principe porté par l'Organisation Mondiale de la Santé <sup>[5]</sup>, selon lequel la santé doit être un objectif de toutes les politiques publiques menées dans le monde et, dans ce sens, vise à répondre aux grands défis que rencontrent le système de santé, notamment ceux identifiés par le rapport du Haut Conseil de la santé publique :

- les risques sanitaires liés à l'augmentation prévisible de l'exposition aux polluants et aux toxiques

- les risques d'exposition de la population aux risques infectieux
- les maladies chroniques et leurs conséquences
- l'adaptation du système de santé aux enjeux démographiques, épidémiologies et sociétaux

Le Code de la santé publique précise dans son article L.1411-1, qui définit ce que la politique de santé comprend, le champ couvert par la politique de santé publique : « La Nation définit sa politique de santé afin de garantir le droit à la protection de la santé de chacun. La politique de santé relève de la responsabilité de l'État. Elle tend à assurer la promotion de conditions de vie favorables à la santé, l'amélioration de l'état de santé de la population, la réduction des inégalités sociales et territoriales et l'égalité entre les femmes et les hommes et à garantir la meilleure sécurité sanitaire possible et l'accès effectif de la population à la prévention et aux soins ». <sup>[annexe 1]</sup>

Au Québec, l'an 2000 avait marqué un tournant dans la profession Infirmière au Québec avec un contexte politique, social et scientifique obligeant une révision réglementaire et, par là même, l'identification mieux cernée et la prise en compte des problématiques de santé, dont la similitude avec les problèmes sanitaires et sociaux français est, sur certains points, évidente, et notamment : virage ambulatoire, problèmes de santé mentale, manque d'accès aux soins, maladies chroniques, pénurie des professionnels de la santé, clientèle vieillissante, évolution technologique, escalade des coûts de santé.

Néanmoins, l'accès aux services de première ligne et aux services spécialisés est restée une problématique importante au Québec, qui accuse du retard par rapport au reste du Canada et aux autres pays, révèle une enquête internationale à laquelle a collaboré le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). <sup>[6]</sup>

Au Québec, la mise en œuvre du Programme National de Santé Publique (PNSP) 2015-2025 s'inscrit dans un nouveau contexte par rapport à celui des années précédentes. La réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux autour de réseaux territoriaux de services, coordonnés par les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS), de même que l'intégration des services de première et de deuxième lignes en santé publique à l'intérieur de ces nouveaux établissements exerceront une influence marquée sur les capacités et les modalités de mise en œuvre du Programme. <sup>[7]</sup>

Celui-ci, qui s'avère être un instrument de planification majeur en vue de structurer de façon cohérente et efficace l'action de santé publique, est mis en œuvre aux différents paliers de gouverne du système de santé et de services sociaux, conformément aux rôles et aux responsabilités définis dans les principales lois encadrant l'exercice des fonctions de santé publique, à savoir la Loi sur la santé publique, la Loi sur les services de santé et les services sociaux, ainsi que la Loi sur la santé et la sécurité du travail.

Afin d'assurer la mise en œuvre optimale du PNSP au cours des dix prochaines années, une stratégie a été élaborée par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), avec la contribution de l'Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ) et des directions de santé publique des CISSS, des CIUSSS et des autres organisations ayant

la responsabilité d'offrir les services de santé publique. Cette stratégie tient compte des principaux défis de mise en œuvre et retient les leviers d'action les plus probants pour ce faire. Ce Programme doit contribuer à maintenir et à améliorer la santé de la population, ainsi qu'à réduire les inégalités sociales de santé en offrant un cadre structurant pour une action performante sur les déterminants de la santé. La pratique avancée y est intégrée.

Les problématiques de santé avec les principaux enjeux de santé publique qui en découlent, liés aux pratiques avancées, sont, dans leur nature, sensiblement les mêmes au Québec et en France (augmentation des patients atteints de maladies chroniques, vieillissement de la population et progrès médicaux, virage ambulatoire, place centrale du parcours de santé, importance du travail en équipe, démographie médicale). Ils sont relatifs à l'amélioration constante de la qualité des soins, à l'efficacité du système de santé, à l'attractivité des professions.

Ces différents enjeux, couplés à l'accroissement des besoins de santé de la population, ont mis en exergue la nécessité de développer une forme nouvelle d'exercice des professionnels de santé : la pratique avancée infirmier qui vise à répondre aux nouveaux enjeux d'un système de santé en mutation.

Celle-ci doit être considérée comme une stratégie visant à répondre aux défis d'un système de santé publique et, dans ce cadre, il est nécessaire de bien penser sa mise en œuvre du fait notamment qu'au Québec, où la mise en place de l'infirmier de pratique avancée est plus ancienne, on peut, malgré tout, observer quelques soucis quant au déploiement de sa mise en pratique.

Le mode d'exercice de la médecine est, en conséquence, forcément, en train de changer. L'augmentation de la technicité des soins, le vieillissement de la population allant de pair avec une prévalence accrue des affections de longue durée, les exigences toujours plus fortes des patients quant à la qualité de prise en charge et de traitement, la nécessité de garantir un égal accès aux soins sur l'ensemble du territoire et la désertification médicale composent un état des lieux de l'évolution sanitaire française (et que l'on retrouve, à bien des points, au Québec) qu'il convient de prendre en compte à tous les niveaux et qui interpelle clairement les acteurs de la santé et sont autant de facteurs mettant à l'épreuve les capacités d'accueil, de traitement du système de santé.

De plus, face aux défis considérables que tous ces facteurs entraînent et dans un contexte de maîtrise de la dépense publique, une pression sans précédent s'exerce sur les capacités de financement, imposant au système de santé de s'engager plus avant sur la voie d'une amélioration simultanée de la qualité des services prodigués et de l'efficacité économique.

Plusieurs constats peuvent être dégagés des études démographiques et épidémiologiques réalisées en France. La prévalence et l'incidence des maladies chroniques ne cessent de croître, notamment en lien avec le vieillissement de la population, ce phénomène étant encore aggravé par la croissance du nombre de personnes atteintes de polyopathologies. La démocratie sanitaire est un concept qui occupe une place de plus en plus centrale en France. Sa mise en œuvre se traduit par une implication plus marquée des malades dans les décisions de santé qui les concernent, avec pour corollaire, une responsabilisation des patients, désormais reconnus experts du vécu de leur maladie, qui

modifie les relations interpersonnelles et incite les soignants à prendre en compte la personne soignée de manière plus globale.

Il s'agit là d'enjeux face auxquels le plan de transformation de notre système de santé a réaffirmé, ces dernières années, la volonté de s'appuyer sur des infirmiers en pratique avancée formés pour exercer des compétences empruntées au champ médical et gérer les parcours complexes. Cette pratique avancée, relativement nouvelle, doit pouvoir participer à améliorer notre système de santé afin qu'il réponde aux enjeux et défis actuels.

En effet, ce n'est pas la première fois que cette piste est évoquée puisque la délégation de compétences est très tôt apparue comme l'une des solutions possibles pour répondre aux défis du système de santé français, mais on entre davantage dans une notion de réalité avec le concept d'infirmiers en pratique avancée qui permet de faire évoluer les compétences des professionnels paramédicaux pour s'adapter aux nouveaux besoins des patients en même temps que de la profession.

La création du statut d'infirmier de pratique avancée (IPA) marque une évolution majeure dans l'organisation traditionnelle des compétences des professions de santé. L'ambition du Ministère des Solidarités et de la Santé est d'en faire l'un des leviers de la rénovation du système de santé français pour, entre autres, relever l'ensemble de ces défis.

Pour répondre au mieux à l'adéquation enjeux/défis, il faut désormais compter avec le fait de « réorganiser les pratiques en définissant de nouvelles règles de partage entre professionnels de santé et d'insérer, dans la chaîne de compétences des professions de santé, le maillon manquant que constituent les professions intermédiaires ». <sup>[8]</sup> L'objectif prioritaire des soins infirmiers consiste à répondre toujours mieux aux besoins, parfois complexes, des patients.

Plus précisément, la création de cette profession intermédiaire, première du genre en France (et qui s'est inspirée d'initiatives similaires déjà instaurées de par le monde, y compris au Québec) doit, selon le Ministère, contribuer à relever notamment les grands défis posés à notre système de santé que sont le vieillissement de la population, le développement des maladies chroniques impliquant un suivi du patient sur le long terme par une équipe multidisciplinaire avec des parcours complexes, et la pénurie de médecins.

En effet, l'évolution recherchée, urgente pour les professionnels de santé, doit répondre à ces enjeux/défis, pourtant connus de longue date, mais s'affirmant au cours des années.

L'Organisation Mondiale de la Santé <sup>[5]</sup> qui fait de l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques une priorité, prévoit une hausse de 15% des décès dus à ces pathologies dès la période 2010–2020. Au niveau sanitaire, cette transition épidémiologique (évolution des causes dominantes de la mortalité dans une zone géographique) va nécessiter à court terme une adaptation du système de santé pour apporter des réponses à la fois qualitatives (recherches thérapeutiques, qualité des prises en charge, etc.) et quantitatives (disponibilité des médecins).

D'un côté, la transition démographique se traduit par le vieillissement de la population. À cet égard, le processus du vieillissement présente un double aspect :

- quantitatif : le nombre de personnes âgées s'accroît considérablement. Selon les dernières projections démographiques de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), la population de la France métropolitaine pourrait être composée d'un tiers de personnes âgées de plus de 60 ans en 2060 (11,9 millions de Français auront plus de 75 ans, soit deux fois plus qu'en 2007) et en 2070, la France compterait plus d'une personne âgée de 65 ans ou plus pour deux personnes âgées de 20 à 64 ans. <sup>[9]</sup> Avec l'avancée en âge, les problèmes de santé les plus fréquents sont les maladies chroniques et les incapacités qu'elles entraînent, ainsi que l'augmentation des maladies cardiovasculaires, des tumeurs malignes et du diabète (données 2016 / université Versailles St Quentin en Yvelines)

- qualitatif : la durée de vie des personnes âgées s'allonge

D'un autre côté, une transition dite épidémiologique avec une chronicisation des maladies, maillon faible du système de santé (douleurs chroniques dont la prévalence augmente avec l'âge et étant sources d'incapacités et de handicaps, ainsi que d'altérations majeures de la qualité de vie), nécessitant un suivi et un accompagnement des patients à long terme, ainsi que la gestion de parcours dits complexes.

Avec l'émergence des maladies chroniques en France, des médecins débordés et des infirmiers qui souhaitent souvent s'impliquer davantage dans une prise en charge globale de patients, l'offre de soins est à revoir. C'est la raison pour laquelle, les infirmiers de pratique avancée représentent, aux yeux des représentants professionnels, une voie d'avenir. Affectés à des postes transversaux dans les hôpitaux, les « nouveaux infirmiers » à former doivent pouvoir aussi être très utiles en ville.

Les maladies chroniques représentent, avec les maladies psychiques, plus des trois quarts des personnes en affection de longue durée (ALD). Il y a cinquante ans, la majorité des décès dans le monde était imputable à des maladies infectieuses ; aujourd'hui, 70 % sont dus à des maladies chroniques et ce chiffre ne cesse de croître. Le nombre de personnes déclarées comme souffrants d'affections de longue durée est passé en France de 3,7 millions de personnes en 1994 à 9,8 millions en 2014 (chiffre calculé à partir des malades pris en charge à 100% par la sécurité sociale). <sup>[10]</sup>

Cet essor des maladies chroniques implique une augmentation du nombre de professionnels de santé en exercice, ou – a minima – une meilleure organisation.

Certaines maladies autrefois incurables sont désormais mieux contrôlées, mais accompagnent celles et ceux qui en souffrent durant de nombreuses années. Cette chronicité est souvent ponctuée d'épisodes aigus nécessitant une hospitalisation. Et bien que l'hôpital accueille des patients dont l'état est globalement plus critique qu'auparavant, il doit composer avec la forte pression qui s'exerce sur les coûts de la santé et sur les durées d'hospitalisation.

Jour après jour, les patients souffrant de maladies chroniques sont confrontés à une multitude de professionnels. Au cœur de ce système complexe, on attend désormais d'eux qu'ils « gèrent » leur propre santé, par exemple sous forme d'actes techniques qu'ils réalisent eux-mêmes et de décisions quotidiennes.

Cela est également vrai pour toutes autres pathologies et la pratique avancée doit pouvoir les aider à assumer cette « prise en charge individuelle et personnelle » tout en assurant un accompagnement sérieux et motivé du patient, objectif particulièrement ciblé dans

le cadre de la pratique infirmier, que ce soit en France ou au Québec. En effet, si la pratique avancée est avant tout centrée sur la clinique, car l'expertise de l'infirmier lui permet de traiter les symptômes, de réajuster le traitement au besoin et de pratiquer l'examen clinique, il n'empêche que l'IPA intervient également dans la coordination de parcours patients car il permet de répondre à des besoins qui pour lors ne sont pas couverts. Il constitue pour des patients souvent atteints de pathologies chroniques un interlocuteur privilégié, et leur permet d'être accompagnés tout au long de leur parcours de soins, dès la consultation d'annonce. Or, c'est bien souvent cet accompagnement par une personne ressource qui manque aujourd'hui en France (et qui trouve progressivement sa place au Québec) pour des patients chroniques. L'intérêt de l'IPA est donc de permettre à la fois un accompagnement personnalisé des patients par un professionnel connu et identifié, mais également un véritable parcours de soins dont le patient est le centre.

Les infirmiers « de pratique avancée » doivent être équipés de compétences leur permettant d'individualiser les soins tout en adoptant une approche globale des situations rencontrées. L'objectif est qu'ils développent des partenariats avec les patients, de manière à les guider et à les coacher pour leur santé, lors des nombreuses phases de transition qu'impose la maladie.

D'après l'Institut de Veille Sanitaire (InVS), devenu en 2016 (après sa fusion avec l'INPES et l'EPRUS) Santé Publique France, 28 millions de personnes suivaient en 2010 un traitement au long cours, 15 millions étaient atteintes de maladies chroniques (soit près de 20% de la population française) et 9 millions étaient déclarées en affections de longue durée.<sup>[11]</sup>

Par ailleurs, l'Assurance Maladie a élaboré, en 2017, des projections et estime que le nombre de personnes concernées par des pathologies va encore croître entre 2016 et 2020. Elle précise, à cet effet, que dans les trois ans qui suivent (c'est-à-dire jusqu'en 2020), 548000 personnes de plus qu'en 2015 devraient être atteintes d'au moins une pathologie chronique ou concernées par un traitement long, ce phénomène étant encore plus aggravé par la croissance du nombre de personnes atteintes de polyopathologies.<sup>[12]</sup>

Sous le double effet du progrès thérapeutique et du vieillissement de la population, le nombre de patients chroniques croît de façon exponentielle : 16 millions actuellement, sans doute plus de 20 millions en 2020 selon les projections de la CNAM, dont la moitié relevant du régime des affections de longue durée. Et ces patients chroniques seront de plus en plus complexes car avec le vieillissement apparaissent davantage de comorbidités chez une même personne comme cela avait été bien illustré par Barnett et coll. montrant par exemple que dans la tranche d'âge 70-74 ans, 30 à 40% de la population présente deux pathologies ou plus.<sup>[13]</sup>

Le Québec est, lui aussi, confronté à l'augmentation des maladies chroniques.

Il est néanmoins observé que le taux de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire a diminué de moitié depuis une vingtaine d'années, à tel point que, depuis 2000, elles ne constituent plus la principale cause de décès. En 2001, le Québec affichait le taux le plus faible du Canada à cet égard. Ce recul est considéré comme un des succès les plus importants de ces dernières décennies dans le domaine de la santé.<sup>[14]</sup>

Désormais, les tumeurs malignes sont la principale cause de décès des Québécois. Phénomène inquiétant, l'augmentation du cancer du poumon observée depuis plusieurs

années chez les femmes vient atténuer les modestes gains observés pour les autres causes de cancer. De manière générale, le Québec présente un bilan peu reluisant pour la mortalité par cancer, comparativement aux autres provinces canadiennes et aux pays industrialisés.

Les maladies chroniques se caractérisent souvent, chez les personnes atteintes, par une longue période où celles-ci doivent composer avec la maladie. Les principaux problèmes de santé que déclarent les Québécois sont les allergies non alimentaires (25 %), les maux de dos (17 %) et l'hypertension (15 %). L'ampleur de ces problèmes augmente avec le temps, et les femmes y sont plus vulnérables que les hommes.

L'obésité est à la fois une maladie et un facteur favorisant le développement d'autres maladies. Depuis environ 15 ans, l'obésité progresse rapidement au Québec. Même si ce problème est moins répandu ici que dans la plupart des autres provinces canadiennes, les comparaisons internationales révèlent que le Québec se situe parmi les sociétés qui affichent le plus haut taux d'obésité.

De manière générale, tous les indicateurs le montrent, les maladies chroniques constituent un fléau tant sur le plan sanitaire que financier, qui n'est pas près de s'enrayer, du fait du vieillissement de la population et des progrès médicaux. Décideurs, médecins et patients doivent nécessairement s'adapter à cette nouvelle médecine.

La prise en charge pluriprofessionnelle nécessaire des maladies chroniques a été au cœur de nombreux de rencontres de santé en France (notamment un colloque qui s'est tenu, en juillet 2017, à l'Académie nationale de médecine à Paris, en clôture des InterPros de la Santé, série de rencontres nationales et régionales qui se sont déroulées durant 18 mois et qui étaient organisées par Le Concours médical sous l'égide d'un comité scientifique et pédagogique).<sup>[15]</sup>

Le système de santé français reste parmi les meilleurs du monde, au moins dans les apparences, notamment du fait de l'excellence de la prise en charge des situations aiguës graves dans des établissements, publics ou privés, où exercent des professionnels aguerris disposant des moyens les plus sophistiqués. A l'autre bout de la chaîne, les situations aiguës bénignes sont tout aussi remarquablement prises en charge par la médecine ambulatoire de premier recours. Mais entre les deux se développe un besoin croissant, celui-là même des maladies chroniques, auquel le système de santé français répond mal du fait d'une organisation inadaptée. C'est sur ce constat que le Pr. André GRIMALDI a ouvert le colloque « Les soins primaires à l'heure des évolutions organisationnelles » organisé par le magazine professionnel Le Concours médical, avec le soutien institutionnel de MSD – Parcours de santé – et sous l'égide d'un comité scientifique et pédagogique représentatif de cette pluriprofessionnalité appelée à relever les défis des maladies chroniques.<sup>[16]</sup>

Que faire pour que ces patients puissent suivre un parcours de santé optimal, faisant appel à des compétences diverses mais organisées les unes par rapport aux autres ? La réponse s'impose d'elle-même par son évidence : faire en sorte que les professionnels de santé requis par les besoins de santé d'un patient chronique se coordonnent et agissent de concert. Mais pour évidente qu'elle soit, cette réponse reste difficile à mettre en œuvre tant notre système de santé a, il faut bien l'avouer, pris ses habitudes en fonction des besoins passés, avec une organisation qui tient plus des tuyaux d'orgue que d'une vision horizontale et transversale adaptée au parcours de santé du patient chronique.

C'est sur cette thématique que se sont multipliées les réunions des InterPros de la Santé, révélant un foisonnement d'initiatives sur le terrain. Cette richesse se heurte malheureusement à la pauvreté des soutiens reçus d'en haut, du système de santé lui-même, pour lequel le politique ne manque pas d'ardeur pour concevoir des lois programmatiques (loi HPST en 2009, loi de modernisation de notre système de santé en 2016), mais peine à faciliter les évolutions organisationnelles que devraient pourtant imposer les besoins de santé actuels. Si bien qu'Élisabeth HUBERT, présidente de la FNEHAD (Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile) et ancienne ministre de la santé, encourage Agnès BUZYN à ne pas se laisser tenter à son tour par une nouvelle loi programmatique, mais à se concentrer sur ces évolutions organisationnelles tant nécessaires. <sup>[17]</sup>

Les InterPros de la Santé ont ainsi rédigé un Livre Blanc qui retrace l'évolution récente des besoins de santé et fait quelques recommandations devant permettre au système de santé de s'adapter au virage ambulatoire. Parmi les recommandations que porte cet ouvrage, le recentrage du médecin sur ses compétences, ce qui suppose l'émergence de nouveaux métiers à l'exemple du coordonnateur du parcours de santé des patients.

C'est aussi une évolution des modes de rémunération, le paiement à l'acte ayant montré ses limites dans la prise en charge du patient chronique. Une dizaine de recommandations de cette nature sont faites et le lecteur appréciera certainement de pouvoir prendre connaissance d'initiatives mises en œuvre, en France ou à l'étranger, et qui sont autant de sources d'inspiration.

Autres enjeux très importants aussi, tenant à la diminution de la démographie médicale à laquelle il faut ajouter une inégale répartition des professionnels sur le territoire (pénurie de médecins). La France comme le Québec doivent faire face à une baisse du nombre de médecins dont la densité est inégalement répartie sur le territoire, ainsi qu'à une augmentation de la demande de soins, accompagnée de contraintes économiques drastiques.

Les problèmes d'accès aux soins sont avant tout le fait de territoires où une offre de soins est présente, mais s'avère insuffisante pour répondre à la demande de soins. Cela entraîne une charge de travail excessive pour les professionnels, des difficultés à obtenir un rendez-vous, des délais d'attente pour les patients ...

L'approche retenue pour repérer les territoires à faible densité médicale consiste à considérer, pour chaque commune, le nombre moyen de consultations auxquelles les habitants peuvent avoir accès à moins de 20 minutes de chez eux, compte tenu de la densité de médecins et des besoins de soins des habitants dans leurs communes et dans les communes avoisinantes. Ce critère permet d'arrêter, qu'à moins de 2,5 consultations par habitant et par an, 8,1% de la population fait face à une situation de faible accessibilité (environ 9000 communes et 5,3 millions d'habitants). <sup>[18]</sup>

Parmi ces situations de faible accessibilité, deux cas de figure peuvent être distingués :

- des communes sous-denses et un territoire de vie-santé touché par un manque d'offre actuel ou prévisible à court terme ; dans ce cas, aider à l'installation de médecins dans le territoire s'avère nécessaire
- des communes sous-denses, mais un territoire qui ne connaît pas de déficit global ; pour ces habitants, les problèmes d'accessibilité sont des phénomènes localisés et non globaux : une offre de soins est présente. La réponse adaptée consiste à réorganiser la

présence médicale au sein du territoire en utilisant d'autres leviers que les incitations à l'installation, comme les nouvelles technologies ou les coopérations entre professionnels de santé.

Le nombre de zones à accessibilité faible va augmenter dans les années à venir et cette situation va progressivement s'étendre à de nouveaux territoires, en accentuant les tensions démographiques, en raison de la diminution du nombre de médecins généralistes libéraux en exercice et des départs en retraite des médecins de plus de 65 ans. Les nouvelles aspirations des jeunes médecins, qui recherchent plus d'équilibre entre vie privée et vie professionnelle, un travail en équipe élargie et une diversité des modes d'exercice accentuent également ce phénomène.

En ne tenant pas compte, dans l'offre accessible, de celle offerte par les médecins de plus de 65 ans qui vont probablement cesser leur activité, c'est 12,4% de la population qui fait face à une situation de faible accessibilité actuelle ou prévisible.

Par ailleurs, pour lutter contre les déserts médicaux (véritable « serpent de mer »), il ne serait pas question d'obliger les médecins en début de carrière à s'installer où personne ne veut aller.

Les termes énoncés de la réforme actuelle en cours laissent notamment à penser qu'il est préférable de miser sur le sens des responsabilités des médecins, qui vont être appelés à s'organiser en « communautés professionnelles territoriales de santé ».

Incités à se regrouper en cabinets entre professionnels de santé, les soignants présents sur ces territoires devront mieux se répartir le travail ... en commençant par prendre leur part dans les urgences de jour, « un sujet majeur », pour désengorger les hôpitaux.

Le rôle à venir des IPA avec, en filigrane, une notion « d'autonomie » (toute relative) devrait donc permettre, en théorie, de libérer du temps pour les médecins généralistes, mais aussi, en pratique.

Au Québec, seulement 41% des personnes rapportent pouvoir voir un médecin ou une infirmière le jour même ou le lendemain en cas de besoin, contre 45 % au Canada et 59 % en moyenne dans les pays participants. <sup>[19]</sup>

« Ce manque d'accès aux soins de première ligne entraîne une surutilisation des urgences, puisque 38% des adultes québécois ont fait au moins une visite aux urgences dans les deux dernières années et près de la moitié de ces personnes (44%) indiquent qu'elles auraient pu aller voir leur médecin à la place, si celui-ci avait été disponible ». <sup>[19]</sup>

Le coût des services médicaux offerts par les médecins de famille est particulièrement élevé, soit 1,7 fois plus que les mêmes services selon la moyenne canadienne, et ils sont moins disponibles en dehors des heures régulières (soirs et fins de semaine), note le Commissaire à la Santé. <sup>[6]</sup> Un problème que le ministre de la Santé, Gaétan Barrette, a promis de régler très prochainement avec la création de 50 super-cliniques.

Une autre préoccupation du CSBE tient à « l'iniquité documentée relative au suivi des patients et aux résultats de santé pour les personnes ayant les revenus les plus faibles », un enjeu de taille qui doit, selon lui, être au centre des préoccupations du système public québécois. « Les populations vulnérables ont davantage besoin de services et ces besoins

non comblés exacerbent leur condition défavorable. Ce manque d'équité va à l'encontre de la solidarité, valeur chère à la société québécoise », écrit-il. <sup>[6]</sup>

Bien que le système de santé québécois figure parmi les meilleurs au monde, des défis de taille restent à relever en matière d'accessibilité et de continuité des soins, selon un rapport du Commissaire à la santé et au bien-être. L'organisme estime que les difficultés du système de santé ne semblent pas liées à une enveloppe budgétaire insuffisante, mais à l'organisation des soins et à la répartition des ressources humaines et matérielles. <sup>[6]</sup>

Dans l'ensemble, le Québec fait bonne figure en ce qui a trait à l'état de santé de sa population et à la qualité technique des soins, tant sur les plans de la sécurité et de la pertinence que sur celui des bonnes pratiques, souligne d'emblée le CSBE dans son dernier rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux.

« Cependant, quelques défis de taille demeurent très présents au Québec, notamment en accessibilité et en continuité » des soins, observe le Commissaire.

Le CSBE note également que l'information ne suit pas nécessairement le patient dans son parcours à l'intérieur du système de santé. « Il y a peu de partage d'information entre les professionnels de la santé concernant le patient, particulièrement de la part du médecin spécialiste vers le médecin de famille ». <sup>[21]</sup>

Quant à la France, son système de santé s'appuie sur des structures multiples. Grâce à l'efficacité de son organisation, à l'implication quotidienne de ses professionnels (médicaux, paramédicaux, techniques, administratifs, sociaux) et à sa propension naturelle à innover, il gagne en reconnaissance internationale. Cela dit, la nécessité permanente de mettre en cohérence les besoins de soins et des compétences professionnelles conduit forcément à des ajustements et des évolutions de fonctions et de compétences des professionnels de santé dont des infirmiers.

Ces évolutions du système de santé ont nécessité de franchir de façon significative une nouvelle étape. La mise en place d'infirmiers de pratique avancée est une innovation et un changement à accompagner à plusieurs niveaux.

### III. Le statut infirmier au Québec et en France

---

La compréhension de la nature de l'émergence de la pratique avancée sollicite un retour à l'histoire de l'Infirmier.

Dans le cadre de la nécessaire évolution du système de santé et des enjeux qui y sont liés (précisés ci-dessus), le statut d'infirmier d'État tel qu'il est pratiqué depuis des décennies et reconnu à ce jour, est forcément amené à régulièrement évoluer. Nonobstant sa présence incontournable dans le fonctionnement et attributions de soins sanitaires, c'est son implication et son engagement qui ont permis de mieux appréhender le nécessaire besoin de faire évoluer son rôle, sa fonction au regard des besoins d'optimisation du système de santé (processus qui est, rappelons-le, déjà engagé au Québec et qui vient enfin de trouver sa place en France).

La fonction d'infirmier est le socle à partir duquel va s'épanouir la fonction d'IPA, ce qui justifie, ici, le rappel de son rôle en tant que premier observateur et acteur des politiques volontaristes liées au développement et à l'amélioration des soins.

De manière générale, que ce soit au Québec ou en France, l'infirmier doit être en mesure de créer une relation de confiance avec le patient et son entourage. Il peut être en contact avec des personnes agitées, des personnes angoissées, choquées, il doit pouvoir créer un lien, une communication avec chacun d'entre eux, qu'il prend en charge de façon globale et individualisée.

L'infirmier doit être particulièrement rigoureux, à la fois dans le respect des prescriptions médicales, des règles d'hygiène, des transmissions d'information.

Il doit savoir recueillir et transmettre les informations adaptées pour que le malade soit bien soigné et bien informé. Même lorsqu'il travaille seul, il est donc toujours à l'écoute des autres professionnels de santé qui interviennent auprès du malade. Il peut être amené à organiser le travail des aides-soignants sous sa responsabilité. Une grande résistance physique et psychologique est indispensable pour exercer cette profession.

On retrouve, de part et d'autre de l'Atlantique, les mêmes attentes en termes d'aptitudes et de types de personnalité nécessaires à un infirmiers : aimer travailler en contact avec le public, aimer travailler en équipe avec des collègues ou avec d'autres professionnels, aimer travailler physiquement ou manipuler des instruments, avoir une bonne résistance au stress, avoir une facilité à communiquer et une capacité d'écoute, être responsable et organisé, faire preuve d'initiative et être autonome, posséder une capacité d'analyse et de synthèse.

Il en est de même pour ce qui est des raisons principales amenant à choisir la profession infirmière : le sentiment d'être utile en soignant les autres, le contact humain avec les malades, leur famille et l'équipe soignante, la diversité du travail, les connaissances techniques et scientifiques, la sécurité d'emploi.

### III.1. L'infirmier au Québec : quelques points de repère

La profession d'infirmier au Québec est régie par un ordre qu'est l'Ordre des Infirmières et des Infirmiers du Québec (OIIQ). Toute personne qui désire travailler comme infirmier au Québec doit être membre de l'OIIQ. <sup>[20]</sup>

Elle est encadrée par des lois et s'inscrit dans un champ d'exercices précis.

Les infirmiers œuvrent dans les centres hospitaliers (CH), les centres locaux de services communautaires (CLSC), les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), les cliniques médicales, les centres de santé.

Au Québec, la pratique clinique infirmière est encadrée par une loi qui reconnaît clairement l'expertise et l'autonomie décisionnelle des infirmiers en matière de soins de santé. L'article 36, alinéa 1 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers (LII) définit le champ d'exercice de la profession et les 17 activités professionnelles qui leur sont réservées. <sup>[21]</sup>

Cela dit, cette pratique ne se limite pas à une liste d'actes spécifiques, mais s'inscrit plutôt dans un champ d'exercices auquel se rattachent des activités réservées à l'infirmier ou partagées avec d'autres professionnels de la santé.

« L'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé d'une personne, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie, ainsi qu'à fournir des soins palliatifs ».

La profession d'infirmier au Québec se caractérise aussi par le leadership clinique que l'infirmier doit exercer, notamment par la détermination et l'ajustement du plan thérapeutique infirmier, que ce soit dans le cadre du suivi clinique des clients, de la coordination de l'équipe de soins infirmiers ou de la collaboration interprofessionnelle.

La pratique infirmière ouvre la voie à un cheminement de carrière des plus intéressants. Ainsi, au fil de ses expériences, il est possible de changer de spécialité médicale ou de milieu d'emploi, de se perfectionner et d'accroître ses responsabilités.

Le personnel infirmier peut aussi œuvrer dans une grande variété d'établissements du réseau public ou privé, et aider de très nombreuses patientèles de tous âges à traverser des périodes critiques de leur vie, qu'il s'agisse d'une grossesse, d'une maladie chronique, d'un problème de santé mentale ou d'une fin de vie.

L'infirmier assume la responsabilité d'un ensemble de soins infirmiers selon les besoins bio-psycho-sociaux des patients ou des groupes de personnes qui lui sont confiés. Il évalue l'état de santé des patients, détermine et assure la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers. Il prodigue les soins et traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé ou de la rétablir et de prévenir la maladie.

L'infirmier planifie, dispense et évalue l'enseignement aux patients, à leurs proches et à des groupes de personnes. Il participe aussi à la recherche visant la promotion de la santé et la prévention de la maladie.

Différentes carrières sont ouvertes à l'exercice infirmier. <sup>[22]</sup>

L'infirmier en soins généraux, qui détient un diplôme d'études collégiales (DEC) en soins infirmiers (obtenu au bout de 3 ans après un diplôme d'études secondaires (DES) et certains cours obligatoires lui permettant d'exercer à titre d'infirmier en soins généraux ou de poursuivre des études à l'université afin d'obtenir un baccalauréat en seulement deux ans), évalue l'état de santé d'un patient ou d'un groupe de personnes et détermine les soins à apporter en collaboration avec les autres membres de l'équipe soignante.

Cette personne administre les médicaments et les traitements prescrits par un médecin en utilisant les techniques et les équipements appropriés, surveille et signale les symptômes ou les changements qui surviennent dans l'état de santé des patients, et informe les patients et leurs proches sur l'évolution du traitement et la façon de réaliser les soins une fois à la maison.

Elle peut aussi assister les médecins lors d'interventions chirurgicales ou d'autres actes médicaux.

La grande majorité de l'effectif infirmier travaille dans des établissements du réseau de la santé et des services sociaux (centres hospitaliers, cliniques, CLSC, CHSLD, centres de réadaptation, etc.). En milieu hospitalier, le personnel infirmier effectue souvent des rotations dans les différentes unités selon les besoins de l'établissement.

L'infirmier clinicien, qui détient un baccalauréat en sciences infirmières (3 ans avec un DEC général ou 2 ans avec un DEC en soins infirmiers), évalue l'état de santé, assure la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers pour les patients présentant des problèmes de santé complexes et prodigue des soins et des traitements. Ses fonctions comprennent également la coordination des soins et des services, la supervision du soutien aux patients ainsi que la participation au développement d'outils cliniques, à la recherche clinique et à la formation des stagiaires.

Généralement, il travaille au sein d'une seule unité clinique d'un centre hospitalier, même s'il n'a pas de spécialisation dans un domaine particulier. On le retrouve également dans les CLSC pour la conception, l'élaboration et l'évaluation de programmes de santé (santé scolaire, santé communautaire, santé en milieu de travail, soins à domicile), dans certains CHSLD pour la gestion d'activités cliniques et de soins infirmiers plus complexes ainsi que dans les centres de réadaptation (en déficience physique, en déficience intellectuelle, en dépendances).

Le conseiller en soins infirmiers, qui détient un baccalauréat en sciences infirmières (3 ans avec un DEC général ou 2 ans avec une DEC en soins infirmiers), a pour but d'orienter les équipes sur les questions relatives aux soins infirmiers. En plus de prodiguer des soins aux patients, il est appelé à concevoir, à diffuser, à évaluer et à réviser des programmes d'orientation, de formation et de mise à jour des connaissances du personnel infirmier et des stagiaires, ou encore des programmes d'amélioration de la qualité des soins.

Avec l'évolution rapide des connaissances scientifiques et des technologies, le développement professionnel est au cœur de la pratique infirmière. Il est donc essentiel d'informer le personnel sur toute nouvelle pratique exemplaire, mais aussi de le guider en proposant des solutions pour améliorer les soins.

Cette personne-ressource peut se retrouver autant dans le secteur public que dans le secteur privé. Dans les centres hospitaliers, elle contribue à la qualité des soins en conseillant les équipes sur les soins optimaux à prodiguer. En santé communautaire, elle peut soutenir les équipes locales de promotion de la santé et de prévention. Dans les entreprises, elle peut concevoir et implanter des programmes de prévention et d'amélioration des activités professionnelles. Le baccalauréat est, ici aussi, requis.

Le cadre-conseil en soins infirmiers, qui détient un baccalauréat en sciences infirmières (3 ans avec DEC général ou 2 ans avec DEC en soins infirmiers) et une maîtrise en sciences infirmières (2 ans), joue à la fois les rôles d'expert clinique et d'agent de changement en accompagnant les équipes soignantes dans les processus de résolution de problèmes, d'amélioration de la qualité des soins et de développement de l'excellence clinique. Ses fonctions l'amènent à planifier, à concevoir et à mettre en œuvre de nouvelles approches, des programmes de soins et d'enseignement, ainsi que des outils cliniques fondés sur des résultats probants. Cela comprend également les programmes de gestion des risques et de la qualité.

Les requis tournent autour des notions de haute qualité (au niveau des services et soins offerts), mais aussi d'innovation (en réponse aux besoins des patientèles).

Le cadre-conseil en soins infirmiers travaille principalement dans les établissements de soins cliniques directs, comme les centres hospitaliers, les cliniques, les CHSLD et les CLSC.

L'infirmier clinicien en prévention et en contrôle des infections (PCI), qui détient un baccalauréat en sciences infirmières (3 ans avec un DEC général ou 2 ans avec un DEC en soins infirmiers), possède une expérience clinique en prévention et en contrôle des infections et a complété un microprogramme de 2<sup>nd</sup> cycle dans ce domaine (1 an). Il détient également un certificat de spécialiste de la part de l'OIIQ. Ses fonctions consistent à déterminer les facteurs qui ont une incidence sur les infections liées aux soins de santé, tant chez un patient que dans un groupe particulier. La personne spécialiste en PCI assure ainsi la surveillance des infections en temps réel, analyse le risque infectieux présent ou appréhendé, réalise des enquêtes épidémiologiques et met en place des moyens et des stratégies pour les prévenir, atténuer leurs complications et contrôler leur transmission afin d'éviter l'éclosion de maladies infectieuses.

Cette personne travaille principalement dans un centre hospitalier ou auprès de plusieurs établissements pour lesquels elle détecte les problèmes en émergence dans la région. Son travail se fait toujours en collaboration avec différentes équipes d'experts.

Certains infirmiers détiennent des postes dans l'administration, l'enseignement ou la recherche. Ils permettent d'assumer un leadership professionnel en ce qui a trait à l'amélioration continue des services de santé et à l'avancement des connaissances en sciences infirmières dans une variété de milieux de pratique.

Il s'agit, pour les gestionnaires d'établissements, qui détiennent une maîtrise en sciences infirmières ou en administration, d'organiser et optimiser les soins infirmiers ainsi que

la gestion des ressources humaines. Ces spécialistes en administration agissent comme gestionnaires dans les différents établissements du réseau de la santé.

Du côté de l'enseignement, les infirmières et infirmiers titulaires d'un baccalauréat, d'une maîtrise ou d'un doctorat peuvent contribuer à la formation de la relève infirmière de façon continue ou occasionnelle. Les infirmiers qui s'intéressent à l'enseignement peuvent intervenir en milieu collégial ou universitaire, ou encore en milieu clinique pour offrir un enseignement formel ou un mentorat clinique.

Pour ce qui est des activités de recherche, elles sont généralement entreprises dans le cadre d'un doctorat afin de contribuer au développement de la pratique. Elles sont instaurées en milieu universitaire et menées en collaboration avec des établissements publics ou privés.

L'administration, l'enseignement et la recherche sont des fonctions essentielles de la pratique infirmière, qui peuvent être effectuées à temps plein ou à temps partiel. Même si elles s'éloignent parfois des soins directs, le patient demeure au cœur de la pratique, que ce soit pour améliorer les services qui lui sont offerts, pour assurer l'excellence des personnes qui prennent soin de lui ou pour lui proposer des soins toujours plus efficaces.

Il est intéressant d'observer qu'en ce qui concerne la répartition de l'effectif infirmier dans les différents établissements du Québec <sup>[23]</sup> :

- 84,4% exercent dans le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS)
- 1,4% dans le secteur public autre que RSSS : cette catégorie comprend les ministères provinciaux ou fédéraux (sur le territoire québécois), les organismes municipaux ou provinciaux (INSP, RAMQ, CSST, etc.), ainsi que les centres de détention et les établissements correctionnels
- 8,4% dans le secteur privé
- 4% dans le secteur de l'éducation
- 1,8% dans le secteur communautaire/OSBL : ce secteur englobe des associations, regroupements et organismes sans but lucratif qui voient au bien-être de la population

### **III.2. L'infirmier en France : quelques points de repère**

Le Code de la santé publique permet à l'infirmier d'exercer ses missions et ses compétences dans le cadre de la prescription médicale et dans le cadre de son rôle propre, ce dernier lui attribuant une autonomie décisionnelle. <sup>[24]</sup>

Par ailleurs, il dispose d'un droit de prescription bien délimité (prescription de dispositifs médicaux, de substituts nicotiques, renouvellement des contraceptifs oraux, ...).

La profession d'infirmier possède son ordre professionnel (Ordre National des Infirmiers) et dispose, depuis novembre 2016, de son propre Code de Déontologie. <sup>[25]</sup>

Le terme infirmier vient de l'ancien français « enfermier » (1288), lui-même dérivé du latin « infirmus » (qui n'est pas ferme, au moral comme au physique). Étymologiquement parlant, ce mot signifie « qui s'occupe des infirmes ». Le dictionnaire des soins infirmiers définit ainsi l'exercice de la profession infirmière : « Pratique de la profession infirmière comprenant l'administration des soins infirmiers, la gestion, le conseil, la recherche et/ou l'enseignement des soins infirmiers ... ». [26]

« La profession infirmière peut et doit apporter une contribution significative en termes de réponse aux besoins de la population (...). De surcroît, cette approche de la santé, que l'on peut qualifier de globale, est loin d'être nouvelle pour les infirmières ». (Jovic. L et al.) [27]

Les infirmiers dispensent des soins de nature préventive, curative ou palliative, visant à promouvoir, maintenir et restaurer la santé. Ils contribuent à l'éducation à la santé, et à l'accompagnement des personnes ou des groupes dans leurs parcours de soins en lien avec leur projet de vie.

Leurs principales missions ont pour but d'évaluer l'état de santé d'une personne et analyser les situations de soins, concevoir des soins, les prodiguer et les évaluer, mettre en œuvre des traitements.

Leurs contributions sont multiples : aide matérielle et psychologique dans les actes quotidiens perturbés par la maladie (respiration, alimentation, hygiène, ...), accompagnement dans la maladie physique ou mentale et lors des soins, réalisation des prescriptions médicales (préparation et distribution de médicaments, soins de nature technique tels que des injections, prélèvements, pansements, prise de tension, ...), éducation thérapeutique de la personne ou d'un groupe pour maintenir ou restaurer sa santé, organisation des soins et collaboration avec les autres travailleurs sanitaires et sociaux.

Les infirmiers interviennent dans le cadre d'une équipe pluriprofessionnelle, dans des structures et/ou à domicile, de manière autonome et/ou en collaboration.

Les infirmiers participent à la rédaction et la mise à jour du dossier du malade, ainsi qu'à l'information et à l'accompagnement du patient et de son entourage. Ils travaillent en étroite relation avec le corps médical, et encadrent parfois une équipe d'aides-soignants. Ils transmettent, par écrit ou par oral, les informations relatives aux patients pour garantir le suivi des malades, dans les meilleures conditions.

De plus, depuis le 31 mars 2012, les infirmiers sont autorisés à prescrire certains dispositifs médicaux dont la liste est fixée de façon limitative par l'arrêté du 20 mars 2012. [annexe 2]

Le métier d'infirmier est extrêmement varié : il peut être amené à travailler de façon plutôt « solitaire » (infirmier à domicile) ou en équipe (infirmier en service hospitalier). Il peut exercer un métier très technique (service de réanimation) ou très relationnel (service de psychiatrie). Il peut prendre en charge des patients au long cours, avec lesquels il noue des relations très proches (patients âgés, patients dialysés, ...).

En France, pour exercer les activités du métier d'infirmier, il faut obtenir le Diplôme d'État d'Infirmier qui atteste des compétences professionnelles selon les articles R.4311-1 à R.4311-15 du Code de la santé publique. [28] Ces études en soins infirmiers se déroulent dans les IFSI (Instituts de Formation en Soins Infirmiers), en partenariat avec l'Université. Ce cursus, accessible après la réussite au concours d'entrée, permet aux étudiants d'obtenir, au terme de 3 années d'études, le Diplôme d'État d'Infirmier et le grade de licence (bac+3). Pour être

admis à effectuer les études conduisant au Diplôme d'État d'Infirmier, les candidats doivent être âgés de dix-sept ans au moins au 31 décembre de l'année des épreuves de sélection.

Ces épreuves de sélection sont organisées par chaque Institut de Formation en Soins Infirmiers. Les instituts de formation qui le souhaitent ont la faculté de se regrouper en vue d'organiser en commun les épreuves. Le nombre de places offertes par institut est déterminé selon les conditions prévues par l'article L.4383-2 du Code de la santé publique. <sup>[29]</sup>

Un nouveau programme de formation a été mis en place depuis septembre 2009 dans les IFSI (arrêté du 31 juillet 2009) qui s'inscrit dans le cadre européen des études supérieures (dispositif LMD : Licence – Master – Doctorat). <sup>[30]</sup>

Le cursus de formation s'inscrit désormais dans le système universitaire européen basé sur l'acquisition chaque année d'un certain nombre d'unités d'enseignement (UE). Le système d'évaluation des étudiants est basé sur l'attribution de 180 crédits ECTS (30 crédits par semestre validé). Ce système permet la reconnaissance des études suivies dans un pays membre de la communauté européenne et facilite la mobilité des étudiants au sein de l'Europe.

Ainsi, depuis 2012, les étudiants en soins infirmiers sont, au terme d'un enseignement de trois ans, diplômés d'État au grade de licence universitaire ; cela correspond à l'acquisition des dix compétences qui régissent le référentiel de compétences de la profession infirmier <sup>[31]</sup>:

- cinq compétences spécifiques à la profession d'infirmier : évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier, concevoir et conduire un projet de soins infirmiers, accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens, mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique, initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs

- cinq compétences communes à d'autres professionnels de santé (transversales) : communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins, analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle, rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques, organiser et coordonner des interventions soignantes, informer et former des professionnels et des personnes en formation.

Cette reconnaissance universitaire donne la possibilité aux infirmiers de poursuivre leur cursus vers un master, puis éventuellement un doctorat.

Un infirmier diplômé d'État peut exercer partout en France dans la région de son choix, et selon le mode d'exercice qu'il a choisi : hospitalier (72%), extra-hospitalier (13%) ou libéral (15%).

En général, les infirmiers débutent leur carrière dans un hôpital, un établissement public de santé ou un établissement privé comme une clinique.

Le milieu extra-hospitalier comprend les établissements scolaires, les crèches, les centres pénitentiaires, les entreprises, les maisons de retraite, les centres de cure thermale, les centres de rééducation, l'armée, les organismes humanitaires, ...

Pour avoir le droit de s'installer en secteur libéral (seul ou en groupe), il faut avoir exercé deux ans en services hospitaliers. Être IDE libéral, c'est dispenser à la population des soins divers (prélèvements sanguins ou urinaires, pansements, injections de médicaments,

toilettes, ...) allant du maintien à domicile des personnes âgées ou handicapées aux soins palliatifs, en passant par tous actes que peuvent effectuer les infirmiers, suivant les compétences qui leur sont légalement reconnues. Dans ce cadre, l'infirmier libéral est un véritable acteur de santé publique et un maillon indispensable des « soins de ville ». L'infirmier libéral peut faire le choix de développer certains domaines de son activité, peut intégrer des réseaux formalisés de soins de ville (oncologie, soins palliatifs, mucoviscidose, ...). Même s'il est souvent seul auprès du patient, il travaille en relation étroite avec les autres professionnels de santé et souvent, aussi, avec les intervenants du secteur social et médico-social. En tant que profession de santé de proximité, l'infirmier libéral a un rôle important à jouer dans l'alternative à l'hospitalisation, le maintien à domicile, la prévention, le dépistage et l'éducation à la santé. Les orientations actuelles de la santé, visant à diminuer les journées d'hospitalisation au profit des soins de ville, l'évolution de la profession via la délégation de compétences des médecins vers les infirmiers et le développement de la prévention, en font un métier d'avenir car l'infirmier libéral est, plus que jamais, un acteur de santé publique incontournable. <sup>[32]</sup>

### **III.3. Historique du métier d'infirmier**

L'évolution et le long parcours des professions de soins est un parcours enfoui dans un lointain passé, mais ouvrant sur le temps d'aujourd'hui qui nous permet de mieux comprendre les récents bouleversements survenus au sein de la profession infirmière.

Pour mieux comprendre la profession d'infirmier, il est nécessaire de savoir d'où viennent les infirmiers et comment leurs profils, leurs missions et leurs compétences ont évolué au fil du temps.

Une meilleure appréhension de ce passé permet en effet de saisir la signification originelle et primordiale des soins : celle de maintenir, promouvoir et développer tout ce qui existe ou tout ce qui reste de potentiel de vie au sein des êtres vivants.

#### **III.3.1. Au Québec**

Bien avant l'arrivée des Européens au Canada, des guérisseurs et des sages-femmes autochtones occupaient une place importante dans la santé de leur communauté. Ces guérisseurs connaissaient de façon approfondie les plantes médicinales et savaient les récolter, les préparer et les administrer pour traiter divers maux.

En 1617, Marie ROLLET HEBERT, alors épouse de Louis HEBERT, apothicaire-chirurgien, fut la première personne au Canada à dispenser des soins infirmiers. <sup>[33]</sup>

Quelques années plus tard, en 1639, trois religieuses francophones de l'ordre des Augustines de la Miséricorde de Jésus sont arrivées dans ce qui est maintenant la ville de Québec, afin de prodiguer des soins aux colons (mission médicale financée par la duchesse d'AIGUILLON, nièce de RICHELIEU). <sup>[34]</sup> À cette époque-là, ces « premières infirmières formées » ne sont pas comme celles d'aujourd'hui : elles exercent la plupart du temps la fonction d'administrateur, souvent la fonction de « médecin » (elles fabriquent des produits

médicaux et pratiquent des chirurgies), et plusieurs miracles leur sont attribués. Elles ont été à l'origine du premier programme d'enseignement en soins infirmiers de l'Amérique du Nord.

En 1642, Jeanne MANCE, laïque ayant immigré de la France au Canada avec un groupe de colon, a érigé, à Ville-Marie (Montréal), un hôpital de 30 lits : l'Hôtel-Dieu. Elle a prodigué des soins aux citoyens, a dirigé l'hôpital et, surtout, a grandement contribué à recruter des religieuses de l'Hôpital des Sœurs de Saint-Joseph de la Flèche en France afin de l'aider à l'hôpital.

En 1737, les Sœurs de la Charité de l'Hôpital général de Montréal (Sœurs Grises) entreprennent leur œuvre à Québec avec la construction d'un hôpital, d'un orphelinat et la réalisation de soins gratuits à domicile financés par des dons philanthropiques et par les revenus des activités de leurs entreprises (une brasserie et une compagnie de transport de marchandise). Elles constituent les premières infirmières de santé publique.

Au XVIII<sup>e</sup> et XIX<sup>e</sup> siècles, les problèmes de santé les plus fréquents au Canada sont les nombreuses épidémies (variole, grippe, rougeole, scarlatine, typhoïde, typhus, tuberculose). Devant la nécessité d'isoler les malades, les Sœurs grises entreprennent la construction de nombreux hôpitaux.

En 1819, l'Hôpital général de Montréal ouvre 24 lits dans un immeuble de la ville, puis comptera 72 lits en 1822. Il s'affilie à la Montreal Medical Institution qui, par la suite, sera absorbée par la faculté de médecine de l'Université McGill. À la même époque, des infirmières laïques sans formation sont engagées (une chose qui ne s'est jamais vue dans la communauté française qui croit que les malades ne doivent être soignés que par des religieuses consacrées au service de Dieu).

Au XIX<sup>e</sup> siècle, au plus fort des épidémies, les hôpitaux des Sœurs infirmières sont comblés. Pour pallier le manque de place, des femmes de la haute bourgeoisie créent des sociétés de bénévoles au sein de leur collectivité. Aidés financièrement par les municipalités et les provinces, beaucoup de ces groupements féminins réussissent à ériger des hôpitaux qui rappellent les institutions anglaises d'avant l'époque de Florence NIGHTINGALE. Les conditions sanitaires ne sont pas considérées comme importantes, et les soins aux malades sont pris en charge par un personnel sans formation, payé en bière et partageant la nourriture et le logement des patients.

D'autres hôpitaux sont érigés par des particuliers comme institutions à bénéfices. C'est dans un de ces hôpitaux, le General and Marine Hospital de St. Catharines, en Ontario, qu'est fondée la première école de soins infirmiers au Canada, en 1874 (premier programme de formation en soins infirmiers), ce qui conduisit à la prolifération d'écoles dans tous les grands hôpitaux à travers le Canada.

Après plusieurs tentatives infructueuses, des écoles d'infirmières, fondées suivant une méthode NIGHTINGALE modifiée, ouvrent aussi leurs portes au Toronto General Hospital (1881) et à l'Hôpital général de Montréal (1890). Le corps étudiant englobe généralement tout le personnel des hôpitaux laïcs. Souvent, les étudiantes sont envoyées à l'extérieur pour des cas spéciaux mais leur salaire se trouve récupéré de façon illégitime par les hôpitaux. Les infirmières diplômées, dont la plupart ne sont pas employées dans ces institutions, offrent leurs services aux citoyens les plus aisés contre rémunération. Les diplômées et les enseignantes de ces écoles s'efforcèrent de rendre les soins infirmiers plus professionnels en faisant pression pour l'adoption de lois et la création d'organisations professionnelles (AIC), de

revues professionnelles (Canadian Nurse) et de programmes universitaires à l'intention des infirmières.

En 1897, pour combler le fossé entre les soins aux classes favorisées et ceux dispensés aux travailleurs plus pauvres, l'organisme des Infirmières de l'Ordre de Victoria est mis sur pied par lady Aberdeen (épouse du gouverneur général du Canada et présidente du Conseil national des femmes du Canada). À ses débuts, l'Ordre de Victoria œuvre surtout dans le traitement et la limitation des maladies transmissibles, et dans les soins de santé aux enfants. Pour répondre à un besoin pressant en hôpitaux, surtout dans l'Ouest, l'Ordre de Victoria érige et administre 40 hôpitaux dont la taille s'échelonne de 6 à 40 lits. À partir de 1924, après le transfert de la gestion de leur dernier hôpital à l'administration municipale, l'Ordre de Victoria s'orientera vers les services à domicile.

Au début du XX<sup>e</sup> siècle, des programmes en soins infirmiers sur la prévention des maladies et sur l'éducation en matière de santé publique ont été mis sur pied. D'abord engagés dans la lutte pour le contrôle des épidémies et les soins de maternité, les soins infirmiers publics se développèrent dans les communautés et les écoles grâce à des programmes d'hygiène publique, de vaccination et de santé mentale, et à l'établissement de cliniques pour les nouveau-nés.

Encouragées par le Conseil international des infirmières, organisme né du mouvement des femmes à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, les infirmières canadiennes, dirigées par Mary Agnès SNIVELY, (infirmière en chef du Toronto General Hospital de 1884 à 1910), fondent un organisme national au Canada et font pression pour une législation octroyant aux infirmières un statut professionnel. Leur but est d'assurer la qualité des soins par l'amélioration des programmes de formation des infirmières et l'octroi de diplômes aux finissantes pour protéger leur titre.

En 1907, l'Association nationale canadienne des infirmières, précurseur de l'actuelle Association des infirmières et infirmiers du Canada, est constituée. Un an plus tard, elle se joint à l'association internationale.

En 1909, le Canada comptait 70 écoles de sciences infirmières. L'enseignement infirmier n'est pas né du contrôle des hôpitaux avant la deuxième moitié du XX<sup>e</sup> siècle, mais les batailles des premiers jours sur les priorités (l'éducation ou le service) se sont poursuivies tout au long de cette période.

L'obtention d'une législation pour les infirmières n'est pas chose facile. Du point de vue juridique, la femme a le même statut que le débile mental et l'enfant, et plusieurs membres du Parlement ne croient pas qu'elle soit en mesure de prendre en main de telles responsabilités. Les écoles d'infirmières et les hôpitaux sont dirigés par des médecins et des administrateurs (tous des hommes) qui ne désirent pas perdre leur maîtrise sur les programmes de soins infirmiers au bénéfice des infirmières professionnelles. Même après l'adoption de lois dans toutes les provinces, des changements dans les programmes d'études des infirmières n'entrent pas facilement en vigueur.

Le premier programme de niveau universitaire en sciences infirmières fut celui de l'Université de la Colombie-Britannique en 1919 (longtemps le seul au Canada).

Dans les années 1920, le mouvement pour la santé publique porta son attention aux besoins des communautés autochtones et des colons des régions isolées du Canada. Ainsi,

la Croix-Rouge canadienne a créé une série d'avant-postes de soins infirmiers dans le Nord et dans d'autres régions isolées du pays.

Au cours des années 1930, le gouvernement du Québec créa un projet d'avant-postes afin de procurer des soins infirmiers aux nouvelles régions colonisées pendant la Dépression. Celles qu'on appelait les « infirmières de colonie » distribuaient des médicaments et s'occupaient des besoins des colons. Elles travaillaient dans les difficiles conditions des régions isolées, s'occupant des accouchements, des urgences et des accidents, parfois sans l'aide d'un médecin.

Dans un rapport de 1932 sur la formation en soins infirmiers au Canada, le Dr G. WEIR constate que, de 1913 à 1930, le nombre d'écoles en milieu hospitalier s'est multiplié par sept mais qu'elles ne fournissent pas l'enseignement voulu pour former des infirmières hautement compétentes. Les 220 écoles fournissent un personnel discipliné destiné à rendre les hôpitaux plus attirants pour les patients. L'argent demandé aux patients n'est pas versé aux étudiantes infirmières, mais investi dans l'agrandissement des locaux. La journée de travail d'une infirmière dure en moyenne de 12 à 20 heures, avec une journée (parfois seulement une demi-journée) de congé par semaine. Les écoles elles-mêmes sont exiguës et rudimentaires.

En réponse à cette situation, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada et la Croix-Rouge canadienne (qui a fondé la Metropolitan Demonstration School of Nursing à Windsor, en Ontario, en 1946) lancent un programme d'enseignement, indépendant de la direction hospitalière, pour prouver qu'une école de soins infirmiers, à condition de garder la main haute sur la formation de ses élèves, est en mesure de former des infirmières compétentes en deux ans.

Après la Seconde Guerre mondiale, la nature des soins infirmiers s'est considérablement transformée suite au développement du système de santé public et à l'apparition de l'assurance maladie en 1968. Dans un effort pour réduire l'insuffisance de soins infirmiers, les écoles connurent un essor et des programmes furent créés pour les infirmières auxiliaires. Les soins infirmiers devinrent encore plus scientifiques et spécialisés, en particulier dans des domaines comme les soins intensifs et les soins néonataux. Pour la première fois, les minorités visibles ainsi que les hommes furent encouragés à joindre la profession. Dans les années 1970, les infirmières s'organisèrent afin d'améliorer leurs conditions de travail et leur rémunération.

En 1984, il existe 142 départements de sciences infirmières octroyant des diplômes. Bien que quelques-uns de ces départements soient situés au sein d'hôpitaux, la plupart sont rattachés aux collèges publics et aux universités. Tous les programmes sont de niveau post-secondaire, selon les exigences provinciales en matière d'éducation. La durée des programmes varie de deux à trois ans, selon la province. En 1985, 28 universités offrent des diplômes de premier cycle en sciences infirmières et 11 universités offrent des diplômes de deuxième cycle.

Aujourd'hui, le Canada est l'un des rares pays au monde où un baccalauréat est nécessaire pour commencer à exercer comme infirmière ou infirmier autorisé. La formation universitaire offre d'excellentes occasions aux étudiants de renforcer leurs compétences en matière de leadership et de prise de décisions. On compte 265 000 infirmières qui prodiguent des soins de santé dans différents milieux : les hôpitaux, les communautés et les domiciles, depuis les grandes villes jusqu'aux régions éloignées. Parmi les causes principales de la crise actuelle des soins de santé, il faut mentionner la pénurie de personnel infirmier et ses difficultés

conditions de travail dans un environnement où la population est vieillissante et exige davantage de soins.

Le développement des sciences infirmières ainsi qu'une plus grande complexité des soins infirmiers ont fait en sorte que le rôle de l'infirmière a changé, ceci afin de s'adapter aux besoins spécifiques de santé de la population. Un nouveau rôle a émergé, celui de l'infirmière en pratique avancée.

C'est d'abord aux États-Unis que le principe d'une formation avancée chez les infirmières a vu le jour. Dès la fin des années 1800, des infirmières anesthésistes recevaient une formation de six mois à la clinique Mayo ; celles-ci étaient chargées d'administrer le chloroforme pendant l'anesthésie et de surveiller l'état général du patient (Strickland, 1995). Durant ces mêmes années, une spécialisation en soins psychiatriques a également été instituée au Massachusetts afin de fournir aux malades des soins plus humains. [35] Les deux guerres mondiales et la guerre au Vietnam ont fait en sorte de promouvoir et de soutenir le rôle avancé de certains infirmiers et infirmières, notamment en soins anesthésiques et celui des infirmières sages-femmes. Ces spécialisations se sont poursuivies pendant le XX<sup>e</sup> siècle et de nouvelles spécialités ont été amenées au niveau des études supérieures. En effet, en 1954, Hildegard E. PEPLAU, professeure en soins psychiatriques, a mis sur pied le premier programme de maîtrise en soins infirmiers psychiatriques à l'Université Rutgers dans l'état du New Jersey. [35]

Depuis lors, certains titres ont disparu et d'autres ont fait surface, comme les infirmières cliniciennes spécialisées et les infirmières praticiennes, ceci en réponse aux besoins de santé de plus en plus complexes de la population. À l'origine, on assignait à ces infirmières les soins requis par une population défavorisée et manquant de services, en régions rurale et urbaine, et le rôle élargi était intimement lié à cet état de fait.

La crédibilité du rôle s'est accrue grâce à l'établissement de programmes d'éducation de niveau maîtrise et même de doctorat. Le développement et l'utilisation de la pratique au niveau avancé est un fait maintenant mondialement reconnu. [36]

Cependant, une certaine résistance à ce rôle élargi provenait et provient encore non seulement des médecins, mais aussi des infirmières elles-mêmes. [35] En effet, les relations avec les autres travailleurs de la santé de même que l'ambiguïté du rôle ont été identifiées comme des facteurs pouvant faciliter ou contraindre l'implantation du rôle (Lloyd Jones, 2005).

### III.3.2. En France

S'occuper des « infirmes » est à l'origine largement considéré comme une tâche féminine puis, à partir du XII<sup>e</sup> siècle, les ordres religieux organisent la profession selon des critères de charité et d'amour de Dieu. Les soins infirmiers évolueront ensuite avec l'histoire de la médecine et la philosophie des sciences pour devenir une profession paramédicale.

L'histoire de la profession infirmière montre comment la discipline infirmière s'est forgée au cours du temps, souvent de façon empirique, autour de la religion ou d'étapes maîtresses comme les guerres, les besoins évolutifs de la société en matière de santé, de soins de santé, mais aussi autour de réflexions humanistes et de la prise en compte des besoins sociaux.

À l'origine de l'humanité, s'est opérée une division sexuelle du travail afin que l'espèce survive dans un milieu hostile : les femmes avaient pour mission d'assurer le maintien et la continuité de la vie, les hommes devaient lutter contre la mort et protéger l'espèce des menaces. [37]

Plus particulièrement élaborée par les femmes autour de la fécondité, la fonction soignante issue des savoirs de soins s'est transmise de générations en générations par ces mêmes femmes. Ces savoirs se sont constitués par observation de la nature et transmis par les mains. En effet, le petit enfant se représentait les soins par les gestes que sa mère lui faisait. La première figure de la soignante était alors la matrone, c'est-à-dire celle qui est devenue mère et qui a acquis l'expérience de l'accouchement et de la naissance et qui l'a transmise aux autres femmes. De la maternité et des soins à l'enfant découlaient tout naturellement un certain nombre de compétences de soins : la toilette aussi bien des nouveau-nés que des morts, le toucher et la pratique des massages, les soins de beauté, la préparation d'une alimentation adéquate étendue ensuite aux préparations médicinales.

N'ayant pas eu accès à l'écriture à l'époque, ces femmes n'ont alors laissé aucune trace de ces savoirs qu'elles avaient acquis de façon empirique par observation de la nature et transmis oralement. C'est la raison pour laquelle cette fonction si indispensable à la vie verra sa conception se modifier profondément avec l'avènement de l'ère chrétienne, puis plus tard avec l'émergence de la médecine « scientifique ».

En 325, le concile de Nicée demande aux Évêques de construire des lieux d'hébergement pour les pauvres et les malades. Dans les lieux de pèlerinage, les villes évangélisées, autour des cathédrales, sont fondées des « maisons » destinées à assister les chrétiens frappés par la maladie ou par une « épreuve divine » : les « Hôtels-Dieu ». Le fonctionnement interne est confié à des communautés de « frères » ou de « sœurs ». Les « frères » s'occupaient des hommes, les « sœurs » donnaient leurs soins aux femmes.

Au début du Moyen-Âge, on assiste à l'avènement du christianisme avec le développement de la doctrine chrétienne, de la vie monastique, du vœu de chasteté, et la naissance d'un mouvement de réprobation des cultes païens. Le personnage qui deviendra suspect est la femme. On lui reprochera « d'être femme, donc impure et tentatrice, vecteur et symbole de la sexualité ; d'avoir une connaissance vécue et suspecte du corps et d'avoir un pouvoir de vie et de mort (à l'égal de Dieu) et enfin d'avoir une connaissance empirique des plantes et de la nature (connaissance incontrôlable, donc suspecte). La seule activité possible pour exercer les soins sera alors, pour la femme qui le désire, d'entrer dans les Ordres. Le modèle dominant de la femme soignante, c'est la religieuse (ou « femme consacrée ») qui n'a plus besoin d'avoir enfanté pour soigner l'autre.

À partir du XII<sup>e</sup> siècle, les ordres religieux organisèrent la profession selon des critères en lien avec la charité et l'amour de Dieu. Le soin bénévole est fondé sur la charité (chrétienne) et l'activité des religieuses se concentre avant tout sur les corps souffrants (dignes d'attention à l'image du corps souffrant du Christ).

Cette époque est marquée par les congrégations religieuses avec une hiérarchie ecclésiastique pure (religieuses de l'Hôtel-Dieu, nobles soignant dans les fondations hospitalières, frères et sœurs se déplaçant à domicile). Les qualités de la soignante de l'époque sont la disponibilité, le dévouement, l'obéissance et l'abnégation. Le soin n'a alors aucune valeur économique. Le travail de soins repose institutionnellement sur la gratuité : gratuité du travail des sœurs qui ont un emploi dont la rétribution est l'assurance du vivre et

du couvert ; gratuité de tout ce qui est nécessaire aux soins couverts par les dons et les legs. Les pratiques de soins des femmes consacrées s'adressent aux pauvres, aux humbles et aux indigents (pour les aider à obtenir le Salut). Et soigner les pauvres, c'est aussi rester pauvre avec les pauvres. Aussi, lorsque s'est un jour posé la question de la rémunération des infirmières laïques, il a été très difficile de se prononcer.

En 1633, Saint Vincent de Paul, crée la Compagnie des filles de la Charité. Les sœurs de Saint Vincent de Paul ne seront pas liées par les vœux, mais devront une obéissance sans réserve aux médecins. Saint Vincent de Paul sera le premier à concevoir une ébauche de formation pour pouvoir assurer les soins aux malades.

En 1772, suite à un combat mené par le chirurgien DESSAULT, contre la communauté des Augustines au sein de L'Hôtel-Dieu, le travail des soignantes sera profondément modifié : avant de privilégier l'aide humaine et spirituelle, elles devront se soumettre aux directives des médecins.

Jusqu'à la révolution française, la pratique soignante s'est ainsi transmise de façon orale à l'intérieur des communautés religieuses.

En 1789, sous l'idéal révolutionnaire, les valeurs du « service de Dieu et de ses fils » sont remplacées par celles du « service public ». Les sœurs, privées de leur piédestal religieux, perdent leur aura et leurs prérogatives tout en continuant d'assumer les soins hospitaliers (elles représentent une force de travail peu onéreuse). Elles sont secondées par des servantes laïques recrutées parmi les catégories sociales les plus défavorisées.

À partir du XIX<sup>e</sup> siècle, plusieurs facteurs vont influencer la pratique des soins : l'essor industriel avec l'apparition de la « travailleuse » (la femme va travailler à l'usine de façon rémunérée), les progrès scientifiques avec les découvertes de Pasteur, le processus de laïcisation de la société française avec l'avènement de la III<sup>e</sup> République, l'implication grandissante des médecins dans le paysage politique français, et l'état déplorable des hôpitaux où les soins se monnaient auprès des infirmiers et filles de salle, où les malades dorment à même le sol avec un peu de paille.

Au cours du XIX<sup>e</sup> siècle, on assiste à une réhabilitation des valeurs religieuses afin de répondre aux résultats néfastes de l'industrialisation et de l'urbanisation. Certains ordres catholiques retrouvent, alors, faveur et importance. L'année 1830, à Paris, voit la communauté protestante des Diaconesses de Reuilly ouvrir une infirmerie pour enfants tuberculeux, puis une maison de santé pour les femmes. Elles sont vite reconnues pour leur dévouement. Pour les Diaconesses, la soignante se doit d'associer sa mission morale à une efficacité dans le travail, ce qui implique d'accorder la priorité à une formation adaptée. Dès 1842, des cours et des stages seront organisés.

À la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, avec la révolution pasteurienne, l'approche de la maladie nécessite l'utilisation de techniques de plus en plus perfectionnées. Les médecins se trouvent dans la nécessité de déléguer certains soins à un personnel subalterne. Or, les religieuses qui règnent en maître à l'hôpital ne respectent pas toujours les préconisations des médecins et font souvent le contraire.

Cette évolution va obliger l'État à créer un corps de professionnels du soin répondant au double critère de la laïcité et de la compétence. Il faut donc, remplacer les religieuses qui s'avèrent de moins en moins en mesure de répondre aux exigences hospitalières. Les servantes laïques ne sont pas plus compétentes, illettrées et inexpérimentées, elles

constituent une main d'œuvre insatisfaisante. Cette tâche sera confiée au Dr. BOURNEVILLE sous l'autorité de l'Assistance Publique de Paris.

Le 1<sup>er</sup> avril 1878, s'ouvre l'école de la Salpêtrière, suivie de celles de Bicêtre, de la Pitié, de Lariboisière puis, dans les décennies ultérieures, d'autres établissements verront le jour dans les principales villes françaises. La formation, selon le « système Bourneville », a pour objectif de renverser les valeurs transmises, jusque-là, par les congrégations religieuses dans le soin. La connaissance scientifique, l'instruction primaire et technique prennent le pas sur le dévouement, le sacrifice de soi. Avec le début de ces premières écoles d'infirmières dans les hôpitaux parisiens, le programme des premiers cours et les manuels affichent une orientation résolument médicale et technique : cours d'anatomie, physiologie, techniques de soins, hygiène, ... La formation se déroule sur une année. L'enseignement pratique se fait auprès des malades avec le concours d'une « maîtresse de l'enseignement pratique » choisie dans le personnel. Chaque école ayant son propre programme, le diplôme, autorisé à partir de 1883, est un diplôme d'école.

En 1902, le président du Conseil, Émile COMBES, fait publier un décret obligeant les préfets à créer des écoles d'infirmières laïques. Le Dr. BOURNEVILLE contribue alors à la professionnalisation du métier et n'appelle plus son « personnel servant ou domestique » mais « infirmiers ou infirmières ». La circulaire n°7043 du 28 octobre 1902 relative à l'application de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite et la création d'écoles d'infirmières, permettra la reconnaissance de la fonction infirmière comme activité professionnelle en France.

La première guerre mondiale et l'influence de la Croix-Rouge Internationale vont être des facteurs déterminants pour l'évolution de la profession : les femmes vont devoir faire les travaux à la place des hommes, les infirmières françaises rencontrent leurs collègues américaines sur les champs de bataille.

En 1918, le pays va devoir faire face à de nombreux problèmes médico-sociaux qui vont mobiliser un certain nombre d'acteurs de santé. Léonie Chaptal et un groupe de directrices d'écoles vont œuvrer pour que l'enseignement infirmier corresponde à l'apprentissage d'un métier reconnu indispensable à la société française.

Ce concept sera la base du décret du 27 juin 1922 qui crée le Brevet de Capacité d'Infirmière Professionnelle permettant de porter le titre « d'Infirmière diplômée de l'État français ». C'est le début de la professionnalisation, mais ce brevet n'est pas obligatoire. Il est cependant recommandé aux administrations hospitalières de faire appel à du personnel muni d'un brevet. La formation s'étend sur 22 mois, la qualité et la durée du stage hospitalier sont définies très clairement, mais il n'en est pas de même pour l'enseignement théorique. Néanmoins, ce programme a eu le mérite d'unifier l'enseignement Infirmier en France. Il est officialisé dans un arrêté du 24 juin 1924.

Les professionnelles vont ensuite chercher à s'unir afin d'œuvrer à travers le monde pour élever le niveau de qualité des soins. L'association nationale des infirmières diplômées de l'État français (ANIDEF) est créée par Léonie CHAPTAL le 22 juin 1924. Sous l'impulsion de ce mouvement, les infirmières prennent la plume et c'est ainsi que naît la première revue nationale « L'infirmière française » créée par Léonie Chaptal et le Pr. CALMETTE. Parallèlement, Léonie CHAPTAL lance, en 1926, une collection, « Bibliothèque de l'infirmière », destinée aux élèves.

Le décret du 18 février 1938 instituant les diplômes simple et supérieur d'infirmier et d'infirmière hospitalière et d'assistant ou d'assistante du service social de l'État aura pour conséquence de supprimer le diplôme d'infirmière en hygiène sociale et va contribuer, ainsi, au développement d'une médecine curative au détriment de la prévention.

D'autre part, la création d'un diplôme supérieur va conduire l'infirmière vers l'encadrement des soins et l'enseignement de ses pairs.

Au cours de la seconde guerre mondiale, l'évolution des sciences et des techniques provoque une hyper technicité des soins qui va contribuer à « river » encore davantage les infirmières au corps médical et aux soins curatifs.

La loi n°46-630 du 8 avril 1946, relative à l'exercice des professions d'assistantes ou d'auxiliaires de service social et d'infirmières ou d'infirmiers, limite les soins infirmiers à l'application de la prescription et/ou conseil médical, et rend obligatoire l'obtention du diplôme d'état pour exercer la profession d'infirmière : « Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement, soit à domicile, soit dans les services publics ou privés d'hospitalisation ou de consultation, des soins prescrits ou conseillés par un médecin ». Cette définition atteste de la dépendance de l'infirmière au médecin.

En 1949, apparaît le terme « d'aide-soignante » qui sont d'anciennes infirmières non diplômées.

Le programme de formation de 1952 découle de la logique du décret de 1946 et sera donc centrée sur la partie médicale : apport de connaissances médicales et techniques, règles d'asepsie. L'enseignement passe à deux ans d'études.

Avec le programme de 1961, l'infirmière devient « une technicienne qualifiée ». Elle se voit attribuer la responsabilité des soins d'hygiène et de confort, elle peut décider et réaliser des soins d'urgence avant l'arrivée du médecin, elle doit comprendre la valeur et la raison des gestes qu'elle accomplit et participer à la surveillance du malade. Pour la première fois, l'infirmière acquiert une certaine zone d'autonomie. De même, un rôle psychologique et pédagogique est reconnu à l'infirmière.

L'année 1972 est marquée par la réforme des études infirmières : l'arrêté du 5 septembre 1972 présente un programme d'enseignement sur vingt-huit mois. On peut noter que le texte fait beaucoup plus souvent référence aux responsabilités de l'infirmière que dans le programme de 1961. Pour la première fois, les « soins infirmiers », sont reconnus en tant que tels.

Parallèlement, l'arrêté du 16 février 1973 précise la formation préparant au diplôme d'infirmier ou d'infirmière de secteur psychiatrique. <sup>[39]</sup>

La loi du 31 mai 1978, n°78-615 (JO du 1<sup>er</sup> juin 1978) réactualise la définition de l'infirmière qui datait de 1946 : « Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui, en fonction des diplômes qui l'y habilitent, donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou bien en application du rôle propre qui lui est dévolu. En outre, l'infirmier(e) participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement. » <sup>[40]</sup>

Les fonctions de formation, d'encadrement, d'éducation et de prévention apparaissent pour la première fois. L'infirmier acquiert une autonomie dans l'exercice de sa profession par l'attribution d'un rôle propre dont il est entièrement responsable.

Cette toute nouvelle autonomie entraîne l'État à définir de nouvelles dispositions dans le code de la santé publique par la loi n°80-527 du 12 juillet 1980 relative à l'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière. <sup>[41]</sup>

Ensuite, deux décrets relatifs à l'exercice de la profession d'infirmier se succèdent en 1981 et 1984, l'un remplaçant l'autre.

Enfin, le décret n°93-221 du 16 février 1993 (JO du 18 février 1993) relatif aux règles professionnelles des infirmières et infirmiers permettra l'application réglementaire de la loi du 12 juillet 1980. Ces règles professionnelles sont donc reconnues comme base déontologique de l'exercice infirmier. <sup>[42]</sup>

De son côté, la formation, prenant appui sur la loi du 21 mai 1978, va subir des changements par l'arrêté du 12 avril 1979 (JO du 14 avril 1979). Ce nouveau programme reprend les lignes directrices de celui de 1972 en insistant sur l'approche globale de l'homme : la dimension sociologique et anthropologique est plus marquée. Les soins infirmiers sont mieux identifiés ; la démarche de soins, déjà introduite en France depuis quelques années, est légitimée dans la pratique par la description détaillée de l'apprentissage de cette démarche dans le programme. La préparation à l'encadrement des élèves infirmiers est enseignée tout au long de la formation. La durée de formation passe de vingt-huit à trente-trois mois, les stages cliniques représentent 50% du temps de formation. <sup>[43]</sup>

Une étape importante marque la profession par le décret du 23 mars 1992 conduisant au diplôme d'État d'infirmier : le diplôme d'État devient un diplôme unique réunissant le diplôme en soins généraux et le diplôme en soins psychiatriques. Le nouveau programme étend les études sur trois années et ouvre droit à un exercice polyvalent. Ce programme sera mis en place dès septembre 1992. Bernard KOUCHNER, alors secrétaire d'état à la santé, transforme les écoles d'infirmières en instituts de formation en soins infirmiers (IFSI). <sup>[44]</sup>

Le 16 février 1993, paraît un décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmière. <sup>[42]</sup> Ce décret sera réactualisé en 2002. <sup>[45]</sup>

En 2004, le décret de compétence du 11 février 2002 est abrogé. La profession infirmière est désormais régie par les dispositions du Code de la santé publique.

En 2006, l'Ordre National des Infirmiers (ONI) est créé par décret. Le législateur a souhaité confier à une institution indépendante toutes latitudes pour lui permettre d'assurer la promotion et la défense de l'ensemble de la profession infirmière, quelle que soit sa pratique, son mode d'exercice, sa région.

Depuis le 26 janvier 2016, date du vote de la loi de modernisation du système de santé, l'Ordre national des infirmiers est confirmé dans son existence, dans ses missions et donc les infirmiers en exercice doivent, d'un point de vue réglementaire, s'y inscrire.

L'Ordre a également élaboré le Code de déontologie de la profession infirmière, publié le 27 novembre 2016 au Journal Officiel. <sup>[25]</sup>

De la vocation des congrégations religieuses, nous sommes passés par l'infirmier exécutant de soins, à l'infirmier ayant une zone d'autonomie par la définition de son rôle propre, responsable de ses actes et responsable de la formation de ses pairs.

## IV. L'infirmier de pratique avancée (IPA)

---

La pratique infirmière avancée est apparue depuis que les systèmes de santé et les gouvernements du monde entier ont commencé à reconnaître « que l'optimisation de la contribution des effectifs infirmiers aux soins de santé par l'expansion de leur rôle constitue une stratégie efficace à suivre pour améliorer les services de santé ». <sup>[46]</sup>

### IV.1. L'infirmier de pratique avancée : toute une histoire

A l'origine, et au-delà du rôle habituel de la profession infirmière, des « pratiques infirmières expertes » se sont d'abord développées aux États-Unis dès la fin du XIX<sup>e</sup> siècle en réponse à certains besoins locaux spécifiques. <sup>[35]</sup>

Par la suite, dans ce pays, le concept de pratiques avancées des soins infirmiers a émergé au milieu du XX<sup>e</sup> siècle, notamment sous l'impulsion de l'infirmière théoricienne des soins infirmiers et Docteur en Éducation, Hildegarde PEPLAU.

Dans « Relations interpersonnelles en soins infirmiers » publié en 1952, elle a souligné l'importance de la relation infirmière – patient comme un des fondements de la pratique infirmière. <sup>[47]</sup>

À son époque, ses conclusions sur l'échange infirmière–patient (qu'elle a désigné par give-and-take) ont été perçues comme révolutionnaires par beaucoup : pour la première fois, elle établissait un modèle de relations interpersonnelles, basé sur le besoin d'un partenariat entre l'infirmière et la personne soignée, s'opposant à la passivité du patient recevant des soins médicaux et à l'infirmière agissant passivement derrière les ordres du médecin.

Pour beaucoup, elle a contribué à l'émergence de l'autonomisation de la profession d'infirmière, dans la lignée des infirmières théoriciennes interactionnistes, comme la britannique Florence NIGHTINGALE (pionnière des soins infirmières modernes), à son époque, en proposant un modèle de pensée infirmière. <sup>[48]</sup>

Elle a alors introduit, à partir d'un cadre conceptuel qu'elle a élaboré, le terme de « pratique avancée », en 1954, en évoquant une « expertise prenant en compte les avancées et les pratiques nouvellement développées dans l'exercice des soins infirmiers ».

Il s'agissait de répondre, d'une part, à l'augmentation des coûts liés au système de santé, d'autre part, à une mauvaise gestion des ressources matérielles, humaines et financières, et, enfin, par ailleurs, à une pénurie chronique de main d'œuvre.

Ainsi, le premier cursus de formation d'infirmière clinicienne spécialisée (ICS ou clinical nurse specialist) est créé aux États-Unis en 1954 en psychiatrie au sein de la Rutgers University (New Jersey), et celui d'infirmière praticienne spécialisée (IPS ou nurse practitioner) voit le jour en 1965 en pédiatrie à l'Université du Colorado. <sup>[49]</sup> Cette première formation a été créée par Loretta FORD, infirmière, et un médecin, Henry SILVER.

Dans les années quatre-vingt-dix, ces deux fonctions ont été regroupées sous l'appellation faïtière d'infirmière de pratique avancée (c'est ce qui a été repris au Québec quelques années plus tard).

Initialement, la pratique avancée infirmier fut fortement liée à diverses spécialisations, notamment à celles de l'infirmière anesthésiste et de l'infirmière sage-femme, lesquelles ont été les premières IPA reconnues.

Par la suite, ce concept de pratiques avancées, émergé au milieu du XX<sup>e</sup> siècle aux États-Unis, a été adapté et développé dans différents pays.

Ce concept, qui a donc trouvé son origine outre-Atlantique il y a près de 70 ans, a été peu à peu relayé dans de nombreuses parties du monde (la France étant le 26<sup>ème</sup> pays à intégrer ce concept).<sup>[50]</sup>

C'est à partir des années 60 que les pratiques infirmières avancées intègrent progressivement le système de soins d'autres pays que les États-Unis, à commencer par le Canada, mais les terminologies employées, les définitions du champ d'exercice et le niveau de formation requis diffèrent selon les États.

À présent, plus de 60 pays ont implanté des rôles de pratique avancée infirmier dans le monde, chaque pays ayant défini et implanté un ou des rôles de cette pratique en fonction de ses besoins.

Face à ces développements, face à l'essor du concept de pratique avancée au niveau international, le Conseil international des infirmières (CII)<sup>[51]</sup> a jugé utile de créer en son sein, au début des années 2000, un réseau dédié l'INP/APNN.<sup>[52]</sup> Ce réseau vise à repérer la diffusion du concept de par le monde et offre à harmoniser les pratiques, la formation, l'encadrement, la recherche et la régulation dans ce domaine. Le réseau organise une conférence tous les deux ans et édite un bulletin accessible sur les pages dédiés du site du CII.

Ce réseau a développé des cadres de références internationaux dans ce domaine, une définition internationale des pratiques avancées en soins infirmiers validée dès 2002, tout comme des recommandations en matière de formation et de régulation.<sup>[annexe 3]</sup>

Le Conseil international des infirmiers a, en effet, proposé (à travers son réseau) une définition consensuelle, adoptée en 2002 : « Une infirmière de pratique avancée est une infirmière diplômée d'État ou certifiée qui a acquis les connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de son métier, pratique avancée dont les caractéristiques sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera autorisée à exercer ».

« Une formation de base de niveau maîtrise (Master's Degree) est recommandée ». <sup>[53]</sup>

Une série de caractéristiques définitoires peut permettre de mieux cerner ce concept. La pratique avancée en soins infirmiers :

- intègre pratique, recherche, formation et organisation
- implique un haut degré d'autonomie professionnelle
- repose sur le suivi individuel des patients

- requiert des compétences élargies dans le domaine de l'évaluation clinique, du raisonnement diagnostique et de l'application du jugement clinique
- implique la mise en œuvre du processus de consultation
- implique des actions de conception, de mise en œuvre et d'évaluation de projets

Elle positionne le professionnel infirmier comme une ressource de première ligne pour les usagers.

L'exploration des trois éléments suivants qui constituent ce concept de pratique avancée permet de mieux l'appréhender :

- pratique : l'activité clinique est une caractéristique essentielle
- avancée : cette pratique est qualifiée d'avancée dans la mesure où elle se distingue de celles habituellement mises en œuvre par une infirmière généraliste. Cette distinction est liée au niveau d'expertise atteint dans un champ d'activité spécifique (diabète, maladie psychiatrique, santé de l'enfant, ...) et éventuellement à la mise en œuvre d'activités situées en dehors du champ de compétence ouvert à une infirmière généraliste (telles que des activités qui relevaient antérieurement uniquement d'une compétence médicale). Le terme « avancée » se justifie par le fait que les soins maximisent l'utilisation d'un savoir infirmier approfondi et d'une compétence confirmée au service des besoins de santé des personnes, des familles, des groupes, des communautés et des populations. Le qualificatif « avancée » correspond à l'atteinte d'un haut niveau de maîtrise des compétences infirmières et à l'élargissement du champ de compétences possible dans le domaine du diagnostic de pathologie, de la prescription médicamenteuse ou d'examens paracliniques, dans le domaine du développement continu de la qualité et des compétences des soignants et/ou dans un domaine d'exercice spécialisé.
- soins infirmiers : ce concept appartient à la discipline infirmière dont il partage le cœur du métier

La définition très générale émise par le CII peut être complétée par celle proposée par Ann HAMRIC, Professeure et doyenne adjointe à la Virginia Commonwealth University's School of Nursing (USA) : « la pratique avancée infirmière est l'application, centrée sur le patient, d'un éventail élargi de compétences pour améliorer les indicateurs de santé pour les patients et les populations dans un domaine clinique spécialisé de la discipline très large des soins infirmiers ». Ces compétences concernent à la fois la clinique, la recherche, le leadership, la consultation et la collaboration. <sup>[54]</sup>

Par ailleurs, des modèles d'implantation de la pratique avancée ont également été développés, comme par exemple le modèle PEPPA (participatory, evidence-based, patient-focused process for advanced practice nursing (APN) role development), lesquels insistent sur la nécessité de penser cette fonction, ses missions et activités au regard des besoins de la population.

Le modèle PEPPA de Bryant-Lukosius et Di Censo <sup>[55]</sup> a été pris pour seul cadre de référence par de nombreux pays ayant mené une réflexion stratégique dans le but d'introduire la pratique infirmiers en soins infirmiers.

### IV.1.1. Au Québec

Tel que décrit dans l'historique de l'infirmière praticienne au Canada, on a pu retrouver, au Québec, au début des années 70, des programmes de formation pour une pratique infirmière élargie. Par la suite, sans titre légal et champ de pratique bien établi, ces infirmières ont essentiellement exercé dans le grand Nord québécois où la présence médicale était manquante. Ces infirmières devaient donc avoir un maximum d'autonomie, de débrouillardise et de connaissances pour répondre à des problèmes de santé divers, avec un soutien médical souvent à des centaines de kilomètres de leur lieu de pratique.

C'est seulement dans les années 90 qu'on a vu réapparaître pour la première fois un nouveau rôle de pratique infirmière avancée, avec un projet pilote implanté en 1994 en néonatalogie à l'hôpital pour enfants de Montréal et au CHU S<sup>te</sup>-Justine. Tel que chez leurs homologues Ontariens quelques années plus tôt, ces nouvelles infirmières praticiennes en néonatalogie assumaient des fonctions qui normalement étaient réservées aux médecins. <sup>[56]</sup>

L'année 2000 marque le début des travaux pour l'instauration du rôle de l'infirmière praticienne au Québec.

Le développement des sciences infirmières ainsi qu'une plus grande complexité des soins infirmiers ont fait en sorte que le rôle de l'infirmière a changé, ceci afin de s'adapter aux besoins spécifiques de santé de la population. Mue par la dynamique étasunienne, le Québec a vu émerger (années 1990 – 2000) 2 types de nouveau rôle d'infirmières en pratique avancée.

Depuis lors, certains titres ont disparu et d'autres ont fait surface, comme :

- les infirmières praticiennes (IP) et infirmières praticiennes spécialisées (IPS), en réponse aux besoins de santé de plus en plus complexes de la population
- les infirmières cliniciennes spécialisées (ICS)

Contrairement à ce qu'on peut voir dans les autres provinces canadiennes et dans les autres pays, le Québec développe le rôle immédiatement en spécialité dès le début de la formation, comparativement à une formation plus générale où l'infirmière praticienne a le loisir de se spécialiser durant sa pratique. Pour ce faire, au Québec, ces infirmières porteront le titre d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS). Avec la population vieillissante, de plus en plus de personnes sont atteintes de maladies chroniques et de comorbidités. Le nombre d'hospitalisation en hausse, la diminution de la place dans les hôpitaux et la chute du nombre d'effectifs médicaux ont ouverts les discussions pour le développement du rôle de l'IPS. La pertinence de la création du rôle de l'IPS s'inscrivait également dans le désir de l'évolution de la pratique infirmière avancée au Québec, ainsi que dans le besoin de réglementer les projets pilotes en cours en néonatalogie. Ce déploiement d'IPS était également soutenu par l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (OIIQ) et différentes associations médicales en cardiologie et en néphrologie. Les objectifs étaient d'une part augmenter l'accessibilité au système de santé et augmenter la qualité et la continuité des soins, et d'autre part diminuer les coûts du système de santé. Trois spécialités en ressortent : la cardiologie, la néonatalogie et la néphrologie.

En effet, avec les États-Unis, le Québec (et le Canada dans son ensemble) a établi la catégorie des infirmières praticiennes (nurses practitioners) tout d'abord pour répondre à une pénurie de médecins et assurer les soins de santé primaire notamment dans les zones rurales.

À l'automne 2002, le premier programme de formation universitaire débute à l'Université de Montréal en cardiologie et en néphrologie. À l'hiver 2003, l'Université de Laval en fait de même. La législation entourant le champ de pratique des IPS est venue au même moment avec l'adoption de la loi 90, modifiant l'article 36 et ajoutant l'article 36.1 qui permettait aux infirmières de faire cinq actes supplémentaires normalement réservés aux médecins. <sup>[57]</sup>

Le système professionnel a pris tout un virage avec l'entrée en vigueur, le 30 janvier 2003, de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé. <sup>[58]</sup> Cette loi en modifie huit autres, dont la Loi sur les infirmières et les infirmiers et la Loi médicale.

Elle a une incidence sur le partage d'activités entre onze professions du secteur public de la santé. C'est toutefois dans le domaine des soins infirmiers que sa portée est la plus grande. La Loi marque en effet le début d'un champ de pratique renouvelé et la mise en œuvre des modalités nécessaires pour développer la pratique avancée au Québec. Toutes les lois n'ont pas la même importance, mais celle-ci représente un gain pour la société. Nous en saisissons les véritables retombées au cours des prochaines années.

La même année, soit 2003, le gouvernement provincial, dans le but de soutenir le déploiement des IPS, annonce qu'un budget de 9 millions de dollars sera consacré à la création de 75 postes dans les trois spécialités choisies. De ce budget, une partie est consacrée à des bourses d'études pour les candidates IPS pour les soutenir pendant leur formation. <sup>[59]</sup>

L'adoption des lignes directrices conjointe entre le Collège des Médecins du Québec (CMQ) et l'OIIQ pour encadrer le rôle de l'IPS se fait le 24 novembre 2005 pour ces trois spécialités. <sup>[60]</sup> Ces lignes directrices découlent de cinq règlements assurant l'encadrement juridique de la pratique des IPS au Québec.

L'objectif de ces règlements est :

- d'habiliter les IPS à pratiquer les activités médicales propres à leur spécialité (Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins)
- de définir les conditions de délivrance du certificat de spécialiste (Règlement sur les classes de spécialités de l'OIIQ pour l'exercice des activités visées à l'article 36.1 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers)
- d'examiner la qualité de la formation de l'IPS (Règlement sur les comités de la formation de l'OIIQ)
- d'officialiser sa fonction de prescripteur (Règlement modifiant le Règlement sur la modalités de ventes des médicaments)
- de délivrer les diplômes d'admissibilité à l'examen de certification (Règlement modifiant le Règlement sur les diplômes délivrés par les établissements d'enseignement désignés qui donnent droit aux certificats de spécialistes des ordres professionnels)

La même année, l'Association des Infirmières Praticiennes Spécialisées du Québec (AIPSQ) est créée. <sup>[100]</sup>

L'année 2006 est une année déterminante par la tenue du premier examen de certification pour les spécialités de cardiologie, néonatalogie et néphrologie. Dix-sept IPS dans cette première cohorte réussissent l'examen. De plus, les premiers travaux pour la création du rôle de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne ont été amorcés par un comité conjoint consultatif paritaire de l'OIIQ et du CMQ. Ce comité avait pour mandat de faire des recommandations aux deux bureaux respectifs quant aux lieux de pratique, aux modalités de partenariat avec les médecins omnipraticiens et à la portée des activités médicales que pourraient exercer les IPS en soins de première ligne. Le comité devait aussi se pencher sur la formation académique, incluant les stages cliniques nécessaires pour que ces infirmières puissent exercer en première ligne. Les discussions avec le CMQ font suite à des travaux menés par un groupe de travail de l'OIIQ et de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec qui ont permis d'examiner ensemble un modèle de collaboration médecin omnipraticien – infirmière praticienne spécialisée pour améliorer l'accessibilité aux soins de santé et le suivi des patientèles présentant un ou des problème(s) de santé chronique(s). <sup>[61]</sup>

Le premier programme de formation pour les IPS en soins de première ligne débute donc à l'automne 2007 à l'Université de Montréal et à l'Université de Laval. L'adoption des lignes directrices pour les IPS en soins de première ligne se fait en 2008, avec une mise en jour en 2013, puis en 2018, et le premier examen de certification se tient en 2009. À l'heure actuelle, plusieurs universités offrent le programme de formation en soins de première ligne.

En septembre 2017, un premier programme de formation pour les IPS en soins aux adultes débute à l'Université de Montréal et à l'Université de Laval. Parallèlement, des programmes de formation pour les IPS en santé mentale, ainsi qu'en soins pédiatriques, voient aussi le jour.

En 2018, après plusieurs années de travail, une nouvelle réglementation régissant la pratique des IPS au Québec a été adoptée par le gouvernement. Cette révision de la réglementation avait comme objectif d'élargir davantage le champ de pratique des différentes spécialités IPS au Québec. De plus, avec l'adoption de cette nouvelle réglementation, des nouvelles classes de spécialités IPS ont été créées : les soins aux adultes, la santé mentale et les soins pédiatriques. <sup>[62]</sup>

L'implantation du rôle de l'infirmière praticienne spécialisée à travers le Québec, que ce soit en soins aux adultes, en santé mentale, en soins pédiatriques, en néonatalogie ou en soins de première ligne se fait graduellement, mais permet le développement d'une belle pratique de soins avancées pour les infirmières désirant faire évoluer leur rôle et acquérir davantage de connaissances. Les meilleurs juges de cette avancée de la pratique infirmière seront les patients qui pourront bénéficier d'une meilleure accessibilité aux soins et d'une qualité de soins digne de ce qui a toujours été le fondement des infirmières : la vocation de soigner.

Au Québec, contrairement aux autres provinces canadiennes où la formation de l'infirmière praticienne est générale, l'IPS évolue en spécialité, dès le début de sa formation.

Actuellement, il existe sept spécialités pour la pratique de l'IPS : soins aux adultes (comprenant la cardiologie et la néphrologie), néonatalogie, santé mentale, soins pédiatriques et soins de première ligne. Dans un désir de faire évoluer la pratique infirmière avancée, d'autres spécialités pourront éventuellement s'ajouter à cette liste, selon les besoins et les possibilités.

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et le Collège des médecins du Québec (CMQ) ont collaboré pour une refonte réglementaire afin d'optimiser le rôle des IPS. Ces réformes prévoient notamment que les IPS en soins de premières lignes pourront initier des traitements pour six maladies chroniques majeures que sont l'asthme, le diabète, l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, la BPCO et l'hypothyroïdie. <sup>[63]</sup> Le but est de faciliter la coopération entre les IPS et les médecins partenaires afin de mieux répondre aux besoins de santé de la population.

#### **IV.1.2. En France**

À l'instar des phénomènes repérables dans d'autres pays, le contexte français conjugue notamment les besoins de santé des populations, le raffinement des compétences professionnelles dans le champ de la clinique, les évolutions technologiques importantes, les problématiques démographiques, les limites et les potentialités quant aux champs d'intervention et les missions des différents professionnels de santé.

Dans ce contexte, les nécessités d'évolution et de nouvelles structurations des pratiques cliniques des professionnels paramédicaux ont fait jour.

Les enjeux liés à la pratique avancée sont relatifs à l'amélioration constante de la qualité des soins, à l'efficacité du système de santé, à l'attractivité des professions.

Aujourd'hui, la France n'en est qu'aux prémices d'une implantation officielle de la pratique avancée et il aura tout de même fallu une réflexion de plusieurs années pour parvenir à la récente reconnaissance législative de celle-ci.

En effet, depuis 2002, 14 ans de réflexions jusqu'à la promulgation de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé se sont écoulés. <sup>[64]</sup>

Les premières réflexions ont vraiment commencé à prendre forme dès 2002 avec, en particulier, la révélation, par le Pr. Yvon BERLAND, de difficultés démographiques existantes et à venir des professions de santé dans le pays.

Yvon BERLAND, universitaire et médecin français devenu le 3 janvier 2012 le premier président de l'université d'Aix-Marseille, avait été, en 2002, chargé par le Ministère de la Santé de rapports sur la démographie des professions de santé.

Le premier rapport « Démographie des professions de santé » qu'il a publié en décembre 2002 faisait état d'un constat alarmant relatif à la démographie des professions de santé, et plus particulièrement à la densité des médecins dans les régions de France, avec des perspectives de fortes baisses dans les 20 ans à venir. <sup>[65]</sup>

La Mission du Pr. BERLAND a proposé 10 solutions parmi lesquelles la redéfinition du contour des métiers, la mise en place d'un partage des tâches, la création de nouveaux métiers, la facilitation de passerelles entre les diverses professions de santé et, déjà aussi, la définition des modalités d'insertion de la formation aux métiers de la santé dans le cadre universitaire (permettre aux professions paramédicales d'accéder à d'autres corps de métier comme des métiers à créer dans le cadre de Masters professionnels auxquels les médecins pourront déléguer une partie de leur activité actuelle). <sup>[65]</sup>

C'est dans ce contexte de besoin et de volonté d'évolution qu'un second rapport a été réalisé, un an plus tard, pour étudier les potentielles coopérations entre professionnels de santé à mettre en œuvre entre médicaux et non-médicaux, avec une identification des transferts de tâches et de compétences à opérer pour répondre aux besoins de santé de la population française. <sup>[66]</sup>

En effet, en 2003, c'est en tant que Président du nouvellement créé Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), que le Pr. BERLAND, à la demande de Jean-François MATTEI, Ministre de la Santé, publia un nouveau rapport (« Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences » – Rapport d'étape –) sur l'organisation des soins et les coopérations entre les différentes professions de santé, via le transfert des tâches et des compétences. Il ressortira de ce rapport que la légitimité de la délégation viendra de la compétence et donc de la formation acquise par les différents acteurs. <sup>[67]</sup>

En 2004, il y a eu la publication de textes pour engager la démarche « Berland » : la loi du 9 août 2004 <sup>[68]</sup> relative à la politique de santé publique et un arrêté du 13 décembre 2004 relatif à la coopération entre professionnels de santé. <sup>[69]</sup>

En 2006, un autre rapport sur les « cinq expérimentations de coopération et de délégation des tâches entre professionnels de santé » est établi par le Pr. BERLAND et le Dr. Yann BOURGUEIL. Les cinq expérimentations qui sont présentées dans ce rapport, même si elles révèlent des limites méthodologiques, ont le mérite de démontrer la faisabilité, en toute sécurité pour les patients, de la délégation de tâches dans les domaines et contextes abordés. Elles démontrent également une très forte motivation des acteurs médicaux et paramédicaux impliqués dans le soin, de voir évoluer leurs pratiques vers plus de collaborations entre tous ces acteurs de santé. Ces expérimentations sont, en ce sens, exemplaires et marquent une étape historique dans l'organisation du système de soins en France. <sup>[70]</sup>

Par la suite, en 2008–2009, les recommandations de la Haute Autorité de Santé (en 2008), puis le vote le 21 juillet 2009 de la loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST dite « loi Bachelot »), avec plus particulièrement son article 51 relatif au protocole de coopération, permettent la mise en place des transferts d'actes ou d'activités de soins à titre dérogatoire et à l'initiative des professionnels sur le terrain. <sup>[annexe 4]</sup>

La version définitive des recommandations de la HAS (établies en collaboration avec l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé) a été rendue publique le 16 avril 2008. <sup>[71]</sup>

La recommandation de la HAS traite des nouvelles formes de coopérations entre professionnels de santé, définies comme une nouvelle répartition de tâches existantes ou la répartition de nouvelles tâches entre professionnels de santé, ces nouvelles formes de coopération constituant une opportunité d'évolution du système de santé en termes d'attractivité des professions de santé, de qualité de la prise en charge des patients et

d'efficacité. Cependant, celles-ci se heurtent à des freins importants liés aux modalités de formation et au cadre d'exercice des professions de santé. Des évolutions structurelles apparaissent alors souhaitables. La « recommandation » <sup>[72]</sup> propose donc de favoriser le développement de ces nouvelles formes de coopération dans un objectif d'amélioration de la qualité du système de santé grâce à :

- la rénovation de l'offre de formation initiale et continue
- la refondation du cadre juridique de définition des professions, sur la base d'un référentiel de missions et non plus uniquement d'actes prédéterminés
- la valorisation des coopérations à travers la rémunération ou les perspectives de carrière
- la mise en œuvre d'un dispositif d'accompagnement visant à garantir l'intérêt et la qualité des nouvelles formes de coopération

Cette recommandation est une avancée, mais il va falloir qu'elle se décline sur le terrain... Un guide méthodologique est réalisé dans ce sens par la HAS.

Pour les professionnels, c'est le début « officiel » de la « filière clinique » tant attendue avec la mise en place des « pratiques avancées ».

La loi n°2009-879 portant sur la réforme de l'Hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST dite Bachelot) promulguée le 21 juillet 2009 est une des étapes importantes ponctuant les premières « prises de conscience » de la profession, sur, notamment, la nécessité de faire évoluer le système de santé français et de définir une nouvelle organisation sanitaire et médico-sociale qui vise à mettre en place une offre de soins graduée de qualité, accessible à tous et satisfaisant à l'ensemble des besoins et de santé. Elle comporte de nombreuses dispositions ayant une influence sur les professions de santé comme celles de poser les bases de l'éducation thérapeutique du patient (et de conduire donc à s'interroger sur les moyens humains et les organisations nécessaires pour y répondre efficacement), et de faire évoluer les modalités d'exercice et de rémunération, et rénove le cadre des coopérations entre les professionnels de santé. <sup>[73]</sup>

La mise en œuvre de la réforme de la formation infirmière initiale et de la loi HPST met en avant la nécessité de développer l'expertise en soins infirmiers dans le champ de compétences ouvert à l'IDE par le Code de la santé publique.

L'article 51 de la loi HPST agit sur les missions des professionnels de santé, modifie le partage des rôles et les modalités d'exercice. Les incidences de cet article sont fortes sur les ressources humaines en santé. Dès lors que les tâches sont réparties autrement, les contours des métiers sont appelés à être confirmés ou à évoluer, des métiers nouveaux, notamment à l'interface des métiers médicaux et paramédicaux, vont apparaître à partir de compétences élargies et les formations et qualifications doivent être revisitées. <sup>[annexe 4]</sup>

La loi et ses textes d'application comporte :

- la création des Agences Régionales de Santé (dans le cadre de l'Organisation territoriale du système de santé) qui sont, en fait, un peu la clef de voûte de la loi et qui ont pour missions de définir et de coordonner des programmes et actions concourant à la

réalisation à l'échelon régional et infra-régional des objectifs de la politique nationale de santé et des principes de l'action sociale et médico-sociale

- la création de protocoles de coopération (article 51) avec extension des possibilités de collaboration/coopération entre les professionnels de santé, notamment entre médecins et IDE

L'article 51 permet la mise en place, à titre dérogatoire et à l'initiative des professionnels sur le terrain (inscrits à l'art. L.4011-1 du Code de la santé publique <sup>[74]</sup>, de transferts d'actes ou d'activités de soins et de réorganisation des modes d'intervention auprès des patients.

Ces initiatives locales prennent la forme d'un protocole de coopération transmis à l'ARS qui vérifie la cohérence du projet avec le besoin de santé, avant de le soumettre pour validation à la HAS. <sup>[75]</sup>

Désormais, par dérogation aux conditions légales d'exercice des professions médicales et des auxiliaires médicaux, les professionnels de santé peuvent s'engager dans une « démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient ».

Les professionnels de santé, intéressés par ces protocoles définis aux articles L.4011-2 et L.4011-3 du Code de la santé publique, ne peuvent intervenir que dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience. <sup>[76]</sup> L'arrêté du 31 décembre 2009 <sup>[annexe 5]</sup> relatif à la procédure applicable aux protocoles de coopération entre professionnels de santé, publié au Journal officiel du 15 janvier 2010, donne le modèle de ce type de protocoles (rien de bien compliqué pour des professionnels de santé motivés) :

- la reconnaissance au niveau licence du Diplôme d'État d'infirmière et du cursus Licence – Master – Doctorat (accords de Bologne) : les infirmières vont enfin pouvoir disposer d'un master professionnalisant en sciences infirmières qui est un véritable « M » du système LMD
- la création du Département des Sciences Infirmières et Paramédicales (DSIP) appartenant à l'antenne parisienne de l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP) avec le lancement du Master 1 en sciences cliniques infirmières (MSCI), suivi d'un master 2, organisé en partenariat avec l'université d'Aix-Marseille II.

Ce master offre aux infirmières la possibilité de développer leur expertise clinique et d'acquérir les compétences requises à l'exercice de nouveaux rôles infirmiers (cancérologie, gérontologie et coordination de parcours complexes de soins).

Dans la continuité de ce mouvement innovateur, un autre rapport « Métiers en santé de niveau intermédiaire – Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer » a été établi en 2011 et remis le 2 février 2012 aux ministres Xavier BERTRAND et Valérie PECRESSE, par le député de Meurthe-et-Moselle, Laurent HENART, jugeant « impérative » la création de métiers en santé intermédiaires, entre médecins et paramédicaux, afin de faire face aux besoins sanitaires et à des perspectives démographiques inquiétantes. <sup>[77]</sup>

Une méthodologie sera par la suite, en 2012, proposée par la Fédération Hospitalière Française pour la mise en œuvre concrète des recommandations contenues dans le rapport.

Ce document, rédigé par le député HENART en collaboration avec le Pr. BERLAND (en tant que président de l'ONDPS) et Danielle CADET, Coordinatrice générale des soins à l'AP-HP (Assistance publique – Hôpitaux de Paris), met en évidence la nécessité urgente de développer les métiers socles et de créer des professions de niveau intermédiaire (compris entre Bac+3 et Bac+9), et propose des réponses pragmatiques, en insistant sur la nécessité de former des paramédicaux au niveau master, baptisés « praticiens ».

Ce rapport sur le monde de la santé fait face à des changements majeurs.

Le rapport de la mission met en lumière les professions et les professionnels, leur environnement et propose des actions de mise en œuvre de nouveaux métiers qui prennent pleinement en compte les métiers existants. Pour l'ensemble des membres de la mission, le plus important n'était pas de dresser un inventaire de nouveaux métiers possibles, mais de dessiner un cadre conceptuel et une méthode à même d'assurer à ces nouveaux intervenants une émergence durable et une valeur ajoutée certaine, une intégration efficace et harmonieuse au système de soins, et un accueil éclairé dans la population.

L'émergence des pathologies liées au vieillissement, avec en corollaire celles inhérentes à la dépendance, le développement des maladies chroniques et les enjeux de santé publique actuels, le cancer et la santé mentale entre autres, réclament que se développent de nouvelles prises en charge plus graduées et mieux coordonnées entre la ville et l'hôpital.

Les professionnels de santé sont inégalement répartis en termes géographiques et certains ont une démographie qui s'annonce inquiétante. Pourtant, les besoins ne vont et n'iront pas en diminuant et la régulation devient un souci prégnant pour les pouvoirs publics.

À cette époque, soumises à une réglementation rigoureuse issue de l'art. L.4161-1 du Code de la santé publique <sup>[78]</sup> et du respect de l'intégrité du corps humain, auxquels seuls les médecins ont longtemps eu le droit de déroger, les professions de santé ne se sont pas développées en suivant un principe fluide d'offre et de demande. Leur construction selon un régime d'autorisation aboutissant à un système peu mobile par nature et cloisonné, propose des carrières souvent linéaires aux modes de rémunération rigides. Ceci explique à la fois une échelle de responsabilités concentrée et le foisonnement des situations particulières dérogatoires. La question se pose de l'évolution d'un tel système quand les défis de l'avenir réclament souplesse des métiers et adaptabilité des carrières.

Aux termes de ce rapport, plutôt que de transférer un acte spécifique entre deux professionnels de santé (dans le cadre de protocoles de coopération), il est apparu préférable de travailler à la création de professions intermédiaires en santé en cernant le champ des nouveaux métiers. Ces métiers se différencieraient des métiers socles par un niveau élevé de compétences, de qualification master, conduisant à une prise de responsabilité identifiée. Il est aussi suggéré au ministère en charge de la santé en France, la création d'une fiche métier, c'est-à-dire une description détaillée qui énonce les missions et les activités.

L'attention est attirée sur le fait que les futurs nouveaux métiers seraient construits à partir des métiers paramédicaux existants et ne seraient pas redondants avec un métier déjà créé.

Ces préconisations seront finalement entendues et la notion de pratique avancée comme nouveau rôle des auxiliaires médicaux sera officialisée par son inscription dans la loi française début 2016 (loi TOURAINE du 21 janvier 2016).<sup>[64]</sup>

Une étude exploratoire en région Île-de-France avait été réalisée auparavant, en 2009, dans un contexte d'évolution des niveaux de compétences et de pratiques professionnelles, de travaux et expérimentations dans le cadre des « Rapports BERLAND », de perspectives d'évolution des modes de pratiques et de formation, de reconfiguration de l'offre de soins, et d'une relative méconnaissance du concept de pratiques avancées et d'absence de données sur le sujet.<sup>[79]</sup>

Cette étude a eu pour but de décrire les professionnels et les activités de pratiques avancées au niveau régional, les objectifs majeurs étant d'identifier les pratiques qui pourraient relever de pratiques avancées, qu'elles s'inscrivent ou non dans le champ réglementaire actuel, d'identifier également les caractéristiques des professionnels déclarant avoir des pratiques avancées.

Pour une large part, les problématiques régionales (exploitées en Île-de-France) liées aux professionnels de santé sont similaires à celles rencontrées au niveau national, voire international. Parmi différents aspects, signalons : l'impact de la démographie et le vieillissement des professionnels avec des départs massifs à la retraite, avec des effets sur les transmissions des savoirs et la gestion des compétences intergénérationnelles, le manque de perspectives dans l'exercice clinique, la non prise en compte du niveau de formation des professionnels avec des compléments de cursus post-formation initiale, parfois conséquents. Ces derniers aspects conduisent les personnes concernées à s'orienter vers d'autres voies, soit en restant dans la profession initiale mais dans des fonctions de gestion ou de formation, soit en changeant de métier ; quelle que soit l'orientation, elle a toujours pour conséquences de ne pas reconnaître ou de ne pas asseoir des compétences cliniques de haut niveau dans les champs d'exercice des professionnels paramédicaux.

Or, il est question que ces derniers puissent intervenir dans des domaines prioritaires (coordination des parcours de soins, pathologies chroniques, suivi des personnes âgées, éducation thérapeutique), ceci dans des conditions précises, selon le principe de la délégation de tâches prévue par la loi HPST.

Ces futurs « nouveaux personnels médicaux » à compétence définie devraient ainsi pouvoir intervenir en relais du médecin, en étant eux-mêmes dotés d'un pouvoir de prescription.

Par ailleurs, les auteurs du rapport proposent de rapatrier la formation des professions paramédicales dans le giron de l'État, via les universités.<sup>[77]</sup>

En 2011, le premier protocole de coopération entre professionnels de santé a été signé le 13 juillet par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé de PACA et la HAS. Il s'agit d'un protocole qui autorise désormais cinq infirmières de l'Institut PAOLI-CALMETTES à Marseille à réaliser des prélèvements de moelle osseuse (myélogrammes) au même titre que les médecins oncologues.<sup>[80]</sup> Ces techniques pourront être réalisées en fonction de l'expérience professionnelle et du niveau de formation. Par ailleurs, la même année, l'université de Versailles St-Quentin en Yvelines (UVSQ), en partenariat avec l'hôpital Saint-Anne, ouvre aussi un Master Sciences cliniques en soins infirmier.

En 2014, une esquisse des nouveaux rôles de pratique avancée notamment dans le domaine des soins infirmiers est apparue avec le Plan cancer 3 (2014–2019), indiquant la nécessité d'un rôle de pratique avancée dans le domaine de la cancérologie.<sup>[81]</sup>

Lors de la présentation du Plan cancer 2014–2019, le Président de la République a indiqué que le texte reconnaîtra de nouveaux métiers, comme celui d'infirmier clinicien prévoyant de le déployer prioritairement dans le champ de la cancérologie. Il apparaît alors nécessaire de déterminer les périmètres d'actions et de planifier l'implantation de ces nouvelles professions infirmiers selon une méthodologie adaptée, c'est-à-dire d'identifier la ou les meilleures stratégies d'implantation dans les différents milieux cliniques concernés.

« La création du métier d'infirmier clinicien est une innovation qui s'inscrit dans la Stratégie nationale de santé. Il s'agit d'une formation universitaire qui reconnaît la possibilité à un infirmier de réaliser des pratiques dites avancées, au-delà du métier socle d'infirmier. Elle permet de mieux répondre aux besoins de la population en cohérence avec les évolutions de l'organisation des soins (...). Les évolutions technologiques dans le champ de la cancérologie, le développement de l'ambulatoire en particulier en chirurgie, la complexité des soins chimiothérapie et thérapies ciblées nécessitent le renforcement de la coordination des soins et la présence de personnels infirmiers investis de prérogatives et d'un champ d'autonomie élargi. Ces infirmiers cliniciens seront habilités à assurer, sous certaines conditions, la prescription protocolisée d'examens de suivi des traitements, de traitements complémentaires et de support, ainsi que la reconduction ou l'adaptation de traitements spécifiques. Le déploiement des premières formations est prévu pour la rentrée universitaire 2016 (...). Asseoir ce nouveau métier sur une formation universitaire de niveau master adaptée aux compétences requises, définir le cadre de cette formation ainsi que le flux de professionnels à former. » (Plan cancer 2014)

Le 15 octobre 2014, un nouveau cap a été franchi. Effectivement, le « Projet de loi santé 2014 »<sup>[82]</sup> présenté au conseil des ministres prévoit à l'article 30 l'introduction préliminaire des métiers en pratiques avancées. Pour la première fois, dans la législation Française, l'exécutif souhaite légiférer sur les IPA. La loi sera débattue et votée début 2015, aussi un groupe de travail va être constitué pour élaborer le référentiel d'activités, le référentiel de compétences, tous deux prévus pour septembre 2015, et le référentiel de formation qui devrait être clôturé en 2016.

En Novembre 2014, le cap des 100 protocoles de coopération entre professionnels de santé validés entre médecins et infirmiers par l'ARS et la HAS a été atteint, de plus 80 protocoles sont en cours de création et de validation. Ces données illustrent donc un vrai engagement et une volonté de la part des médecins et des infirmiers de travailler en collaboration et une nécessité de transfert de compétences et d'actes.

L'ordre national des infirmiers a réservé dans son bulletin de Novembre 2014 une partie destinée à l'exercice en pratiques avancées, il y explique qui sont les IPA, pourquoi ils sont nécessaires à la promotion de la profession et quels en sont aujourd'hui les freins : « La France va enfin emboîter le pas des principaux pays anglo-saxons, qui disposent déjà d'infirmiers de pratiques avancées (advanced practice nurses). Ces infirmiers consultent, posent des diagnostics et disposent d'un large droit de prescription. Une évolution qui s'impose en France au regard des besoins de santé, du rôle de plus en plus important des infirmiers, des besoins

de coopération entre professions de santé et d'évolution des compétences. Les pouvoirs publics semblent avoir pris la mesure au plus haut niveau, puisque le président de la République lui-même a annoncé l'infirmière clinicienne en oncologie pour 2016. Mais attention (...) entre la rédaction du projet de loi, en juillet 2014, et sa version présentée en conseil des ministres le 15 octobre, la définition légale a quelque peu changé ... D'une définition par grandes missions dans la loi elle-même, on se dirige vers un renvoi à un décret précisant les types d'actes pouvant être réalisés de manière autonome par le professionnel en pratiques avancées. Et de surcroît, sur avis obligatoire de l'académie de médecine ».<sup>[83]</sup>

En 2016, la loi n°2016-41 du 26 janvier de modernisation de notre système de santé (Loi Touraine – article 119 notamment) pose le cadre juridique de ce que l'on peut appeler « la pratique avancée » pour les auxiliaires médicaux.<sup>[64]</sup> Si cet exercice en santé existe déjà dans de nombreux pays, en France, le choix a été fait de le déployer au sein d'une équipe, en commençant par la profession d'infirmier.

La pratique avancée vise un double objectif : améliorer l'accès aux soins ainsi que la qualité des parcours des patients en réduisant la charge de travail des médecins sur des pathologies ciblées.

En outre, elle favorise la diversification de l'exercice des professionnels paramédicaux et débouche sur le développement des compétences vers un haut niveau de maîtrise, ce qui doit permettre la reconnaissance du travail de l'infirmier en pratique avancée.

En 2018, paraissent plusieurs décrets d'application de la loi 2016 de modernisation de notre système de santé :

- décret n°2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée (création, entre autres, des articles R.4301-1 à R.4301-7 et D.4301-8 (art. 1 du décret) du Code la santé publique – Chapitre I<sup>er</sup>)<sup>[annexe 6]</sup>
- arrêté du 18 juillet 2018 fixant la liste des pathologies chroniques stabilisées à l'article R 4301-2 du Code de la santé publique<sup>[annexe 7]</sup>
- arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R.4301-3 du Code de la santé publique<sup>[annexe 8]</sup>
- décret n°2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée (création de l'article D.636-73 à D.636-81 du Code de la santé publique)<sup>[annexe 9]</sup>
- arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'état d'infirmier en pratique avancée<sup>[84]</sup>

En lien avec le décret 2018-629<sup>[annexe 7]</sup> relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée et conformément au décret n°2018-633 relatif au diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée, l'arrêté définit les modalités d'acquisition du diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée. Le diplôme d'État est délivré par un établissement accrédité. La formation est de 4 semestres (120 crédits avec des enseignements théoriques, méthodologiques, appliqués, pratiques, cliniques et des stages) et confère le grade de master.

La formation pour le diplôme d'État peut se suivre en formation initiale, professionnelle ou en validation des acquis de l'expérience avec des modalités d'admission définie par les établissements.

## **IV.2. L'infirmier en pratique avancée : rôle, compétences, formation**

### **IV.2.1. Au Québec**

#### **IV.2.1.1. La pratique infirmier avancée**

Au Québec, la pratique avancée existe depuis le début des années 2000 (elle correspond à un cursus universitaire post-licence, plutôt master pouvant aller jusqu'au doctorat).

Pour l'Association des Infirmiers et Infirmières Canadiens (Canadian nurses association), « la pratique infirmière avancée est une expression générale décrivant un niveau avancé de la pratique des soins infirmiers cliniques, qui maximise l'utilisation des connaissances acquises aux études supérieures, d'un savoir infirmier approfondi et d'une compétence confirmée au service des besoins de santé des personnes, des familles, des groupes, des communautés et des populations. Cette pratique consiste à analyser et combiner des connaissances, à comprendre, interpréter et appliquer les théories des soins infirmiers et le résultat de recherche infirmière, ainsi qu'à façonner et faire progresser le savoir infirmier et la profession dans son ensemble ». <sup>[85]</sup>

La pratique infirmière avancée porte avant tout sur la pratique clinique, que ce soit par contact direct avec des patients ou dans le contexte d'un rôle de soutien et de consultations.

La pratique infirmière avancée est déterminée par une série de compétences de base qui reposent sur des connaissances, des principes théoriques et des résultats de recherche d'une profondeur, d'une envergure et d'une portée appropriées, le tout appuyé par l'expérience clinique.

#### **IV.2.1.2. L'infirmier de pratique avancée**

Selon l'Association des Infirmières et Infirmiers du Canada (AIIC) (2008), le Québec reconnaît deux types d'infirmières en pratique avancée (advanced practice nurse) <sup>[86]</sup> :

- les infirmières praticiennes spécialisées ou IPS (nurse practitioner). C'est l'expression « infirmière praticienne spécialisée » (IPS) qui est employée au Québec pour désigner les infirmières praticiennes (IP) selon leur spécialité d'appartenance.
- les infirmières cliniciennes spécialisées ou ICS (clinical nurse specialist)

Ces deux catégories correspondent, seules, à l'expression de « pratique avancée ».

La pratique avancée est réglementée pour les infirmières praticiennes spécialisées (5 spécialités) et, depuis le 6 octobre 2011, pour les infirmières cliniciennes spécialisées en prévention et contrôle des infections. <sup>[87]</sup>

Si les IP/IPS et les ICS ont été introduites au Canada vers le début des années 1970, leur déploiement au Québec a fait l'objet de nombre de négociations en fonction de différents enjeux politiques relevant des dynamiques professionnelles, ainsi que des aspects légaux et financiers associés à leur contribution distinctive. <sup>[86,87,20]</sup>

#### **IV.2.1.2.1. L'infirmier de pratique spécialisée**

Les IP, au Québec, n'ont été formellement introduites qu'en novembre 2005 (avec une mise en pratique effective en 2006), suite à la mise en œuvre, en janvier 2003, de la Loi modifiant le Code des professions et autres dispositions législatives dans le domaine de la santé. (Durand, 2006)

Selon Ann HAMRIC et al., l'infirmière en pratique avancée doit posséder à la fois des attributs personnels et une solide expérience clinique. <sup>[54]</sup> Le savoir est donc associé au « prendre soin », à la communication et aux relations interpersonnelles. Cette infirmière peut exercer plusieurs fonctions inhérentes au titre, soit les soins directs, la consultation, l'éducation, la gestion, la recherche. Ce rôle de pratique avancée comporte cependant certaines difficultés comme la description ambiguë ou vague des tâches lors de l'embauche, l'ajout de tâches non reliées spécifiquement au rôle, la difficulté de travailler en complète collaboration avec les autres travailleurs de la santé, ainsi que le manque de modèles adéquats ou mentors dans son milieu de travail.

L'infirmière praticienne exerce en plus de ses activités d'infirmière des activités médicales (examen clinique), de prescription (examens, traitements) et des actes médicaux. Elle contribue à la promotion, à l'éducation à la santé, à la prévention de la maladie et au conseil auprès des patients. <sup>[annexe 10]</sup>

L'infirmière praticienne s'appuie sur son savoir-faire dans une spécialité, en associant et en démontrant de façon constante les caractéristiques ou les qualités suivantes :

- efficacité et efficience dans la prestation de soins prodigués avec un grand degré d'autonomie à une population déterminée
- leadership et rôle catalyseur pour amorcer des changements susceptibles d'améliorer les résultats pour le client, l'organisation et le système
- utilisation délibérée, appréciable et généralisée d'un savoir infirmier approfondi, des résultats de recherche et de l'expertise clinique, et intégration des connaissances provenant d'autres disciplines

- utilisation de connaissances vastes et approfondies qui s'appuient sur un vaste éventail de stratégies pour répondre aux besoins des clients et améliorer l'accès aux soins et la qualité des soins
- capacité d'expliquer et d'appliquer les bases théoriques empiriques, éthiques et expérientielles de la pratique infirmière
- compréhension, création et diffusion de savoir infirmier factuel
- capacité de lancer la planification, la coordination, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes (ou de participer à des programmes) visant à répondre aux besoins des clients et appuyer la pratique infirmières
- utilisation de techniques de transmission des connaissances pour intégrer à la pratique des connaissances issues de la recherche
- exercice d'un excellent jugement fondé sur des techniques de prise de décision de niveau avancées
- capacité d'analyser et d'influences les politiques de santé

Plus de dix ans après l'entrée en vigueur des règlements encadrant la pratique des infirmières praticiennes spécialisées (IPS), il s'est avéré nécessaire d'apporter des ajustements substantiels afin d'optimiser leur rôle professionnel et de contribuer davantage à la qualité des soins et services de santé offerts.

Dans cette optique, des modifications importantes ont été adoptées aux règlements encadrant la pratique des IPS, notamment au Règlement sur les classes de spécialités d'infirmière praticienne spécialisée et au Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées.

Des lignes directrices ont été élaborées par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et le Collège des médecins du Québec afin d'illustrer la réglementation qui encadre l'étendue des activités de l'IPS, ainsi que la pratique de collaboration avec les médecins. <sup>[89]</sup>

De nos jours, l'infirmière en pratique avancée travaille en milieu de soins primaires ou tertiaires et portent des titres divers selon le milieu de soins. Son rôle est très diversifié et exige des habiletés de communication et une grande capacité d'adaptation face aux demandes des établissements de santé. La prestation de soins directs devrait être privilégiée, de même que l'évaluation de ces soins sur les résultats attendus chez les patients.

L'encadrement légal dont bénéficie ce domaine de pratique permet ainsi de reconnaître à l'IPS un titre et des activités spécifiques, mais la mise en œuvre d'un rôle autonome et distinctif du champ médical requiert une reconnaissance qui va bien au-delà des seuls aspects légaux.

Les IPS sont des infirmières qui :

- possèdent une expérience clinique auprès de la patientèle visée par la spécialité
- ont réussi une formation avancée de 2<sup>e</sup> cycle en sciences infirmières et en sciences médicales
- ont réussi un examen professionnel de spécialité en vue de détenir un certificat de spécialiste pour une catégorie de patientèle
- travaillent en partenariat avec un ou plusieurs médecins qui exercent dans le domaine des soins visé par sa pratique

L'IPS est une infirmière détentrice d'une maîtrise en sciences infirmières combinée avec un diplôme d'études supérieures en sciences médicales et qui a réussi un examen professionnel de spécialité pour détenir un certificat de spécialiste d'infirmière praticienne spécialisée. Elle détient des connaissances et des habiletés de niveau avancé, ce qui lui permet de réaliser un processus de raisonnement clinique visant à répondre aux problèmes de santé d'une patientèle particulière.

L'IPS doit détenir une formation de 2<sup>ème</sup> cycle dans la spécialité qu'il a choisie. Au Québec, les programmes sont offerts dans 5 universités : l'université de Montréal, l'université de Sherbrooke, l'université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT), l'université de Laval et l'université anglophone McGill. Pour obtenir le droit de pratique, l'IPS doit également réussir un examen de l'Ordre des Infirmiers et Infirmiers du Québec (OIIQ).

À compter du 1<sup>er</sup> février 2018, l'IPS doit comptabiliser ses heures d'exercice à titre d'IPS. L'IPS doit avoir exercé à ce titre au moins 1 300 heures au cours des quatre années précédant sa déclaration d'exercice produite.

Elle combine à la fois l'exercice d'une pratique infirmière avancée et l'exercice de cinq activités médicales en vertu de l'article 36.1 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers (LII) modifiée par le décret 84-2018 <sup>[90]</sup> soit : prescrire des examens diagnostiques, utiliser des techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice, prescrire des médicaments et d'autres substances, prescrire des traitements médicaux, et utiliser des techniques ou appliquer des traitements médicaux, invasifs ou présentant des risques de préjudice.

« L'infirmière praticienne spécialisée est une infirmière qui dispense, selon une approche globale et synergique, des soins infirmiers et des soins médicaux répondant aux besoins complexes des patients et de leur famille dans un domaine de spécialité, en tenant compte de leur expérience en matière de santé. Pour ce faire, elle doit posséder l'expertise liée à un domaine clinique spécialisé qui repose à la fois sur une solide expérience dans le domaine et sur une formation de deuxième cycle en sciences infirmières et en sciences médicales ». <sup>[56]</sup>

En effet, l'IPS est une infirmière autorisée qui, au terme d'une formation universitaire de niveau supérieur, se voit ajouter des rôles médicaux et infirmiers. Sa présence dans le

système de santé permet d'améliorer l'accessibilité aux soins. Elle a un rapport très important au patient qu'elle prend en charge, dont elle fait la gestion de la santé, notamment quand il s'agit de maladies chroniques), la promotion et l'éducation de la santé par de saines habitudes de vie. En résumé, elle évalue et soutient la santé physique et morale de la personne dans son ensemble, elle s'occupe de tous les aspects de sa santé (collecte des renseignements sur les antécédents familiaux, façon dont la maladie influe sur la vie quotidienne ...). Pour ce faire, il importe qu'elle travaille en partenariat avec lui et sa famille (« chaque personne est unique »).

L'infirmière praticienne ajoute de la valeur (plus-value) aux québécois, ainsi qu'au système des soins de santé. Les études portant sur les avantages des infirmières et infirmiers praticiens et au sujet du vécu des patients informent que l'infirmière praticienne spécialisée implique le patient dans les décisions liées à ses soins, améliore l'accès aux soins de santé primaires, réduit la surcharge sur le système de soins de santé, diminue les ré-hospitalisations, est appréciée des patients et ceux-ci lui font confiance, a une pratique sécuritaire et assure une excellente gestion des maladies chroniques (diabète, hypertension, etc.).

Les règlements applicables à l'IPS découlent du cadre juridique prévu à l'article 36.1 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers. La pratique de l'IPS est également balisée par des règlements qui relèvent des juridictions respectives de l'OIIQ, du CMQ et du gouvernement (ces règlements qui concernent aussi la démarche de la pratique avancée ont été modifiés dans le cadre du décret du 7 février 2018).<sup>[90]</sup>

L'infirmier praticien spécialisé (IPS) possède une formation et de l'expérience additionnelles en soins infirmiers. Il s'occupe de tous les aspects de la santé d'une personne : les besoins liés à la santé physique et la santé mentale, la collecte des renseignements sur les antécédents familiaux, la façon dont la maladie influe sur la vie quotidienne du patient et de sa famille, les conseils pour mener une vie saine et sur les façons de gérer la maladie chronique.

L'IPS participe à l'élaboration et à l'évaluation des règles de soins médicaux et infirmiers et collabore au développement des programmes de formation pour le personnel infirmier. Il réalise ou collabore à la recherche en soins infirmiers et collabore à la recherche clinique médicale.

Alors qu'il n'existait que quatre spécialités jusqu'en 2017 (cardiologie, néonatalogie, néphrologie et soins de première ligne), la réglementation régissant la pratique de l'IPS a été modifiée par le décret 84-2018 du 7 février 2018<sup>[90]</sup> entré en vigueur le 8 mars suivant.

La nouvelle réglementation :

- réitère l'existence des IPS en soins de première ligne et en néonatalogie
- regroupe sous le titre d'IPS en soins aux adultes les spécialités de cardiologie et de néphrologie
- crée deux nouvelles spécialités : santé mentale et soins pédiatriques.

L'infirmier de pratique avancée en soins de première ligne (IPSPL) exerce auprès d'une clientèle de tous âges nécessitant des soins de première ligne et présentant un problème de santé courant ou une maladie chronique, ayant besoin d'un suivi de grossesse (normale ou à faible risque), ou de soins palliatifs (pour la personne hébergée dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée). Soulignons que les centres de protection de l'enfance et de la jeunesse, ainsi que les CHSLD sont deux nouveaux lieux de pratique pour l'IPSPL. Autre nouveauté, l'IPSPL peut dorénavant amorcer le traitement pour six problèmes de santé chronique, soit le diabète, l'hypertension, l'hypercholestérolémie, l'asthme, les maladies pulmonaires obstructives chroniques et l'hypothyroïdie et ce, sans qu'un diagnostic final ait été établi au préalable par le médecin. Cette avancée marquante favorise un accès accru aux services de santé pour la population. <sup>[63]</sup> En effet, selon l'Institut de la statistique du Québec (2016), près de la moitié des personnes âgées de 15 ans et plus ont au moins un problème de santé chronique et le quart en cumulent deux ou plus. <sup>[91]</sup>

L'infirmier de pratique avancée en soins aux adultes (IPSSA) assure des soins infirmiers et médicaux à des adultes présentant un problème de santé complexe et nécessitant des soins de deuxième ou de troisième ligne. L'IPSSA intègre désormais les spécialités d'IPS en cardiologie et en néphrologie, mais peut développer des compétences dans d'autres domaines tels que la médecine interne, les neurosciences et l'oncologie. Elle peut exercer dans les centres hospitaliers, en cliniques externes, en cliniques spécialisées et, pour certains soins complexes, à domicile.

L'infirmier en pratique avancée en néonatalogie (IPSNN) prodigue des soins infirmiers et médicaux à des nouveau-nés, prématurés ou à terme, qui présentent un problème de santé complexe faisant l'objet minimalement d'un diagnostic provisoire, et ce, à différents stades de la période périnatale : consultation prénatale, au moment de la naissance, aux soins intensifs ou en soins intermédiaires. Elle offre ses services en partenariat avec les parents, mais aussi avec les proches et la communauté. Alors qu'elle exerçait jusqu'à ce jour uniquement en centre ultra-spécialisé (troisième ligne), l'IPSNN étend sa pratique aux établissements de deuxième ligne et aux cliniques externes.

Dans le cadre de cette spécialité, l'infirmier de pratique avancée en santé mentale (IPSSM) dispense des soins infirmiers et médicaux spécialisés auprès des personnes de tous âges présentant un trouble mental, y compris d'utilisation de substances, et coordonne les transitions entre les différents services en santé mentale. Elle peut exercer en soins de proximité (première ligne), en soins spécialisés ou en soins ultra-spécialisés.

L'infirmier en pratique avancée en soins pédiatriques (IPSSP) assure des soins infirmiers et médicaux à une clientèle pédiatrique présentant un problème de santé complexe et nécessitant des services de deuxième ou de troisième ligne. Elle peut développer des compétences dans différents domaines, par exemple la cardiologie, la pneumologie ou l'hémato-oncologie. Comme l'IPSSA, l'IPSSP peut exercer dans les centres hospitaliers, en cliniques externes, en cliniques spécialisées et, pour certains soins complexes, à domicile.

Pour chacune des cinq classes des spécialités d'IPS, des lignes directrices, rédigées conjointement par l'OIIQ et le CMQ, précisent la portée et les modalités d'application des règlements régissant la pratique des IPS. <sup>[92]</sup>

La nouvelle réglementation prévoit que l'IPS, pour exercer ses activités médicales, doit travailler en partenariat avec un ou des médecins, afin de promouvoir la collaboration

interprofessionnelle et ainsi de proposer une offre de services concertée, adaptée et centrée sur la personne et ses proches. <sup>[93]</sup> Le partenariat constitue une entente écrite formelle entre l'IPS et un ou plusieurs médecins (médecins de famille ou autres spécialistes), un département ou un service clinique, par laquelle ils conviennent de travailler en étroite collaboration afin d'atteindre des objectifs communs en matière de suivi de patientèle.

La collaboration entre l'IPS et le(s) médecin(s) partenaire(s) a pour objectif de fournir des soins de santé mieux adaptés aux besoins particuliers de la population, vise également à permettre une approche plus coordonnée, intégrée et complète des soins. La collaboration entre le médecin et l'infirmière praticienne augmente l'accès aux services de santé, favorise les stratégies de promotion de la santé et de prévention de la maladie et finalement améliore la santé de la population.

Le partenariat <sup>[94]</sup> désigne l'entente formelle, formulée par écrit, entre l'IPS et un ou plusieurs médecins, suivant laquelle ils conviennent de travailler en étroite collaboration en vue d'atteindre des objectifs communs en matière de suivi de clientèle. Il s'agit d'une entente de collaboration entre des partenaires autonomes et non d'une relation de supervision.

L'entente permet aux partenaires :

- de définir par écrit les modalités de la collaboration pour l'exercice des activités médicales
- de préciser les rôles et responsabilités de l'IPS et du médecin au sein de l'équipe
- d'établir les mécanismes de communication, de prise de décision et de gestion de la clientèle dans le cadre de la pratique collaborative
- d'instaurer des mécanismes visant à assurer la continuité des soins et de permettre le maintien d'une pratique de proximité pour la clientèle.

L'IPS collabore avec le médecin traitant afin d'identifier les problèmes de santé et d'établir les priorités de soins et de traitements. Il contribue au suivi des patients préalablement diagnostiqués, en étroite collaboration avec le médecin traitant. Il apporte un soutien clinique aux infirmiers ainsi qu'aux autres professionnels. L'IPS est un éducateur et un chercheur que les autres membres de l'équipe de soins peuvent consulter. Il contribue à la conception, à l'application et à l'évaluation des programmes se rapportant à sa spécialité. Il participe au développement et à l'implantation des programmes d'enseignement aux patients, à leurs proches et à des groupes de personnes.

L'IPS en soins de première ligne accompagne les personnes dans la prise en charge de maladies chroniques, d'expériences de vie (grossesse, fin de vie) ou de problèmes de santé courants au sein de groupes de médecine familiale, d'unités de médecine familiale, de centres intégrés de-services sociaux, de centres de soins de longue durée ou de centres jeunesse.

L'IPS participe à l'élaboration et à l'évaluation des règles de soins médicaux et infirmiers et collabore au développement des programmes de formation pour le personnel infirmier. Il réalise ou collabore à la recherche en soins infirmiers et collabore à la recherche clinique médicale.

L'OIIQ entend veiller à ce que ces IPS puissent exercer dans des conditions qui respectent de façon optimale l'étendue de leur champ de compétences, souligne Lucie Tremblay, présidente de l'Ordre infirmier du Québec.

À noter qu'à compter du 1<sup>er</sup> février 2018, l'IPS doit comptabiliser ses heures d'exercice à titre d'IPS. L'IPS doit avoir exercé à ce titre au moins 1 300 heures au cours des quatre années précédant sa déclaration d'exercice produite. <sup>[93]</sup>

Par ailleurs, la réglementation prévoit la création d'un comité composé de représentants de l'OIIQ et du CMQ, ainsi que d'IPS et de médecins afin d'examiner, de façon générale, la qualité de la pratique clinique de l'IPS et émettre des recommandations.

#### **IV.2.1.2.2. L'infirmier clinicien spécialisé**

L'exercice de la pratique avancée concerne aussi les Infirmiers Cliniciens Spécialisés (ICS).

On peut se référer, entre autres, à un rapport établi en 2010 par Geneviève ROCH et Nicole OUELLET sur « les approches stratégiques pour situer les rôles en pratique infirmière avancée au Québec ». <sup>[95]</sup>

S'appuyant sur un énoncé de position émis par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada en 2009, l'ICS se définit pour sa part, comme « une infirmière autorisée qui détient une maîtrise ou un doctorat en sciences infirmières et qui a de l'expertise dans une spécialité des soins infirmiers cliniques ». <sup>[86]</sup> Elle exerce aussi un rôle qui inclut des aspects liés à la pratique, à la consultation, à l'éducation, à la recherche et au leadership. À la différence de l'IPS, les règlements qui encadrent sa pratique sont les mêmes que ceux qui s'appliquent aux autres infirmières, sauf pour ce qui est de l'ICS en prévention et contrôle des infections (seul titre réglementé à ce jour).

Les infirmières ou infirmiers cliniciens spécialisés (ICS) sont des infirmières ou des infirmiers titulaires d'une maîtrise ou d'un doctorat en sciences infirmières, ayant des connaissances et des compétences approfondies, et possédant de l'expérience dans une spécialité clinique. <sup>[96]</sup>

L'infirmière clinicienne spécialisée exerce toutes les activités infirmières, mais a des compétences plus développées qui lui permettent de les pratiquer en direction de situations plus complexes ou en aide aux équipes de soins. Son principal but est l'amélioration de la qualité des soins. Elle offre des soins infirmiers experts et dirige l'élaboration de lignes directrices et de protocoles. Elle fait la promotion de l'utilisation des données factuelles, offre un soutien et de la consultation en tant qu'experte et facilite le changement au sein du système de santé.

Parce que la pratique des ICS est dynamique, les compétences exigées pour le rôle changeront avec le temps en réponse aux besoins évolutifs de la population ainsi qu'à l'évolution de la pratique et des contextes de soins de santé.

Les ICS fournissent de nombreux services dans tout le continuum des soins, pour tous les groupes d'âge :

- au niveau du patient → évaluation des risques et des complications, interventions thérapeutiques directes, planification et coordination des soins, surveillance des résultats, préconisation des services sociaux et sanitaires adaptés qui répondent le mieux aux besoins de chaque patient
- au niveau du milieu de pratique → supervision des initiatives d'amélioration de la qualité, application de la pratique fondée sur des données probantes au sein des équipes, soutien aux autres professionnels dans l'utilisation des lignes directrices sur les pratiques exemplaires
- au niveau des systèmes → influence sur les politiques de santé publique, préconisation du recours à la promotion de la santé et de l'éducation des patients

Les ICS assument les cinq rôles suivants :

- clinicien → prodigue des soins spécialisés en menant des évaluations détaillées, en créant des plans de soins et en intervenant dans des situations complexes
- consultant → a recours à son savoir-faire dans sa spécialité clinique pour appuyer tous les intervenants, tels que le personnel infirmier réglementé, les décideurs politiques ou les autres fournisseurs de soins de santé, et font la promotion de résultats positifs pour les patients
- enseignant → favorise un contexte d'apprentissage pour les patients, le personnel infirmier, les étudiants et les autres fournisseurs de soins de santé sur le recours à la pratique fondée sur des données probantes
- chercheur → veille à ce que la pratique mette en application des soins fondés sur des données probantes le plus efficacement possible à chaque aspect de la recherche
- chef de file → fait la promotion de l'évolution de sa spécialité et offre du leadership clinique à titre d'agent du changement dans sa pratique

Le 6 octobre 2011 est entrée en vigueur la réglementation qui crée la spécialité d'infirmière clinicienne dans le domaine de la prévention et du contrôle des infections (PCI).<sup>[87]</sup> La prévention et le contrôle des infections est une pratique infirmière spécialisée exigeant un savoir et des compétences spécifiques et impliquant des responsabilités qui dépassent les responsabilités requises dans le cadre de la pratique générale de l'infirmière soignante.

Compte tenu de leur expertise spécifique en matière de santé globale de la personne, les infirmières sont les professionnelles toutes désignées pour assurer la surveillance des infections, l'évaluation et la surveillance clinique des personnes ou d'une population à risque ou atteintes d'une infection, ce qui permet de réduire les complications chez une patientèle déjà très vulnérable. Ce rôle nécessite des connaissances spécialisées en microbiologie, en épidémiologie, en maladies infectieuses, en communication, en andragogie et en statistique, ainsi que des compétences en analyse de risque, en gestion de crise et en gestion de projet.

La prévention des infections évitables, liées à la prestation des soins, est un enjeu majeur de santé publique et l'OIIQ est convaincu que cette spécialité en PCI améliorera la protection de la population lors de situations d'écllosion d'infections et de gestion de crise.

L'infirmière clinicienne spécialisée en PCI possède une expérience clinique spécifique dans le domaine de la PCI et a reçu une formation de 2<sup>e</sup> cycle universitaire.

Selon les données de recherche, la grande valeur qu'apportent les ICS à chaque milieu de pratique comprend de meilleurs résultats pour le patient et pour le système de santé en ce qui a trait à l'état de santé, à l'état fonctionnel, à la qualité de vie, à la satisfaction à l'égard des soins et au coût-efficacité (moins d'hospitalisations, moins de visites aux urgences, des séjours réduits donnant lieu à des épargnes en coûts pour les établissements, moins de réadmissions et davantage d'innovations).<sup>[96]</sup>

Présentes depuis longtemps dans le système de santé québécois, les infirmières cliniciennes ont joué un rôle précurseur à celui des IPS.<sup>[annexe 11]</sup>

Le nouvel encadrement réglementaire prévoit la création de trois classes de spécialités : adultes, pédiatrique et santé mentale. Deux autres classes de spécialités déjà instaurées ont aussi été améliorées notamment via l'élargissement des pratiques des IPS aux centres de jeunesse et aux centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD). Cette avancée considérable assurera un meilleur accès aux soins pour tous, y compris pour les plus vulnérables. L'OIIQ veillera à ce que ces IPS puissent exercer dans des conditions qui respectent de façon optimale l'étendue de leur champ de compétences, souligne Lucy Tremblay, présidente de l'Ordre Infirmier du Québec.<sup>[97]</sup>

Par ailleurs, afin d'apporter la souplesse requise au cadre réglementaire et d'ajuster la pratique clinique des IPS, à l'évolution des connaissances, leur intervention ne sera plus limitée à une liste de médicaments, à des règles d'usage des médicaments ou à des règles de soins médicaux.

Au Québec, les infirmières praticiennes spécialisées ont obtenu un élargissement de leurs compétences et peuvent désormais amorcer les traitements dans plusieurs pathologies chroniques courantes. Ce nouveau cadre réglementaire est le fruit d'une collaboration assidue entre l'Ordre des infirmiers du Québec et le Collège des médecins du Québec.

Les réformes poursuivies sont importantes car les IPS, au vu de leurs compétences, disposent d'une expertise clé et peuvent être autonomes professionnellement. C'est pourquoi elles jouent un rôle majeur dans le développement d'une offre de soins centrée sur le patient via une collaboration concrète avec les autres professionnels de santé notamment les médecins.

Les nouvelles activités qu'elles sont amenées à exercer constituent un autre exemple de collaboration interprofessionnelle bénéfique pour le patient pour l'équipe de soins et pour le système de santé.

Elles jouent un rôle majeur dans le développement d'une offre de soins centrée sur le patient via une collaboration concrète avec les autres professionnels de santé, notamment les médecins. Le Collège des médecins est heureux des avancées faites pour une

reconnaissance élargie des IPS. Le Collège des médecins et l'OIIQ ont déclaré être d'accord pour travailler de concert afin de s'assurer de la qualité des soins médicaux rendus par leurs membres respectifs, précise le Dr Charles Bernard, président-directeur général du CMQ. <sup>[97]</sup>

En effet, il est également prévu de mettre en place un comité composé de représentants des deux ordres professionnels ainsi que d'infirmières praticiennes spécialisées et de médecins. Celui-ci aura pour objectif d'assurer le suivi de l'évolution de cette pratique. Ainsi, les IPS ont vu leur champ de compétences s'élargir au Québec à l'heure où, en France, les IPA en sont aux premiers balbutiements.

En date du 31 mars 2018, on comptait quelque 486 IPS au Québec, une statistique en croissance constante. Le ministère de la Santé et des Services sociaux s'est d'ailleurs engagé à en intégrer 2000 dans le réseau de la santé d'ici 2024–2025. <sup>[93]</sup>

## **IV.2.2. En France**

### **IV.2.2.1. La pratique infirmier avancée**

La pratique avancée désigne la capacité d'un professionnel paramédical à prendre des décisions complexes et à développer des compétences cliniques empruntées au champ médical dans un domaine spécifique. En France, il s'agit d'une pratique relativement nouvelle, mais qui doit pouvoir participer à améliorer notre système de santé afin qu'il réponde aux enjeux actuels.

L'exercice en pratique avancée pour les auxiliaires médicaux a été introduit dans le dispositif juridique par l'article 119 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Il est codifié à l'article L.4301–1 du Code de la santé publique. <sup>[98]</sup>

La société française, comme ses besoins en soins de santé, est en évolution constante.

À l'instar des phénomènes repérables dans d'autres pays, le contexte français conjugue notamment les besoins de santé des populations, le raffinement des compétences professionnelles dans le champ de la clinique, les évolutions technologiques importantes, les problématiques démographiques, les limites et les potentialités quant aux champs d'intervention et les missions des différents professionnels de santé.

C'est donc dans un tel contexte que les nécessités d'évolution et de nouvelles structurations des pratiques cliniques des professionnels paramédicaux ont fait jour et notamment avec le concept de pratique avancée qui devrait donc pouvoir (et c'est bien le but recherché) participer à améliorer le système de santé français afin qu'il réponde aux enjeux et défis actuels ci-dessous. Le métier d'infirmière de pratique avancée peut, par là même, être (et c'est l'objectif premier) une des réponses aux problématiques identifiées, si l'on prend exemple des expériences des pays étrangers où ce métier a été créé.

En France, le choix a été fait de le déployer ce nouveau concept au sein d'une équipe, en commençant par la profession d'infirmier.

La pratique avancée infirmière se décline en général sous deux aspects. Le versant « clinique » concerne les infirmiers qui restent dans le champ des soins, et qui interviennent sur des situations complexes. Le versant « pratique » concerne également une extension du champ de compétence (droit à la prescription notamment).

Le concept de pratique avancée et la place de l'infirmière de pratique avancée sont particulièrement liés à la mise en œuvre de nouvelles modalités d'exercice et de collaboration entre médecins et professionnels paramédicaux initiées dans de nombreux pays, ainsi qu'à une tendance progressive visant à encourager les coopérations entre professionnels de santé, intensifiée ces dernières années au sein du système de santé français.

Selon le décret n°2018-629 du 18 juillet 2018 <sup>[annexe 6]</sup>, le développement de cette nouvelle activité peut comporter plusieurs domaines d'intervention, jusqu'alors dérogatoires dans le cas où un professionnel de santé non médical les exercerait, et définis à l'article R.4301-3 du Code de la santé publique. <sup>[annexe 8]</sup>

La priorité est donnée à la pratique avancée infirmière en raison du nombre important de professionnels intégrés dans les équipes de soins, du rôle pivot qu'ils assurent dans la prise en charge globale du patient, et d'une approche déjà expérimentée par certains professionnels infirmiers dans leur relation avec les équipes médicales.

C'est une étape essentielle, car fortement symbolique et fondatrice.

C'est une étape qui appelle des déclinaisons vis-à-vis d'autres pratiques avancées dans le champ des professions couvertes par L.4301-1 du Code de la santé publique. <sup>[annexe 6]</sup>

Les interventions doivent être les plus efficaces possibles avec un rapport coût/efficacité optimal.

Parallèlement, la pratique avancée permet d'envisager une évolution intéressante pour les infirmiers qui désirent se spécialiser et déployer une expertise, au-delà des spécialisations reconnues qui leur sont ouvertes. Les infirmiers de pratique avancée sont en effet des infirmiers diplômés d'État qui ont un niveau Master ou Doctorat en science infirmière.

Ce nouveau concept répond aux questionnements émis en 2015 notamment dans le cadre d'un rapport d'évaluation des protocoles de coopération (transfert des tâches et compétences) mis en œuvre sur le territoire français il y a plusieurs années, lequel a mis en avant plusieurs limites à ce dispositif ; d'un point de vue administratif, il est lourd et chronophage pour les équipes qui souhaitent y recourir ; le dispositif n'est pas forcément financé, notamment dans la médecine de ville ; la formation des professionnels et les conditions d'exercice sont des points critiques d'attention ; l'évolution ou la modification des décrets d'actes des professions concernées pourrait répondre à l'évolution des techniques de soins.

La pratique avancée vise à répondre aux nouveaux enjeux d'un système de santé en mutation. Elle identifie des compétences, relevant réglementairement du champ médical, des connaissances et des modalités de travail interprofessionnelles nécessaires pour pratiquer des soins de santé à un niveau avancé par rapport aux compétences reconnues à un métier socle.

Elle est fondatrice d'une nouvelle forme d'exercice et donc d'une approche complémentaire et non substitutive aux réflexions sur les décrets d'actes comme aux démarches relatives aux protocoles de coopération (article 51 de la loi 2009). <sup>[annexe 4]</sup>

Il a été bien précisé que les futurs nouveaux métiers seraient construits à partir des métiers paramédicaux existants et ne seraient pas redondants avec un métier déjà créé.

Par rapport à l'évolution des travaux et à la concrétisation et mise en place du concept de pratique avancée, notons :

- le témoignage de Patrick CHAMBOREDON, président du Conseil national de l'Ordre des infirmiers, jugeant en juin 2018, la pratique avancée comme « Une avancée non négligeable ... mais frileuse », mais reconnaissant, aux termes des décrets parus, que « La création de la pratique avancée en soins infirmiers ouvre la voie à de nouvelles règles de partage entre professionnels de santé. Même si les textes auraient pu aller plus loin en donnant davantage d'autonomie aux futurs IPA, la création de ce nouveau professionnel de santé constitue une réelle avancée pour la profession, d'une part, mais surtout pour l'amélioration de l'accès aux soins. En raison notamment du vieillissement de la population, de l'explosion des maladies chroniques et polyopathologies, de l'inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire et donc du développement des « déserts médicaux », notre système de soins a besoin de cet intermédiaire entre médecins et infirmiers. » <sup>[99]</sup>

« L'infirmier(e) en pratique avancée pourra ainsi contribuer à combler un déficit dans l'offre de soins, jouer un rôle plus important dans la coordination entre la médecine de ville et l'hôpital, renforcer le suivi et l'observance des traitements de patients stabilisés (renouvellement de prescriptions ou prescriptions d'examen complémentaires), accompagner le développement de la télémédecine ... Pleinement inscrite dans une logique d'universitarisation de la profession, la création des infirmier(e)s en pratique avancée confirme également la meilleure reconnaissance du rôle des infirmiers auprès des patients. Il s'agit désormais de mettre en place au plus vite l'offre de formation afin d'être en mesure de former dès la rentrée prochaine les premiers infirmier(e)s en pratique avancée".

- le point de vue (extérieur) du Dr Michel VARROUD-VIAL, conseiller médical Soins primaires et Professions libérales à la Direction générale de l'offre de soins, ministère des Solidarités et de la Santé : « Une montée en puissance progressive » <sup>[99]</sup>

- le témoignage du Dr Pascal GENDRY, Président de la Fédération française des maisons et pôles de santé : « Des parcours de soins sécurisés, simplifiés et enrichis ». <sup>[99]</sup>

« Du point de vue de la Fédération française des maisons et pôles de santé, la reconnaissance du statut d'infirmier en pratique avancée était très attendue. Pour nous, c'est un atout de poids pour la prise en charge des patients en équipe de soins primaires. Elle est synonyme de sécurisation et de simplification de la gestion des parcours de soins, mais aussi d'une approche enrichie par les compétences propres aux infirmiers en termes de prévention, d'éducation et de suivi. Il n'en demeure pas moins que l'arrivée des IPA doit être préparée avec attention dans les structures de soins. Toutes devront engager de nouvelles réflexions sur leur projet d'équipe, sur le partage de l'information ou sur la communication auprès des patients ... Même si le terrain a déjà été bien balisé avec le dispositif ASALEE, qui concerne deux tiers des maisons de santé. Il y a, par ailleurs, d'autres éléments qui conditionneront la réussite des IPA et qui dépendent étroitement de décisions qui devront être prises rapidement

au niveau national. Je pense en particulier au modèle économique qui sera proposé aux infirmiers, mais aussi à l'équilibre entre médecine hospitalière et médecine de ville, notamment en termes de formation. »

- Par ailleurs, l'ONI a fait savoir que « les décrets délimitant les périmètres d'exercice des IPA permettraient une réelle avancée pour la profession ». <sup>[100]</sup>

Florence AMBROSINO, infirmière de pratique avancée, tient à préciser ceci : « Rappelons que ces IDE/IPA seront formés à un niveau master (soit deux ans supplémentaires), seront déjà expérimentés dans leur exercice et seront en travail de collaboration avec le ou les médecins. Tout ceci est bien encadré et garantit la parfaite sécurité des patients. L'autonomie de l'IPA porte principalement sur des champs infirmiers, sur de l'éducation, de la prévention et de l'accompagnement, de la prise en charge globale, de la réponse à des besoins insuffisamment couverts actuellement. A noter également que le suivi par un IPA se fera sur des pathologies chroniques stabilisées, si aggravation c'est le médecin qui revoit le patient. De notre point de vue, il s'agit-là d'une belle avancée pour l'équipe de soins et pour le parcours des patients. Mais nous restons attentifs pour faire encore évoluer ce décret dans l'avenir ». <sup>[101]</sup>

Des expérimentations à la reconnaissance : une nouvelle étape majeure vient d'être franchie, avec la profession infirmière comme première priorité.

Si plusieurs pays ont déjà développé l'exercice infirmier en pratique avancée (comme, nous venons de le voir, au Québec), en France, ce statut a fait son apparition lors du vote de la loi de modernisation de notre système de santé (aussi appelée « Loi Touraine »), le 21 janvier 2016.

Suite à la loi du 21 juillet 2009, la réflexion s'est poursuivie durant quelques années mais, c'est à vrai dire, la loi du 21 janvier 2016 qui a créé le métier d'auxiliaire médical en pratique avancée en France au sein du Code de la santé publique. <sup>[73]</sup>

La loi n°2016-41 du 21 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé pose le cadre juridique de ce que l'on peut appeler « la pratique avancée » pour les « auxiliaires médicaux ». <sup>[64]</sup>

L'article 119 de la loi (qui consolide cette résolution législative est placé dans le chapitre II « Innover pour préparer les métiers de demain » afin de garantir la pérennité du système de santé français) crée l'article L.4301-1 du Code de la santé publique, et introduit le principe de la pratique avancée des auxiliaires médicaux, en définit l'exercice en pratique avancée par les auxiliaires médicaux au sein d'une équipe coordonnée par un médecin. <sup>[annexe 6]</sup>

« Art. L.4301-1 – Les auxiliaires médicaux relevant des titres I<sup>er</sup> à VII du présent livre peuvent exercer en pratique avancée au sein d'une équipe de soins primaires coordonnée par le médecin traitant ou au sein d'une équipe de soins en établissements de santé ou en établissements médico-sociaux coordonnée par un médecin ou, enfin, en assistance d'un médecin spécialiste, hors soins primaires, en pratique ambulatoire ».

Et renvoie la définition, par décret des domaines d'intervention en pratique avancée, des conditions et des règles de l'exercice en pratique avancée, et de la nature du diplôme et de ses modalités d'obtention.

La loi de 2016, promulguée le 26 janvier, est basée sur la Stratégie Nationale de Santé lancée par le gouvernement en 2013, ainsi que les propositions transcrites dans de nombreux rapports (notamment les rapports d'Alain CORDIER, de Claire COMPAGNON et de Bernadette DEVICTOR). [102, 103, 104]

Des modifications sont apportées dans l'organisation régionale et territoriale du système de soins. La loi remanie ainsi le projet régional de santé (PRS), créé par la loi HPST, en instaurant un schéma régional de santé unique (au lieu de trois précédemment) et crée des communautés professionnelles territoriales de santé qui concourent au PRS et à la structuration des parcours de santé pratiques avancées en soins infirmiers. [105]

Après un premier pas avec l'article 51 de la loi HPST sur les transferts de tâches entre professionnels de santé [annexe 4], la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 officialise « l'exercice en pratique avancée » et ouvre la voie aux pratiques infirmières avancées. Au regard des expériences étrangères, ce dossier se penche sur les enjeux que recèlent ces pratiques et sur les défis à relever pour le système de santé français : Quelle formation mettre en place pour la qualification des PIA ? Comment rémunérer l'exercice en pratique avancée ? Quelles conditions sont nécessaires pour que cette avancée ne s'enferme pas dans une énième spécialisation et qu'elle contribue à accroître l'efficacité du système de santé ? Dans quels domaines un IPA apportera une plus-value ?

Alors que la loi HPST de 2009 a apporté les protocoles de coopération, la loi de modernisation de notre système de santé prévoit de développer l'exercice en pratique avancée des auxiliaires médicaux (art. 119). [98] Ce dossier propose de revenir sur les différents jalons qui ont conduit à mettre en œuvre cette démarche en France, ainsi que sur le cadre législatif porté par la loi. Elle présente également la réflexion lancée en 2014 par l'agence régionale de santé d'Île-de-France qui a abouti à un projet d'intégration d'infirmiers cliniciens spécialisés dans plusieurs établissements et centres de santé de la région sur deux ans.

Sur les bases de cet article 119, le développement de la pratique avancée doit permettre à des professionnels de santé non médicaux de se voir confier des compétences élargies par rapport à leur métier socle et ce, au service des grandes priorités de santé publique.

Dans ce même article, la loi mentionne « les auxiliaires médicaux » et c'est la profession infirmière qui est la première concernée par cette évolution.

En effet, la loi 2016 de modernisation de notre système de santé pose le cadre juridique de ce que l'on peut appeler « la pratique avancée » pour les auxiliaires médicaux. Comme dit précédemment, l'exercice en santé existe déjà dans de nombreux pays. En France, le choix a été fait de le déployer au sein d'une équipe, en commençant par la profession d'infirmier avec, aussi la mise en œuvre de nouvelles modalités d'exercice et de collaboration entre médecins et professionnels paramédicaux initiées dans de nombreux pays, ainsi qu'une tendance progressive visant à encourager les coopérations entre professionnels de santé intensifiée ces dernières années au sein du système de santé français.

Elle identifie des compétences, relevant réglementairement du champ médical, des connaissances et des modalités de travail interprofessionnelles nécessaires pour pratiquer des soins de santé à un niveau avancé par rapport aux compétences reconnues à un métier socle.

Elle est fondatrice d'une nouvelle forme d'exercice et donc d'une approche complémentaire et non substitutive aux réflexions sur les décrets d'actes comme aux démarches relatives aux protocoles de coopération (article 51). <sup>[annexe 4]</sup>

La priorité est donnée à la pratique avancée infirmière en raison du nombre important de professionnels intégrés dans les équipes de soins, du rôle pivot qu'ils assurent dans la prise en charge globale du patient, et d'une approche déjà expérimentée par certains professionnels infirmiers dans leur relation avec les équipes médicales.

La loi 2016 est une étape essentielle, car fortement symbolique et fondatrice.

Un comité de pilotage spécifique a été mis en place par le ministère de la Santé afin de rédiger les textes d'applications de cet article. L'Ordre national des infirmiers, en vue de préparer sa contribution à ce groupe de travail, a sollicité un groupe national d'experts dans le champ de la pratique avancée infirmière. La mission confiée à ce groupe consistait à développer un référentiel d'activités et de compétences relatif à la pratique avancée infirmière en France, basé sur une méthode Delphi <sup>[106]</sup> impliquant plusieurs experts du sujet, ce référentiel pouvant servir de base à l'élaboration d'un référentiel de formation, utilisable par les universités souhaitant former des infirmiers de pratique avancée en application des dispositions prévues par la loi. Afin de compléter la revue de la littérature internationale réalisée sur le sujet, ce groupe d'experts a formulé ses recommandations et ainsi identifié de manière prospective les activités et compétences attendues d'un infirmier de pratique avancée en France. Prenant pour assise le référentiel de compétences de l'infirmier généraliste, les compétences et activités proposées visent à répondre aux besoins en santé de la population actuellement non couverts ou insuffisamment couverts. Elles mettent notamment en exergue l'expertise clinique, la pratique fondée sur les données probantes, le leadership clinique et l'autonomie dans l'exercice professionnel. Quelques exemples d'activités ont été insérés afin de mieux cerner les contours de ce nouveau métier. Ces recommandations s'inscrivent dans une volonté de promouvoir en France l'utilisation des données probantes dans les décisions de politique publique (*evidence-based policy*).

Le 19 juillet 2018, la parution au JO de deux décrets et de trois arrêtés faisant suite à la loi de modernisation de 2016, officialisent l'exercice infirmier en pratique, nouvelle voie d'évolution et d'expertise pour la profession.

Cinq textes réglementaires (deux décrets et trois arrêtés émanant du Ministère des Solidarités et de la Santé et du Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation) spécifient à présent et encadrent réglementairement l'exercice infirmier en pratique avancée.

Ces cinq textes réglementaires officialisant l'exercice infirmier en pratique avancée représentent les premières bases, solides, d'un nouveau métier riche de nouvelles perspectives et reconnaissant une expertise infirmière porteuse d'avenir pour le système de soins dans son entier.

Les trois textes administratifs et exécutoires relatifs aux périmètres de compétences et aux conditions d'exercice de l'IPA sont :

- le décret n°2018–629 du 18 juillet 2018 <sup>[annexe 6]</sup> relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée : repris par l'article R.4301–3 du Code de la santé publique, il définit les domaines d'intervention et les activités de l'infirmier exerçant en pratique avancée. Il précise les conditions de prise en charge et d'information du patient, ainsi que les modalités de coopération entre l'infirmier exerçant en pratique avancée et le médecin, ainsi que la contribution de l'infirmier exerçant en pratique avancée au sein de l'équipe.

Il précise les activités, actes et prescriptions que la pratique avancée recouvre pour l'infirmier concerné, conformément aux domaines d'intervention définis au Code de la santé publique, inscrits dans le diplôme de l'intéressé et dans les conditions prévues à l'article D.4301–8.

- l'arrêté du 18 juillet 2018 <sup>[annexe 8]</sup> fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R.4301–3 du Code de santé publique

- l'arrêté du 18 juillet 2018 <sup>[annexe 7]</sup> fixant la liste des pathologies chroniques stabilisées prévue à l'article R.4301–2 du Code de la santé publique

Ces textes posent les cadres structurants de l'exercice en pratique avancée dans le cadre du parcours de soins des patients et du travail en équipe.

Ils précisent :

- les domaines d'intervention (retranscrits à l'article R.4301–2 du Code de la santé publique <sup>[annexe 7]</sup>), trois dans un premier temps (mais très vraisemblablement appelés à être enrichis), ouverts à la pratique avancée infirmière

- l'ensemble des activités qu'un IPA est autorisé à réaliser dans le cadre de la prise en charge des patients qui lui seront confiés

- les règles de collaboration et de fonctionnement qui doivent être collectivement déterminées dans le cadre du travail en équipe

- les modalités d'information des patients

- les conditions d'exercice préalable en tant qu'IDE pour être autorisé à exercer en pratique avancée (3 ans)

Ce sont ces dispositions qui définissent le cadre de l'autonomie (relative) reconnue à l'IPA dans le suivi des patients au regard du champ de responsabilité attribué et des compétences acquises par la formation suivie.

Les deux textes administratifs et exécutoires relatifs à la formation de l'IPA sont :

- le décret n°2018–633 du 18 juillet 2018 <sup>[annexe 9]</sup> relatif au diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée

- l'arrêté du 18 juillet 2018 <sup>[annexe 10]</sup> relatif au régime des études en vue du diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée <sup>[107]</sup>

Ces textes définissent les conditions de délivrance de la formation universitaire permettant l'obtention d'un diplôme d'État valant grade master, ainsi que, sur la base du référentiel d'activités et de compétences de l'IPA, abordé par domaines d'intervention, le référentiel formation qui en découle.

Ils précisent :

- la nature du diplôme nécessaire à l'exercice : un diplôme d'État en pratique avancée précisant la mention choisie et reconnu au grade universitaire de master
- les modalités d'accès (sélection sur dossier par les universités) et la structure de la formation
- la possibilité de reconnaissance des acquis de l'expérience ou validation des études supérieures permettant, pour certains professionnels, un allègement de la formation à suivre
- les dispositions relatives aux dossiers d'accréditation des établissements d'enseignement supérieur
- les référentiels d'activités, de compétences et de formation, adaptés aux domaines d'activités et aux « mentions » des diplômes
- l'organisation des stages, les modalités de contrôle des connaissances et le mémoire

Ce sont ces dispositions qui garantissent les compétences attendues de l'IPA dans son domaine d'intervention.

Le décret semble dessiner un équilibre. Les IPA seront en charge du suivi des patients avec des maladies stabilisées, une fois qu'un médecin aura posé un diagnostic et décidé d'une prise en charge. Le périmètre retenu comprend la cancérologie (où la pratique est courante), la maladie rénale chronique (dialyse, transplantation rénale), et les « pathologies chroniques stabilisées » en soins de ville, dont la liste est précisée par arrêté. La santé mentale, initialement envisagée, n'a pour l'heure pas été retenue.

Dans le cadre d'un protocole signé par un médecin, les IPA pourront suivre les patients, procéder à des examens cliniques et des actes techniques, renouveler des ordonnances et prescrire des examens complémentaires. « Les infirmiers réadresseront leurs patients au médecin lorsque les limites de leurs champs de compétences seront atteintes », précisent les ministères de la Santé et de l'Enseignement supérieur, dans un communiqué commun. Le patient aura bien sûr son mot à dire.

Agnès BUZIN l'avait souligné en juillet 2018 : « l'entrée en formation en septembre des premiers étudiants dans près d'une dizaine d'universités est une réalité. L'exercice par des professionnels paramédicaux de compétences habituellement dévolues aux médecins constitue une innovation majeure qui facilitera l'accès aux soins pour certains patients atteints de pathologies chroniques ». <sup>[108]</sup>

Le Premier Ministre, comme la Ministre des solidarités et de la santé, avaient exprimé quelques mois auparavant, lors de la présentation du plan pour l'égal accès aux soins dans les territoires, le 13 octobre 2017, leurs importantes attentes vis-à-vis de cette évolution de la pratique soignante et de la prise en charge des patients. <sup>[109]</sup>

La Ministre des solidarités et de la santé, lors d'une question écrite du 31 mai 2018 par le sénateur M. Michel AMIEL (question n°05334) <sup>[110]</sup> concernant le lancement affiché par le Ministère d'une consultation sur la formation des professionnels de santé dans la droite ligne d'une réflexion sur la coopération non seulement entre professionnels de santé mais aussi du décloisonnement ville/hôpital, a précisé, le 7 juin suivant, que « sur les bases définies par cet article 119, le développement de la pratique avancée permettra à des professionnels de santé non médicaux de se voir confier des responsabilités élargies par rapport à leur métier socle ».

La Ministre avait également précisé que, s'agissant des professionnels infirmiers ayant auparavant obtenu un diplôme universitaire de « de pratique avancée », un dispositif spécifique de reconnaissance serait mis en place, et que ces professionnels pourraient exercer en tant qu'infirmier en pratique avancée après leur équivalence de diplôme.

En ce 19 juillet 2018, la parution au JO de ces deux décrets et trois arrêtés officialisent donc l'exercice infirmier en pratique avancée, nouvelle voie d'évolution et d'expertise pour la profession.

#### **IV.2.2.2. L'infirmier de pratique avancée**

La loi 2016–41 du 26 janvier 2016 et les textes d'application publiés le 19 juillet 2018, ont instauré la création du nouveau diplôme d'État d'infirmiers de pratique avancée. Ce texte fondateur marque la naissance d'un nouveau statut d'infirmière et faisant de l'évolution proposée de profession existante d'infirmier, un nouveau métier. Ces infirmiers de pratique avancée pourront participer à la prise en charge globale des patients, dans le respect du parcours de soins coordonné par un médecin, conformément aux dispositions du décret n°2018–629 du 18 juillet 2018 <sup>[annexe 6]</sup>, après avoir reçu la formation adéquate conduisant au diplôme de pratique avancée suivant les dispositions du décret n°2018–633 de même date inséré au Code de l'éducation. <sup>[annexe 9]</sup>

La création du statut d'infirmier de pratique avancée marque une évolution majeure dans l'organisation traditionnelle des compétences des professions de santé. L'ambition du Ministère des solidarités et de la santé est d'en faire « l'un des leviers de la rénovation du système de santé français ».

La place attendue de l'IPA au sein du système de santé français consiste notamment à améliorer la qualité des soins, améliorer la prise en charge des patients atteints de maladie chroniques, favoriser l'accès aux soins et réduire des coûts liés aux dépenses de santé.

La loi propose un nouveau statut d'infirmier avec des responsabilités et des compétences accrues, positionné entre les médecins et les infirmiers. Ce nouveau statut pour les infirmiers (grande nouveauté du texte) était très attendu par la communauté infirmière dans son ensemble et en particulier par le GIC RÉPASI (Réseau de la pratique avancée en soins infirmiers). <sup>[111]</sup> Cette redéfinition de la frontière entre médecins et infirmiers consolide l'idée que l'avenir appartient à une collaboration encore plus étroite entre les différents corps de métiers de la santé.

L'infirmier en pratique avancée est en effet un « professionnel paramédical justifiant d'une solide expérience clinique, ayant acquis des connaissances théoriques approfondies et

capable d'un raisonnement d'expert », écrit Mélodie Fortier. <sup>[112]</sup> La pratique avancée permet, poursuit-elle, « de faire évoluer les compétences des professionnels paramédicaux pour s'adapter aux nouveaux besoins des patients, tout en dégagant du temps pour les médecins ». Elle constitue « une approche particulière du patient, appréhendé dans sa dimension bio-psycho-sociale et placé dans une position de partenaire du personnel soignant ».

Par ailleurs, le statut ouvre aux infirmiers diplômés d'État des perspectives de carrière inédites, au sein d'une équipe de soins, dans un établissement de santé.

L'infirmier en pratique avancée constitue un nouveau métier ou plus exactement l'évolution d'un métier existant.

À cet effet, une Fiche métier, dont l'IPA fait publiquement l'objet, a été publiée le 24 juillet 2018 : « Infirmier ou infirmière diplômé(e) d'État ou certifié(e), l'IPA dispose des connaissances théoriques, du savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes et des compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de son métier ». <sup>[113]</sup>

À l'interface de l'exercice infirmier et de l'exercice médical, les infirmiers en pratique avancée disposent de compétences élargies par rapport à celles de l'infirmier diplômé d'État. Ils peuvent ainsi réaliser des actes réservés habituellement aux médecins, tels que la prescription d'examens complémentaires et de prévention ou encore le renouvellement de certaines prescriptions médicales.

Experts dans un domaine précis, ces professionnels paramédicaux ont également la responsabilité du suivi régulier des patients pour leurs pathologies. Ils peuvent également renvoyer leurs patients au médecin lorsque les limites de leur champ de compétences sont atteintes.

Les compétences nécessaires pour devenir infirmier en pratique avancée sont : organisation et disponibilité, grande vigilance, rigueur, sens relationnel, gestion du stress et de la fatigue, patience, réactivité et rapidité, et autonomie.

Le niveau master est exigé pour devenir infirmier en pratique avancée.

À partir de la rentrée 2018, un nouveau diplôme d'État reconnu au grade de master sera délivré à l'issue d'une formation universitaire de deux ans préparée dans une dizaine d'universités.

Les IPA peuvent travailler dans un établissement de santé, un établissement médico-social ou dans un hôpital des armées, au sein d'une équipe de soins coordonnée par un médecin.

En ce qui concerne la rémunération de ces professionnels infirmiers bac+5 (master), elle n'est pas abordée dans les textes réglementaires. Agnès BUZYN et Frédérique VIDAL soulignent, par communiqué, que « cette nouvelle pratique et ces nouvelles compétences bénéficieront d'une reconnaissance en termes de statut et de rémunération, aussi bien dans le cadre de la fonction publique hospitalière, qu'au sein des équipes de soins primaires ». <sup>[108]</sup>

Le salaire d'un infirmier d'Infirmier en pratique avancée n'a, semble-t-il, pas encore été rendu public à ce jour.

Le métier d'IPA se caractérise par le fait que des professionnels paramédicaux (ici, des infirmiers) vont pouvoir exercer des missions et des compétences plus poussées, jusque-là dévolues aux seuls médecins.

En initiant la pratique avancée, le gouvernement a eu pour ambition de « réorganiser les pratiques en définissant de nouvelles règles de partage entre professionnels de santé », et d'insérer, dans la chaîne de compétences des professions de santé, le maillon manquant que constituent les professions intermédiaires. L'objectif : « offrir de nouveaux services à la population et améliorer la qualité du processus de soins dans un contexte d'une nécessaire structuration de l'offre de soins ambulatoire ». Cette décision s'inscrivait dans la continuité des réflexions sur la coopération entre professionnels de santé datant des années 1980, approfondies par la suite dans les rapports du Pr. BERLAND <sup>[66]</sup>, puis par le dispositif expérimental ASALEE créé en 2004. <sup>[annexe 15]</sup> Elle prenait place aussi dans un contexte international porteur, marqué par de nombreux retours d'expériences plutôt positifs dans plus d'une vingtaine de pays.

L'IPA pourra exercer en pratique avancée <sup>[annexe 12]</sup> :

- au sein d'une équipe de soins primaires coordonnée par le médecin traitant ou d'une équipe de soins d'un centre médical du service de santé des armées coordonnée par un médecin des armées
- au sein d'une équipe de soins en établissements de santé, en établissements médico-sociaux ou en hôpitaux des armées coordonnée par un médecin
- en assistance d'un médecin spécialiste, hors soins primaires, en pratique ambulatoire

Grâce à la pratique avancée, l'IPA renforcera son analyse plus fine et plus précise, sa méthodologie, plus rigoureuse, son autonomie, sa pratique qui mobilisera plus d'outils, ainsi que ses choix davantage argumentés vis-à-vis du médecin.

L'IPA peut exercer en milieu rural, soit en libéral, soit en maison de santé en collaboration étroite avec le médecin (santé primaire) ; il peut aussi évoluer au sein d'un hôpital en tant que « professionnel ressources » pour apporter une expertise souhaitée par un service ou en proposant des consultations. De même, ses connaissances et compétences en terme de qualité des soins lui permettent aussi d'exercer dans un service qualité au sein d'un établissement de santé.

Le Ministère de la santé l'avait précisé lors du Salon infirmier 2014 <sup>[114]</sup> : « en premier lieu, c'est le métier qui est exercé en pratique avancée (d'où le terme au singulier même s'il n'est pas tout le temps respecté), et non un champ disciplinaire ». Le métier infirmier (ou rôle) en pratique avancée ne doit pas se penser en actes, mais d'avantage en missions, voire activités, qui sont prévues dans un champ dérogatoire à l'activité courante infirmière. Ainsi, il est préférable d'éviter la notion « d'exclusivité d'actes » pour les IPA au profit de « champ élargi de compétences ».

Dans le cadre de son travail sur la réingénierie des diplômes délivrés par le Ministère en charge de la santé, la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS), devenue Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), définit la notion de « métier » comme suit : « Le métier est un ensemble cohérent d'activités professionnelles, regroupant des emplois pour lesquels il existe une identité ou une forte proximité de compétences, ce qui en permet l'étude et le traitement de façon globale et unique. Le métier est situé dans une famille professionnelle et une seule. Une personne, à un moment donné de sa vie professionnelle, est positionnée sur un métier et un seul ». <sup>[1]</sup>

« Le métier est distinct du poste, qui est lié à la structure ou à l'organigramme, du statut, qui ne dit rien des compétences, de la qualification, même si celle-ci est requise, du diplôme ».

La pratique avancée « en soins infirmiers » est résolument ancrée dans le cœur du métier infirmier, elle doit en partager les valeurs et en adopte les cadres de référence.

L'infirmier de pratique avancée a un champ d'intervention maîtrisé, un champ de compétences élargi (la loi de modernisation de notre système de santé parle « d'élargir les compétences de certaines professions au service des grandes priorités de santé publique ») et de nouvelles responsabilités (dont certaines restent encore aujourd'hui, difficiles à anticiper).

L'IPA se distingue des infirmiers en soins généraux engagés dans un protocole de coopération au titre de l'article 51 de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 <sup>[annexe 4]</sup> portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ou du dispositif ASALEE <sup>[annexe 15]</sup>, par son champ de compétences élargi et une plus grande autonomie.

À l'interface de l'exercice infirmier et de l'exercice médical et suivant le décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée retranscrit à l'article R.4301-1 du Code de la santé publique : « l'infirmier exerçant en pratique avancée dispose de compétences élargies, par rapport à celles de l'infirmier diplômé d'État, validées par le diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée délivré par les universités dans les conditions définies aux articles D.636-73 à D.636-81 du Code de l'éducation ». <sup>[annexe 6]</sup>

L'IPA, infirmier expérimenté qui a obtenu son diplôme d'État d'IPA et dont les compétences acquises relèvent réglementairement et exclusivement du champ médical, se voit reconnaître un certain nombre de compétences spécifiques.

Les champs d'intervention de l'IPA prévus légalement (article R.4301-2 du Code de la santé publique) sont élargis mais maîtrisés, et sont au nombre de trois ... (pour commencer!) : l'oncologie (avec l'hémo-oncologie), la maladie rénale chronique (dialyse / transplantation rénale) et les pathologies chroniques stabilisées (avec prévention et polyopathologies courantes en soins primaires) telles que l'accident vasculaire cérébral, l'artériopathie chronique, la cardiopathie, la maladie coronaire, le diabète de type 1 et 2, l'insuffisance respiratoire chronique, la maladie d'Alzheimer et autres démences, la maladie de Parkinson, l'épilepsie. <sup>[annexe 7]</sup>

Ces champs d'intervention devraient être élargis « dans un second temps » à la santé mentale et la psychiatrie, précise le conseil national de l'ordre des médecins.

Si l'IPA se voit reconnaître des compétences élargies, c'est seulement dans l'un des trois domaines d'intervention sur lequel porte son diplôme. Si l'on prend l'exemple des actes autorisés sans prescription médicale dans le cadre de la pratique avancée, ils y restent soumis dès lors que la prise en charge n'entre pas dans le cadre du domaine d'intervention de pratique avancée. La vigilance s'impose donc pour ne pas perdre de vue l'étendue du champ de

compétences de l'IPA, pour les patients pris en charge en pratique avancée comme pour les autres. Cette réflexion vaut également pour le médecin, qui doit prendre garde à ne pas confier à l'IPA des tâches excédant ses compétences.

Par ailleurs, certains des actes autorisés « sur prescription médicale » de l'article R.4311-7 du Code de la santé publique (qui liste les actes que l'infirmier ne peut en principe réaliser que sur prescription médicale ou protocole) pourront être effectués sans prescription médicale par un IPA comme par exemple : prélèvement sanguin, recueil aseptique des urines, pose de bandes de contention, branchement, surveillance et débranchement d'une dialyse rénale, péritonéale ou d'un circuit d'échanges plasmatique, ... <sup>[115]</sup>

Le professionnel agissant dans le cadre de la pratique avancée est responsable des actes qu'il réalise dans ce cadre. La traçabilité étant au cœur du système, l'IPA peut engager sa responsabilité s'il n'y veille pas suffisamment.

L'infirmier en pratique avancée exerce ses compétences en tant qu'acteur intermédiaire, à mi-chemin entre l'infirmier et le médecin, à la frontière entre le paramédical, le social et le champ médical proprement dit. « Il participe à la prise en charge globale des patients dont le suivi lui est confié par un médecin, conformément aux dispositions de l'article L.4301-1 du présent code. La conduite diagnostique et les choix thérapeutiques sont définis par ce médecin et mis en œuvre dans les conditions définies au présent article, ainsi qu'aux articles R.4301-2 à R.4301-7 et D.4301-8. <sup>[annexe 6]</sup>

L'IPA travaille au sein d'une équipe de soins, ambulatoire ou hospitalière, exerçant dans une forme innovante qui valorise le travail en équipe pluriprofessionnelle sur la base d'un protocole d'organisation établi pour préciser les modalités de leur travail en commun.

Expert dans un domaine précis, ce professionnel paramédical a la responsabilité du suivi régulier des patients pour leurs pathologies, patients qui lui ont été confiés par un médecin avec leur accord. Il voit régulièrement ce dernier pour le suivi de sa pathologie en fonction des conditions prévues par l'équipe. Il peut conduire un entretien avec le patient qui lui est confié, effectuer une anamnèse de sa situation et procéder à son examen clinique.

Il peut également :

- conduire toute activité d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage qu'il juge nécessaire
- effectuer tout acte d'évaluation et de conclusion clinique ou tout acte de surveillance clinique et paraclinique, consistant à adapter le suivi du patient en fonction des résultats des actes techniques ou des examens complémentaires ou de l'environnement global du patient ou reposant sur l'évaluation de l'adhésion et des capacités d'adaptation du patient à son traitement ou sur l'évaluation des risques liés aux traitements médicamenteux et non-médicamenteux. À noter que pour autant, à aucun moment, le mot « consultation » n'est employé dans les textes pour qualifier cette démarche. Il n'est pas exclu que ce point pose des problèmes d'interprétation dans le cadre d'un litige, au stade de l'expertise.
- effectuer des actes techniques figurant dans une liste fixée par arrêté et « demander » (et non les prescrire lui-même) un certain nombre d'actes de suivi et de prévention. Aucune précision n'est apportée sur le contexte et les formes de cette demande, dont la traçabilité doit être soignée

- effectuer des actes de suivi et de prévention spécifiques aux pathologies surveillées également fixés par arrêté
- prescrire des médicaments et certains dispositifs médicaux non soumis à prescription médicale obligatoire ainsi que des examens de biologie médicale spécifiques aux pathologies suivies, et renouveler, en les adaptant si besoin, les prescriptions médicales à partir d'une procédure écrite établie par le médecin
- renouveler ou adapter des prescriptions médicales

Ces actes, dispositifs et prescriptions sont fixés par l'arrêté du 18 juillet 2018. <sup>[annexe 8]</sup>

L'infirmier de pratique avancée contribue à l'analyse et à l'évaluation des pratiques professionnelles infirmières et à leur amélioration, ainsi qu'à la diffusion de données probantes et à leur appropriation. Il participe à l'évaluation des besoins en formation de l'équipe et à l'élaboration des actions de formation et contribue à la production de connaissances en participant aux travaux de recherche relatifs à l'exercice infirmier.

En fait, quatre champs de compétences complémentaires se voient concernés :

- la pratique clinique, correspondant à la proximité avec le patient et ses proches. « La compétence centrale de l'IPA est vraiment axée sur la pratique clinique directe » (Ann HAMRIC)
- la consultation (le coaching – la guidance auprès des pairs, des patients et familles), où d'autres professionnels peuvent solliciter son intervention et son expertise sur les situations complexes rencontrées
- la formation, car les IPA sont vecteurs de développement professionnel continu et de recherches perpétuelles au cœur de la pratique et du terrain : contribution à la formation des soignants (compétences en formation / enseignement)
- la recherche, car cette profession intermédiaire se trouve entre le monde de la recherche et celui de la pratique, permettant de transmettre les problèmes identifiés sur le terrain aux chercheurs pour la production de nouveaux savoirs : intégration des résultats de recherche par l'utilisation de l'EBN (l'IPA participe à des projets de recherche, et à la diffusion des nouvelles connaissances théoriques et techniques des infirmières basé sur les données probantes : Evidence Based Nursing (EBN) et Evidence Based Practice (EBP) pour optimiser les soins aux patients).

En fait, l'infirmière de pratique avancée a une certaine autonomie, mais dans un cadre défini puisque son domaine d'intervention de l'IPA est circonscrit par le protocole d'organisation, qui doit être strictement appliqué.

Il ne s'agit pas d'un protocole infirmier, mais d'un véritable « contrat » où chacun s'engage sur des actes et des soins précis. Ce protocole n'autorise pas le recours à toutes les compétences élargies, sans distinction. En cas de litige, il ne fait pas de doute que l'expert judiciaire et le juge se pencheront sur le contenu de ce document, dont la rédaction (et la lecture avant signature) doit donc être soigneuse car elle peut engager, tant la responsabilité de l'IPA que celle du médecin.

Le protocole d'organisation est établi et signé entre le médecin et l'IPA (art. R.4301-4 du Code de la santé publique) <sup>[annexe 6]</sup> et précise :

- le périmètre (le ou les domaines) d'intervention concerné
- les modalités de prise en charge par l'IPA des patients qui lui sont confiés
- les modalités et la régularité des échanges d'information entre le médecin et l'IPA ; le tempo et le contenu des points d'étapes entre médecin et IPA
- les modalités et la régularité des réunions de concertation pluriprofessionnelle destinées à échanger sur la prise en charge des patients concernés et permettant de faire un point précis de l'évolution de la maladie du patient
- les éléments déterminant une évolution défavorable de la pathologie traitée et qui doivent conduire l'IPA à réorienter le malade vers le médecin responsable
- les conditions de retour du patient vers le médecin, notamment quand la situation dépasse le champ de compétence de l'IPA, et aux entretiens prévus par le médecin

Si le médecin choisit de déléguer certaines de ses attributions à l'infirmier en pratique avancée, il garde néanmoins le leadership (et la responsabilité ultime) du diagnostic et de la conduite du projet thérapeutique.

Pour prendre un cas pratique, un médecin pourra proposer à un patient diabétique de type II stabilisé de faire suivre sa pathologie par un IPA de l'équipe de soins formé dans le domaine des maladies chroniques. Si le patient accepte, le médecin remplira alors une fiche de transmission. Celle-ci formalisera toutes les préconisations du médecin et précisera le délai au terme duquel il souhaite revoir le patient en l'absence d'aléa de santé.

L'IPA prendra ensuite le relais du médecin et accompagnera le patient tout au long de son parcours. « L'infirmier pourra lui donner des conseils thérapeutiques ou sur son hygiène de vie et prendre les rendez-vous habituels avec l'ophtalmologiste ou le cardiologue. Le cas échéant, il lui prescrira également des analyses biologiques de type HbA1c, renouvellera les médicaments prescrits par le médecin et pourra en adapter la dose en fonction des résultats. Mais il ne pourra en aucun cas initier de primo prescription et, à la moindre dégradation de son état, ou événement intercurrent, il devra réadresser le patient à son médecin. »

Le partage d'informations doit, en fait, être au cœur du système pour que celui-ci fonctionne correctement. C'est un point essentiel pour l'efficacité de cette collaboration. Le médecin et l'infirmier exerçant en pratique avancée partagent les informations nécessaires au suivi du patient dans le cadre de la loi. <sup>[annexe 12]</sup>

Le suivi du malade doit être tracé sur un support accessible à tous les acteurs, et partout.

Le médecin et l'infirmier exerçant en pratique avancée partagent les informations nécessaires au suivi du patient. Le médecin met à la disposition de l'IPA le dossier médical du patient. Les résultats des interventions de l'infirmier exerçant en pratique avancée sont reportés dans le dossier médical et le médecin en est tenu informé. La transmission de ces informations se fait par des moyens de communication sécurisés. <sup>[annexe 12]</sup>

Le médecin, après concertation avec l'IPA, détermine les patients auxquels un suivi par l'IPA sera proposé. Cette décision est prise après examen du dossier médical du patient et en référence aux compétences attestées par le diplôme d'État de l'infirmier en pratique avancée, délivré par l'université.

Le médecin informe le patient des modalités organisationnelles prévues pour sa prise en charge par l'IPA et mises en œuvre pour le bon suivi de sa maladie via la remise d'un document prévu en annexe du protocole d'organisation, qui précise la composition de l'équipe, la fréquence à laquelle le médecin le reverra en consultation, le droit de refus par le patient d'être suivi par l'IPA, les conditions de retour du patient vers le médecin, notamment sur décision de l'IPA.

La décision, par le patient, de refuser son suivi par un IPA ne peut aucunement remettre en cause sa prise en charge.

« Dans le respect du parcours de soins du patient coordonné par le médecin traitant mentionné à l'article L.162-5-3 du Code de la sécurité sociale <sup>[annexe 13]</sup>, l'infirmier exerçant en pratique avancée apporte son expertise et participe, en collaboration avec l'ensemble des professionnels concourant à la prise en charge du patient, à l'organisation des parcours entre les soins de premier recours, les médecins spécialistes de premier ou deuxième recours et les établissements et services de santé ou médico-sociaux ».

Il discute du cas du patient lors des temps d'échange, de coordination et de concertation réguliers organisés avec l'équipe.

L'implication de l'IPA au niveau éthique est issue de l'expertise clinique. Il identifie et signale des problèmes éthiques. Il adopte une position de régulation dans l'équipe interdisciplinaire en recherchant dans la littérature et/ou dans les textes de loi des éléments facilitant la prise de décision. Il veille à ce que le choix du patient soit respecté (advocacy).

Il revient vers le médecin lorsque les limites de son champ de compétences sont atteintes ou dans le cas d'une dégradation de l'état de santé du patient. La difficulté pourra, certaines fois, être, pour lui, non seulement d'identifier les situations qui nécessitent de passer le relais, mais aussi d'agir rapidement pour éviter des retards de prise en charge préjudiciables.

Indépendamment du protocole proprement dit, l'IPA doit aussi tenir compte de la volonté du patient : non seulement celui-ci peut refuser la prise en charge par l'IPA, mais il peut aussi demander, en cours de prise en charge, à « revenir » vers le seul médecin. L'IPA doit donc respecter cette volonté, en toutes hypothèses.

Attention, coopération et transfert de compétences n'ont aucun rapport avec la pratique avancée infirmier même si, d'une certaine manière, notamment dans le principe et en termes d'objectifs, les protocoles de coopération initiés par la loi HPST de 2009 ont été installés pour servir la promotion des pratiques interprofessionnelles entre les professionnels de santé. Quand bien même les protocoles de coopération ne sont pas abandonnés et gardent toute raison d'être, mieux vaut, à présent, éviter toute confusion entre les deux formes de protocoles.

Rappelons que, face aux déserts médicaux, la France a inventé les « protocoles de coopérations » (art. 51 de la loi HPST) entre deux professionnels de santé (le médecin demande à l'infirmière de réaliser des actes qu'il ne veut plus faire, mais qui ne sont pas dans le « décret d'actes infirmiers », le tout gracieusement et sans formation validante). Le premier ministre a présenté le 13 octobre 2017 son plan pour lutter contre les déserts médicaux qui

fait état du développement des protocoles de coopération en même temps que de la pratique avancée. <sup>[109]</sup>

En effet, les syndicats, associations et autres représentants infirmiers sont en général méfiants, et pour certains même, vent debout contre les protocoles de coopération. Tout simplement parce que ce sont des protocoles qui permettent un transfert de tâches entre un médecin et un infirmier après une simple formation de courte durée (avec, en plus, le fait qu'une infirmière formée, ne l'est que pour son établissement et ne peut pas faire reconnaître ses nouvelles compétences ailleurs, qu'elle dépend du médecin à l'origine du protocole et que si ce dernier part, elle ne pourra plus exercer), sans parler de la revalorisation salariale quasi inexistante excepté dans de rares établissements qui acceptent de rémunérer ces compétences.

Cela dit, et puisqu'il est encore trop tôt pour avancer quelque exemple que ce soit sur l'application de la pratique de l'IPA en France, quelques exemples d'application de protocoles de coopération peuvent déjà donner un avant-goût de ce que la nouvelle réglementation vient d'apporter en matière de collaboration entre professionnels, même si le contexte est plus restrictif que le domaine accordé aux nouveaux IPA et qu'il ne convient pas, rappelons-le, de faire l'amalgame entre coopération, transfert de compétences et pratique avancée.

Le principe et l'objectif de collaboration sont malgré tout communs aux deux procédés. Le travail en équipe et l'exercice pluriprofessionnel permettent à chaque professionnel de santé d'échanger avec ses pairs, de continuer à se former et de progresser professionnellement. Cela permet aussi de libérer du temps médical en dotant les professionnels de santé de moyens d'appui administratif et d'outils informatiques.

Pour le patient, être suivi par des professionnels travaillant en équipe facilite son accès aux soins au moment où cela s'avère nécessaire. Cela lui permet de bénéficier d'une coordination des soins qui allie qualité et sécurité.

Quelques illustrations sont citées en annexe. <sup>[annexes 14, 15 et 16]</sup>

### **IV.3. Formation de l'IPA**

#### **IV.3.1. Au Québec**

Au Québec, contrairement aux autres provinces canadiennes où la formation de l'infirmière praticienne est générale, l'IPS évolue en spécialité, dès le début de sa formation. <sup>[116]</sup>

Actuellement, il existe cinq spécialités pour la pratique de l'IPS : soins aux adultes, néonatalogie, santé mentale, soins pédiatriques et soins de première ligne.

Dans un désir de faire évoluer la pratique infirmière avancée, d'autres spécialités pourront éventuellement s'ajouter à cette liste, selon les besoins et les possibilités.

L'infirmière en pratique avancée est une infirmière qui a reçu une formation et obtenu un diplôme supplémentaire (niveau master ou doctorat en sciences infirmières). Elle doit suivre des études universitaires de 2<sup>ème</sup> cycle.

L'infirmier praticien spécialisé détient un baccalauréat en sciences infirmières (3 ans avec un DEC général ou 2 ans avec DEC en soins infirmiers), une maîtrise en sciences infirmières (2 ans) et un DESS dans un domaine spécialisé (1 an).

L'IPS doit détenir une formation de 2<sup>ème</sup> cycle dans la spécialité qu'il a choisie. Au Québec, les programmes sont offerts dans 5 universités : l'université de Montréal, l'université de Sherbrooke, l'université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT), l'université de Laval et l'université anglophone McGill. Pour obtenir le droit de pratique, l'IPS doit également réussir un examen de l'Ordre des Infirmiers et Infirmiers du Québec (OIIQ).

Afin d'entreprendre des études dans le programme d'IPS, la candidate doit détenir un grade de bachelier en sciences infirmières et avoir pratiqué, comme infirmière, dans le domaine d'étude choisi pendant au moins 2 ans à temps complet (soit 3360 heures dont 1600 auprès de la patientèle visée par la spécialité choisie).

Par la suite, la candidate entreprend une formation universitaire de 2<sup>ème</sup> cycle. Elle obtient une maîtrise en sciences infirmières option pratique avancée et un diplôme complémentaire en sciences médicales selon l'option choisie (cardiologie, néonatalogie, néphrologie ou soins de première ligne). Le programme intensif, d'une durée de deux ans, incluant des sessions d'été, débute par une formation théorique d'une année et demie et se termine par un stage de 950 heures (6 à 8 mois). Contrairement aux autres provinces canadiennes où sa formation est générale, l'IPS du Québec évolue en spécialités dès le début de son parcours.

Suite à l'adoption d'une nouvelle réglementation au cours de l'année 2017, la profession comptera d'autres spécialités, notamment en soins aux adultes, en pédiatrie et en santé mentale. Il est important de noter que l'IPS a déjà une expérience clinique avant d'entreprendre sa formation en spécialité. Ce parcours permet à l'étudiante de se concentrer sur les notions de pratique infirmière avancée et le volet spécifique à la patientèle visée par sa spécialité. Cette base est un atout indéniable pour l'acquisition des compétences en pratique infirmière avancée et médicale au cours de sa formation de 2<sup>ème</sup> cycle.

Plusieurs universités québécoises offrent des programmes de formation pour l'IPS en fonction des spécialités. Le tableau évoquant un résumé de la formation universitaire pour les infirmières est situé en annexe. <sup>[annexe 17]</sup>

Une fois la formation terminée, le candidat doit se soumettre à un examen de certification sous la supervision conjointe de l'Ordre des Infirmières et Infirmier du Québec (OIIQ) et du Collège des Médecins du Québec (CMQ). <sup>[17]</sup> L'examen comporte trois volets : évaluation orale structurée (EOS), puis examen clinique objectif structuré (ECOS). La réussite de l'examen mène à l'obtention du certificat de spécialiste délivré par l'OIIQ qui permet l'utilisation du titre réservé d'infirmière praticienne spécialisée (IPS).

Le nombre d'examens de certification annuel dépend du nombre de candidats éligibles. Le certificat de spécialiste est un document émis par l'ordre professionnel reconnaissant à un membre de cet ordre le statut de spécialiste dans une classe de spécialité définie par l'ordre. À cet égard, le Code des professions permet aux ordres professionnels de définir, par règlement, des classes de spécialité au sein de la profession, ainsi que les conditions requises pour obtenir le certificat de spécialiste dans chaque spécialité. Ces classes de spécialités doivent s'inscrire dans le champ d'exercice de la profession.

La certification de spécialiste exige l'acquisition de connaissances approfondies dans un domaine particulier de la discipline professionnelle. Elle apporte une valeur ajoutée à l'offre de soins tout en assurant la protection du public. Elle atteste que le titulaire du certificat de spécialiste a acquis les connaissances et les habiletés additionnelles requises pour porter le titre de spécialiste dans un domaine particulier. À cet égard, elle permet à la population d'identifier quel professionnel est spécialiste dans tel domaine. Ainsi, seule l'infirmière qui détient un certificat de spécialiste peut s'attribuer le titre de spécialiste. Actuellement, les classes de spécialités reconnues au sein de la profession infirmière sont celles d'infirmière clinicienne spécialisée en prévention et contrôle des infections et celles d'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie, en néonatalogie, en néphrologie et en soins de première ligne.

En matière de financement de la formation IPS, un « Cadre de soutien financier pour le programme d'infirmière praticienne spécialisée » a été mis en place en 2010 et révisé en janvier 2018 (publication du Ministère de la Santé et des Services Sociaux). <sup>[118]</sup>

Le programme d'intéressement pour l'implantation du rôle de l'infirmière praticienne spécialisée vise à faciliter l'intégration des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) dans le réseau de la santé et des services sociaux. <sup>[119]</sup> Ainsi, le MSSS offre aux infirmières cliniciennes qui aspirent à devenir IPS un soutien durant leur période de formation par l'intermédiaire d'un programme de bourses. Le programme aide aussi les infirmières vivant dans des régions éloignées désirant devenir IPS et n'ayant pas accès à une université dans leur région immédiate, en leur octroyant une aide additionnelle.

La formation de 1<sup>er</sup> cycle permet à l'infirmière clinicienne, après l'obtention d'une attestation de formation, de prescrire différents produits et examens de laboratoire.

Pour obtenir un certificat de spécialiste d'infirmière clinicienne spécialisée en prévention et contrôle des infections, l'infirmière doit répondre à l'une ou l'autre des deux conditions suivantes :

- détenir un diplôme reconnu par le gouvernement pour cette spécialité, soit le DESS en prévention et contrôle des infections de l'Université de Montréal, soit le Diplôme de 2<sup>e</sup> cycle en prévention et contrôle des infections de l'Université de Sherbrooke
- ou avoir obtenu une équivalence de diplôme (pour les candidats de l'extérieur du Québec) ou une équivalence de la formation

Selon la réglementation applicable à cette spécialité, le programme de formation universitaire de 2<sup>e</sup> cycle (30 crédits) dans le domaine de la PCI comprend minimalement 700 heures.

Selon les plus récentes données de l'OIIQ, soit le 15 mai 2017, on répertoriait 657 IPS au Québec dont 410 sont certifiées et 247 sont étudiantes ou en attente de procéder à leur examen de certification. <sup>[120]</sup>

Paradoxalement, les IPS du Québec reçoivent la formation académique la plus poussée au Canada. En effet, celle-ci comporte davantage d'heures de formation sur les plans théorique et clinique (stage).

Parmi les gains obtenus, l'AIPSQ souligne une plus grande autonomie et flexibilité dans la prescription de médicaments, de tests diagnostiques et d'imagerie médicale (échographie, radiographie), grâce à l'abolition des listes préétablies. La possibilité d'amorcer le traitement, auprès des personnes qui souffrent des problèmes de santé chroniques suivants que sont le diabète, l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, l'asthme, les maladies pulmonaires obstructives chroniques et l'hypothyroïdie, rendra de grands services à la population.

Les enjeux répertoriés afin de justifier la lenteur du déploiement de ce rôle font état de difficultés au niveau de la planification des effectifs, du financement, de la pérennité des programmes de formation et des conditions de travail associées à ce domaine d'exercice <sup>[20]</sup>. En réponse à ces enjeux, il convient de se donner des stratégies permettant de bien situer le rôle des IPS, mais aussi celui des ICS afin de reconnaître les fondements qu'elles partagent et les éléments qui les distinguent dans une perspective intra- et interprofessionnelle.

S'appuyant sur un énoncé de position émis par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (2009), l'ICS se définit pour sa part, comme « une infirmière autorisée qui détient une maîtrise ou un doctorat en sciences infirmières et qui a de l'expertise dans une spécialité des soins infirmiers cliniques ». Elle exerce aussi un rôle qui inclut des aspects liés à la pratique, à la consultation, à l'éducation, à la recherche et au leadership. À la différence de l'IPS, les règlements qui encadrent sa pratique sont les mêmes que ceux qui s'appliquent aux autres infirmières. Ainsi, bien qu'il soit admis que les ICS puissent développer une expertise particulière, aucun titre de spécialité reconnu légalement n'est actuellement associé à l'exercice de leurs fonctions. Il est toutefois prévu qu'un titre de spécialité en prévention et contrôle des infections avec une certification officielle soit prochainement reconnu par l'OIIQ et des travaux se poursuivent pour la reconnaissance d'une spécialité en santé mentale (S. DURAND). <sup>[121]</sup> De manière générale, il ressort que les ICS ont davantage de responsabilités au niveau de l'éducation, de la recherche, du leadership organisationnel et du développement de la pratique professionnelle, alors que les IPS sont davantage impliquées dans les soins directs. <sup>[122]</sup>

Au Québec, l'émergence du rôle d'ICS a suivi le développement des programmes de 2<sup>ème</sup> cycle en sciences infirmières.

Alors que la diversification et la spécialisation impliquent une expansion intra-disciplinaire des frontières professionnelles, la substitution verticale ou horizontale implique un mouvement interdisciplinaire. Ainsi, on comprend que le rôle de l'IPS découle d'une substitution verticale qui implique l'extension du rôle infirmier par l'inclusion d'activités qui relèvent traditionnellement du champ médical. Son étendue de pratique se trouve ainsi modifiée, mais étant donnée la différence de pouvoir associée aux champs d'exercice médicaux et infirmiers, l'IPS est à risque de se retrouver « techniquement subordonnée » aux médecins, même si elle gagne en autonomie. En utilisant cette stratégie pour situer le rôle de l'IPS, on comprend alors que pour qu'il en soit autrement, la manière dont le service est offert doit s'appuyer sur une conception infirmière, même si les connaissances utilisées relèvent à la fois du domaine médical et infirmier. <sup>[123]</sup> Il est aussi à remarquer qu'en contexte québécois, quatre domaines de spécialité clinique (néonatalogie, cardiologie, néphrologie et première

ligne) ont été reconnus par ce mouvement de substitution verticale. Ce développement marque un gain important au niveau de l'évolution de la pratique infirmière avancée puisqu'il implique une légitimité quant à ces domaines de spécialisation. <sup>[124]</sup> Pour maintenir ces acquis, il importe que ces services spécialisés continuent d'être en demande, que les IPS soient suffisamment en contrôle de leur rôle en pratique et qu'elles maintiennent une concurrence appréciable en matière de coût, de qualité ou de valeur ajoutée. <sup>[125]</sup>

Du côté du rôle des ICS, cette même approche stratégique nous permet de comprendre que la situation est fort différente et qu'elle n'implique pas le même stade de développement en matière de pratique infirmière avancée. D'entrée de jeu, on remarque que le développement du rôle de l'ICS découle d'une spécialisation intra-disciplinaire qui n'implique pas l'appropriation de connaissances traditionnellement issues d'autres domaines professionnels. Par conséquent, leur étendue de pratique légale est la même que celle des infirmières généralistes, dont elles se distinguent pourtant par un niveau d'expertise et de connaissance qui devrait leur permettre de résoudre des situations cliniques complexes en fonction de domaines de compétences élargis. <sup>[126]</sup> Pourtant, même s'il existe des regroupements infirmiers qui valorisent le développement d'une expertise approfondie dans des spécialités comme la santé mentale, les soins critiques ou les soins à la personne âgée, il n'y a aucun titre spécialisé qui est formellement reconnu pour les ICS au Québec. De fait, même si le développement de l'expertise des ICS s'appuie sur une formation supérieure en sciences infirmières, des certifications et une expérience auprès d'une population définie et/ou dans un domaine clinique particulier, la mise en œuvre de leur rôle varie selon la requête des milieux dans lesquels elles exercent. La spécialisation étant à la base du rôle de l'ICS, la poursuite de son développement nécessite donc une reconnaissance explicite de spécialisation intra-disciplinaire. En vertu de la dynamique des frontières professionnelles, il faut toutefois s'assurer qu'une reconnaissance de spécialisation ne se fasse pas au détriment du maintien des activités de l'infirmière généraliste, par rapport aux autres professionnels et intervenants en santé. À la lumière de certains constats voulant que les ICS soient actuellement peu impliqués dans les soins directs, il convient aussi de rappeler que les soins cliniques doivent demeurer au cœur de leur pratique pour justifier l'émergence de spécialités formelles. D'ici là, nous pouvons miser sur la reconnaissance de « spécialisation informelle » afin que les ICS puissent continuer de développer un rôle répondant à la complexité des situations cliniques à résoudre en soins infirmiers dans les différentes organisations de santé.

Il est dit que la notion de rôle se définit par un ensemble d'attentes associées à une position et définissant les comportements qui y sont rattachés pour chacun dans la société. <sup>[127]</sup> Ce faisant, on pourrait envisager la délimitation du rôle particulier d'une infirmière comme résultant à la fois de son champ disciplinaire, de sa formation, de l'encadrement législatif qui précise son mandat, des particularités de la patientèle à laquelle elle s'adresse et enfin des attentes organisationnelles véhiculées dans chacun des milieux de travail. Dans ces conditions, on comprend facilement que les tâches puissent varier d'une infirmière à l'autre ou d'un milieu à l'autre, tout en demeurant à l'intérieur de certains grands paramètres qui définissent le rôle infirmier en général. L'approche stratégique que nous proposons ici s'appuie sur cette perspective afin de situer les rôles de l'IPS et de l'ICS dans les organisations de santé à travers trois niveaux de structuration.

En nous inspirant de la classification et de la matrice personne–comportement de Thomas et Biddle <sup>[127]</sup>, nous pouvons dégager trois niveaux de structuration qui permettent de mieux situer la formalisation des rôles de l'IPS et de l'ICS en se rapportant aux sept domaines de compétence en pratique infirmière avancée. <sup>[128]</sup>

Le niveau générique comprend tout ce qui a trait à l'éthos infirmier, dont les valeurs professionnelles, la substance infirmière, le centre d'intérêt de la discipline infirmière ou encore les modèles conceptuels qui en rendent compte. Ce sont les aspects fondateurs de l'exercice infirmier au Québec, comme dans plusieurs autres régions du monde, ce qui confère à ce niveau une stabilité relative dans le temps et dans l'espace.

Le niveau consolidé renvoie à toutes les connaissances pertinentes à l'exercice infirmier en pratique avancée, ainsi qu'au système de régulation et aux considérants socio-culturels. C'est ce qui consolide les rôles infirmiers en pratique avancée ici et maintenant au Québec, mais qui les distingue en partie de ceux qui se développent ailleurs au Canada et dans le monde.

Enfin, le niveau spécifique se rapporte à tous les considérants organisationnels, ainsi qu'aux particularités de la patientèle qui modulent l'exercice des IPS et celui des ICS. C'est donc un niveau qui implique une importante variabilité du rôle dans le temps et l'espace. L'approche stratégique qui est ici proposée consiste à intégrer ces trois niveaux afin de structurer les rôles de pratique avancée, de leur conception jusqu'à la mise en œuvre des comportements qui leur sont associés.

De prime abord, cette approche stratégique peut paraître plus analytique que pratique, mais dans les faits, elle recoupe tous les aspects nécessaires à l'intégration et à la reconnaissance des rôles attendus de l'infirmière en pratique avancée. Ce qui pose souvent problème, c'est quand on intègre l'un ou l'autre de ces niveaux sans se questionner sur ce qui alimente chacun d'eux en lien avec les composantes essentielles auxquelles ils se rattachent. Dans le cas des IPS et des ICS, les sept domaines de compétences (soins cliniques directs, expertise-conseil, consultation, recherche, leadership, collaboration, prise de décision éthique) permettent de situer les composantes essentielles que partagent les rôles en pratique infirmière avancée. <sup>[127]</sup>

Le niveau générique vient mettre en relief ce que les IPS et les ICS partagent avec toutes les autres infirmières généralistes et leur permet d'offrir un service qui est fondamentalement distinct de celui des autres professionnels de la santé. Les infirmières partagent les valeurs propres à leur profession, peu importe leur niveau de formation et l'expertise développée. Le soin auprès des personnes, des familles, des communautés et des populations, en interaction constante avec l'environnement, permet à chacune d'intervenir au niveau des expériences de santé vécues. <sup>[129]</sup> C'est ce centre d'intérêt qui oriente une pratique disciplinaire distinctive qui se veut partagée de toutes les infirmières.

À partir du niveau consolidé, on voit poindre ce qui distingue les IPS des ICS, mais aussi ce qui les distingue des infirmières généralistes. Pour l'IPS, on verra que des connaissances dites médicales s'ajouteront aux connaissances infirmières qu'elles approfondiront par une formation supérieure, que des lois particulières encadrent leur exercice et que le développement de leur rôle n'échappe pas aux considérants.

Le niveau spécifique apporte une importante variabilité dans la mise en œuvre des rôles de l'IPS et de l'ICS afin de répondre aux attentes organisationnelles, mais aussi à celles de la clientèle. Selon la structure, les ressources et l'organisation du travail en vigueur dans le

milieu où elles exercent les IPS et les ICS auront à adapter leur rôle en considérant aussi que seuls certains aspects seront davantage mobilisés selon ce qu'elles jugent approprié de faire pour répondre aux besoins de la patientèle à laquelle s'adresse la mise en œuvre de leurs sept domaines de compétences.

En tenant compte de chacun de ces niveaux, on obtient une vision intégrée des rôles des IPS et des ICS. Cela permet de considérer ce que les IPS et les ICS partagent et ce qui les distingue des infirmières généralistes, ainsi que des autres professionnels de la santé. On remarque notamment que chacune emploie une vision du centre d'intérêt de la discipline pour orienter son approche des soins infirmiers, mais qu'elles interviennent de manière distincte selon leur étendue de pratique légale et les particularités associées à la clientèle et au contexte de travail. L'intégration de ces niveaux de structuration permet ainsi de comprendre et d'expliquer les rôles des infirmières en pratique avancée, tout en favorisant la mise en œuvre des comportements qui en découlent chez les IPS et les ICS qui exercent dans les différents milieux de santé québécois.

La réponse aux besoins de santé de la population repose à la fois sur une organisation optimale des soins et services et sur la contribution de l'ensemble des professionnels et intervenants du réseau de la santé. Alors que les deux premières approches stratégiques que nous venons d'exposer nous permettent de situer le développement et la structuration des rôles de l'IPS et de l'ICS, celle qui suit a pour but d'offrir des pistes permettant de situer leur contribution distinctive. Cet aspect permet d'apporter une réponse à la question de la « valeur ajoutée » de la pratique infirmière avancée afin d'être en mesure d'assurer son développement et sa pérennisation. Comme le suggère la dynamique professionnelle que nous avons décrite, le maintien des acquis de l'IPS et de l'ICS dépend en partie de la mise en valeur de leur contribution respective et de ce qui distingue cette dernière de celle des infirmières généralistes et des autres professionnels de la santé. Tels sont les aspects à considérer afin de situer la contribution distinctive de l'IPS et de l'ICS à l'endroit des besoins de santé de la population.

Comme nous l'avons vu, les rôles des IPS et des ICS, bien que répondant tous deux aux mêmes domaines de compétences, se distinguent au niveau consolidé et encore davantage au niveau spécifique. On peut donc s'attendre à ce que leur contribution soit différente. C'est d'ailleurs ce que traduit le temps que consacrent les IPS aux soins directs par rapport à celui des ICS qui est davantage investi dans l'élaboration de programmes et d'initiatives visant l'amélioration de la qualité des soins et des systèmes.<sup>[88]</sup> La pratique clinique demeurant centrale à la pratique infirmière avancée, on comprend toutefois que même si les ICS interviennent généralement de manière épisodique pour offrir des soins directs, leur expertise est mobilisée vers la résolution de situations cliniques complexes propres à leur domaine de spécialisation. Par contraste, les IPS interviennent habituellement de manière courante auprès d'un type de clientèle particulier qu'elles pourront soigner tout en y intégrant les activités médicales qui leur sont reconnues.

### IV.3.2. En France

Le second décret du 18 juillet instaure un diplôme d'infirmier en pratique avancée <sup>[annexe 9]</sup>. Il s'agit en l'occurrence d'un diplôme d'État délivré par l'université et reconnu au grade de master. Un long arrêté complète ce décret en détaillant le régime des études correspondantes (accès à la formation, organisation et déroulement des études, et, en annexe, le référentiel sur le contenu des études d'IPA).

Contrairement au parcours infirmier socle, qui vise à l'obtention d'un diplôme d'État après validation de trois années de formation en institut de formation en soins infirmiers, l'infirmier de pratique avancée doit suivre un master (bac+5) à l'université après avoir justifié de trois années d'activité professionnelle. Il sera donc un infirmier expérimenté d'au minimum 3 ans d'exercice, ayant obtenu son diplôme d'État d'IPA précisant la mention choisie et reconnu au grade universitaire de master. Afin d'exercer dans le ou les domaines d'intervention définis, l'IPA devra avoir validé le ou les mentions correspondantes.

La formation sera organisée autour d'une 1<sup>ère</sup> année de tronc commun permettant de poser les bases de l'exercice infirmier en pratique avancée, et d'une 2<sup>ème</sup> année centrée sur les enseignements en lien avec la mention choisie.

La formation aux nouveaux masters a été engagée dès l'automne 2018, et le gouvernement actuel s'est engagé à former 5000 IPA d'ici la fin du quinquennat. <sup>[130]</sup>

Dès la rentrée 2018, plusieurs centaines d'infirmiers ont débuté ainsi leur master « infirmier en pratique avancée » en formation initiale, en formation professionnelle continue, ou encore par la validation des acquis de l'expérience (VAE). Au bout de cette formation, un métier de santé tout jeune, intermédiaire entre le médico-social, le paramédical et le médical stricto sensu. Un métier conçu comme un « levier de la rénovation de notre système de santé » par le gouvernement.

Un master de pratique avancée en soins infirmiers, premier du genre, a été mis en place conjointement par l'École des hautes études en santé publique (EHESP) et l'université de la Méditerranée d'Aix-Marseille. Ce master de pratique avancée en soins infirmiers est le premier du genre puisque seuls des masters de type interprofessionnels étaient jusqu'à présent proposés, « qui n'étaient pas spécifiquement pensés pour les infirmiers », précise Christophe DEBOUT en janvier 2018. <sup>[131]</sup>

Ce master est la traduction concrète de la loi hôpital, patients, santé et territoires (HPST), qui a prévu des dispositions permettant de nouvelles coopérations entre professionnels de santé. En effet, la mise en œuvre de la réforme de la formation infirmière initiale et de la loi HPST mettait en avant la nécessité de développer l'expertise en soins infirmiers dans le champ de compétences ouvert à l'IDE par le Code de la santé publique.

Ce master (MSCI) offre aux infirmières la possibilité de développer leur expertise clinique et d'acquérir les compétences requises à l'exercice de nouveaux rôles infirmiers (cancérologie, gérontologie et coordination de parcours complexes de soins).

Le diplôme d'État est délivré par un établissement accrédité. La formation est de 4 semestres (120 crédits avec des enseignements théoriques, méthodologiques, appliqués, pratique, clinique et des stages) et confère le grade de master. La formation est déclinée en

deux semestres de formation en tronc commun délivrée à Paris, puis de deux semestres de formation dans les trois spécialités à Marseille (à partir de septembre 2010).

La formation pour le diplôme d'État peut se suivre en formation initiale, professionnelle ou en validation des acquis de l'expérience avec des modalités d'admission définie par les établissements.

Ce programme s'adresse à des infirmières diplômées d'État dotées d'une solide expérience clinique ayant élaboré un projet professionnel de réinvestissement de la formation.

Après la parution du décret du 18 juillet 2018, les choses doivent aller très vite. Ainsi, les premières formations ont ouvert leurs portes dès la rentrée 2018. Sur ce plan, des initiatives avaient déjà été menées il y a quelques années à travers deux masters en sciences cliniques infirmières proposés par les universités d'Aix-Marseille et de Saint-Quentin-en-Yvelines, avec environ 240 diplômés. Les nouvelles formations qui ont été engagées dans plusieurs universités sont également de niveau master. La première année sera principalement consacrée à l'approfondissement des connaissances ; la seconde sera composée essentiellement de stages pratiques dans le domaine choisi par l'étudiant en fonction de son projet professionnel (oncologie et hémato-oncologie, néphrologie, maladies chroniques stabilisées ; prévention et polyopathologies en soins primaires). Les premières promotions seront donc opérationnelles en 2020. Sachant que, d'ici là, d'autres métiers d'auxiliaires médicaux seront peut-être entrés à leur tour dans l'ère de la pratique avancée...

La création du métier d'infirmier clinicien est une innovation qui s'inscrit dans la Stratégie nationale de santé. Il s'agit d'une formation universitaire qui reconnaît la possibilité à un infirmier de réaliser des pratiques dites avancées, au-delà du métier socle d'infirmier.

Un diplôme d'État d'infirmier de pratique avancée est créé par le décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 et inséré au code de l'éducation. <sup>[annexe 9]</sup>

Pour accéder à la formation universitaire de master en pratique avancée, il faut être titulaire d'un diplôme d'État infirmier (ou d'une équivalence européenne) ou d'un diplôme, certificat ou autre titre lui permettant d'exercer la profession d'infirmier, et de 3 années minimum d'exercice en équivalent temps plein. <sup>[132]</sup>

Le master est accessible en formation initiale (à la suite de l'obtention du DEI –licence–) et continue, mais une expérience professionnelle de 3 ans est requise ; ce rôle s'exerçant sur un niveau expert. Il peut également être obtenu par la voie de la validation des acquis de l'expérience ou d'études supérieures.

Les candidats déposent un dossier auprès d'une université dispensant la formation conduisant au diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée (DEIPA) en précisant la mention de la formation qu'ils souhaitent suivre. La procédure, le calendrier, la composition du jury d'admission sont fixés par chaque établissement d'enseignement supérieur accrédité à délivrer le DEIPA.

L'accès à la formation pourra se faire au 1<sup>er</sup> ou au 3<sup>ème</sup> semestre, en fonction du parcours professionnel et du parcours de formation du candidat.

Pour accéder à la formation, des modalités d'admission sont définies et organisées par chaque établissement d'enseignement supérieur accrédité ou co-accrédité à délivrer le diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée.

Certaines universités ont déjà proposé une offre de formation comme à l'université d'Aix-Marseille, l'université Versailles Saint-Quentin, Toulouse, Rennes 1, l'université Paris-Est – Créteil, Nantes, l'université de la Sorbonne, Paris Descartes, Paris Diderot, Rouen, Caen, Dijon, Limoges en co-accréditation avec Bordeaux.

Une formation de niveau bac+5 est requise. Cette formation est dispensée par un établissement d'enseignement supérieur accrédité ou co-accrédité par arrêté des ministres de l'Enseignement supérieur et de la Santé. Chaque université, autorisée à proposer ce programme de formation, précisera les modalités d'admission.

La formation est constituée d'enseignements théoriques, méthodologiques, appliqués, pratiques et cliniques, de deux stages, d'une initiation à la recherche, d'un enseignement de langue vivante et en compétences numériques, conforme aux référentiels nationaux de compétences numériques en vigueur. Ces enseignements comportent un adossement et une initiation à la recherche. Ils tiennent compte des priorités.

Le contenu de cet enseignement est varié, mais reste très axé sur la clinique. En effet plusieurs Unités d'Enseignement (UE) portent sur la clinique (35 ECTS), durant les 2 ans, afin d'apporter des connaissances en sémiologie, classes thérapeutiques, mécanismes d'actions des médicaments, conduite d'un examen clinique, sur les principaux types d'examens complémentaires, marqueurs pathologiques, le bon usage du médicament, les référentiels et recommandations de bonnes pratiques. Une UE est destinée à acquérir les connaissances en anglais médical, une autre sur « sciences infirmières et pratique avancée », un volet sur « Responsabilité, éthique, législation, déontologie », une UE « formation et analyse des pratiques professionnelles », de la santé publique, le renforcement des compétences numériques et de la méthodologie de recherche. Puis, en 3<sup>ème</sup> semestre, chaque parcours selon l'orientation choisie est développé avec une approche similaire : bases fondamentales / clinique / parcours de santé. Le 4<sup>ème</sup> semestre est consacré au stage clinique.

La formation vise à l'acquisition des connaissances et compétences nécessaires à l'exercice infirmier en pratique avancée, ainsi qu'à la maîtrise des attendus pédagogiques correspondant au grade universitaire délivré. Le référentiel des activités et compétences correspondant à cet exercice est établi par le ministre en charge de la santé et fixé par arrêté des ministres en charge de l'enseignement supérieur et de la santé.

L'étudiant choisit un domaine d'intervention parmi les suivants : pathologies chroniques stabilisées (prévention et polyopathologies courantes en soins primaires), oncologie et hématologie, et maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale. Si l'IPA veut changer de domaine d'intervention, il devra suivre à nouveau la formation, mais avec un accès direct en 3<sup>ème</sup> semestre.

Les deux premiers semestres de la formation correspondent à un tronc commun d'enseignement. À l'issue du 2<sup>ème</sup> semestre, les étudiants confirment le choix de leur mention qui fait l'objet d'enseignements spécifiques des 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> semestres.

Les étudiants accomplissent deux stages dans des terrains de stage situés auprès d'établissements de santé publics, privés d'intérêt collectif et privés; de professionnels de

santé exerçant en pratique de ville; d'autres services de santé de type réseaux de santé, centres de santé et maisons de santé (un stage d'une durée minimum de deux mois au cours du deuxième semestre de formation et un stage d'une durée minimum de quatre mois, au cours du quatrième semestre de formation, dont les objectifs sont en lien direct avec la mention suivie).

La formation conduisant au diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée (DEIPA) est structurée en quatre semestres validés par l'obtention de 120 crédits européens. Le DEIPA confère à son titulaire le grade de master.

Les enseignements sont organisés sous forme d'unités d'enseignement articulées entre elles en cohérence avec les objectifs de la formation et les compétences à acquérir. Une mutualisation de certains enseignements avec d'autres formations en santé peut être mise en place.

L'organisation de la formation et le suivi pédagogique s'inscrivent en cohérence avec les objectifs et contenus pédagogiques définis dans le référentiel de formation.

Les deux premiers semestres de la formation conduisant au DEIPA correspondent à un tronc commun d'enseignement. A l'issue du deuxième semestre, les étudiants choisissent une mention qui fait l'objet d'enseignements spécifiques aux semestres 3 et 4. Des stages sont prévus d'une durée minimale de 2 mois en 2<sup>ème</sup> semestre et 4 mois en 4<sup>ème</sup> semestre. Les terrains de stage dans lesquels sont affectés les étudiants sont agréés par le directeur de l'unité de formation et de recherche ou de la structure dispensant la formation, sur proposition du binôme composé du personnel sous statut enseignant et hospitalier ou enseignant titulaire de médecine générale et d'un infirmier intervenant dans la formation.

Un mémoire de fin d'études est demandé avec une soutenance orale devant un jury composé d'enseignants infirmiers et hospitaliers et d'une personne étrangère à la structure. Le sujet du mémoire est validé par l'équipe pédagogique. En fonction de leur projet professionnel, ce mémoire est soit un mémoire bibliographique fondé sur une analyse critique de la littérature, soit une analyse de pratiques professionnelles, soit un mémoire consistant en une analyse critique, s'appuyant sur l'expérience clinique et s'inscrivant dans un champ théorique déterminé, soit un mémoire de recherche. Dans ce dernier cas, le directeur du mémoire est un enseignant-chercheur ou un chercheur.

Le DEIPA est délivré aux étudiants qui ont validé l'ensemble des enseignements, des stages et soutenu avec succès le mémoire. Le diplôme pourra aussi (et dans certaines conditions qui restent à préciser) être obtenu par la voie de la validation des acquis de l'expérience ou d'études supérieures dans des conditions spécifiquement définies. <sup>[133]</sup>

Le grade de master est conféré de plein droit aux titulaires du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée. Il précise la mention acquise correspondant au domaine d'intervention de l'infirmier en pratique avancée.

Le but du master est de permettre aux infirmiers de développer des compétences afin d'élargir les champs d'intervention auprès des patients en vue d'optimiser leur prise en charge, notamment :

- la pratique clinique, correspondant à la proximité avec le patient et ses proches. « La compétence centrale de l'IPA est vraiment axée sur la pratique clinique directe ».
- la consultation (en termes de coaching, à savoir la guidance auprès des pairs, des patients et familles), où d'autres professionnels peuvent solliciter son intervention et son expertise sur les situations complexes rencontrées / leadership en tant qu'introduction d'innovation dans la pratique
- la formation car les IPA sont vecteurs de développement professionnel continu et de recherches perpétuelles au cœur de la pratique et du terrain : contribution à la formation auprès des soignants (compétences en formation / enseignement)
- la recherche (principalement en soins infirmiers) car cette profession intermédiaire se trouve entre le monde de la recherche et celui de la pratique, permettant de transmettre les problèmes identifiés sur le terrain aux chercheurs pour la production de nouveaux savoirs : intégration des résultats de recherche par l'utilisation de l'EBN (l'IPA participe à des projets de recherche, et à la diffusion des nouvelles connaissances théoriques et techniques des infirmières basé sur les données probantes : l'Evidence Based Nursing (EBN) et l'Evidence Based Practice (EBP) pour optimiser les soins aux patients).

Rappelons que les référentiels de compétences inspirés des expériences internationales précisent que l'IPA aura une autonomie dans les prises de décisions complexes. Pour élaborer les référentiels de compétence, l'université et l'EHESP se sont en partie inspirés des expériences menées à l'échelle internationale depuis 50 ans, en Amérique du Nord d'abord, puis sur le continent européen, en particulier dans les pays anglo-saxons et scandinaves, pour les adapter « au regard des spécificités françaises ».

La formation permet à un IPA d'acquérir un haut niveau d'expertise, et le décret précise une totale responsabilité de l'IPA quant aux conséquences de ses prises de décision, lui permettant d'assumer des responsabilités nouvelles.

#### **IV.4. Le financement de la pratique avancée**

Le financement est également crucial dans l'implantation des rôles de pratique avancée. Dans un premier temps, un investissement sur la formation des futurs professionnels en pratique avancée est nécessaire. Par exemple, le gouvernement du Québec a ouvert en 2010 des bourses d'études spécifiques pour le programme de Master en vue de favoriser l'implantation d'IPA. En échange de ce financement, les futurs professionnels s'engageaient à travailler dans un territoire désigné. C'est d'ores-et-déjà cette politique qui est développée en France : les établissements de santé financent des infirmiers durant leur formation de master pour développer leurs compétences de pratique avancée et mettre en place le rôle dans leur milieu clinique.

Des investissements spécifiques doivent également être mis en place pour l'implantation après la formation, comme cela existe notamment au Canada. À ce titre, les contraintes économiques des systèmes de santé rendent les marges de manœuvres étroites :

la question du financeur (majoritairement les pouvoirs publics) apparaît déterminante. Il s'agit de définir les rémunérations des infirmiers aux compétences étendues, ayant un niveau de formation plus élevé et couvrant un large spectre d'activités. Dans ce domaine, le Royaume-Uni s'illustre avec son système du « Skills, knowledge, framework » qui vise à rémunérer les infirmiers en proportion des compétences qui sont sollicitées. Cette efficacité de l'IPA semble être confirmée par différentes publications canadiennes ainsi que par un rapport de l'OCDE. Des expérimentations pourraient être proposées dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale en France, comme cela a été le cas lors des expérimentations de transfert de compétences en 2005.

## V. Discussion

---

Ainsi que cela vient d'être évoqué, que ce soit au Québec ou en France, la pratique avancée est, d'abord, une stratégie visant à répondre aux enjeux/défis du système de santé publique en continuelle mutation (c'est d'ailleurs vrai pour les autres pays ayant adopté ce concept). Il est admis, de manière consensuelle entre les instances professionnelles et institutionnelles des deux pays, que les infirmières en pratique avancée (IPA) sont « bien placées » pour répondre à l'évolution des soins de santé et, de manière générale, la pratique infirmière avancée joue un rôle clé lorsqu'il s'agit de répondre aux besoins et attentes sanitaires, sociales et économiques. De plus, cette démarche permet d'augmenter le savoir infirmier, de faire progresser la profession infirmière tout en contribuant à un système de santé viable et efficace.

Ce sont des raisons identiques qui, au Québec et en France, ont favorisé l'émergence de la pratique infirmier : même évolution croissante des besoins de la société en soins de santé, mêmes problématiques exerçant une forte pression sur le système de santé (l'augmentation des coûts, les pénuries de professionnels, le vieillissement de la population, l'accroissement du nombre et des formes de maladies chroniques, les difficultés d'accès aux soins (...), les attentes de plus en plus pressantes des usagers).

Dans le principe, les deux pays s'accordent. Les actions liées à l'implantation de la pratique avancée doivent être les plus efficaces possible avec, en transparence, un rapport coût/efficacité optimal (contexte économique oblige !). Cela requiert que des professionnels infirmiers soient capables d'œuvrer en pratique avancée, c'est-à-dire aptes à développer, implémenter et évaluer des approches cliniques infirmières basées sur des preuves, de tester de nouvelles interventions potentiellement plus efficaces et de promouvoir un programme de recherche portant explicitement sur l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, ceci dans un contexte d'interdisciplinarité mais aussi de partenariat/collaboration.

Le Québec et la France reconnaissent donc unanimement que la finalité de la pratique avancée doit être, d'une part, la représentation d'une contribution nouvelle des infirmiers pour aider à assurer l'accessibilité, la continuité des soins et la mise en place d'une approche globale centrée sur les besoins de santé et, d'autre part, une stratégie visant à obtenir une meilleure adéquation entre l'offre et la demande de soins.

En France, le Ministère des solidarités et de la santé <sup>[134]</sup> précise que « la pratique avancée vise un double objectif : améliorer l'accès aux soins ainsi que la qualité des parcours des patients en réduisant la charge de travail des médecins sur des pathologies ciblées. En outre, la pratique avancée favorise la diversification de l'exercice des professionnels paramédicaux et débouche sur le développement des compétences vers un haut niveau de maîtrise. Le travail de l'infirmier en pratique avancée (IPA) sera pleinement reconnu ».

Les termes de cette définition sont finalement calqués (même si c'est de manière plus épurée) sur ceux contenus dans la définition de la pratique avancée canadienne.

Les bénéfices attendus de l'exercice de la pratique avancée en France et au Québec se rejoignent aussi et peuvent être résumés comme suit :

- pour la profession infirmière : de nouvelles perspectives de carrière, avec l'opportunité d'un mode d'exercice plus autonome et d'une reconnaissance renforcée

- pour les médecins : une décharge de temps et de nouvelles possibilités de coopération
- pour les patients : une amélioration de l'accès aux soins, une prise en charge diversifiée et une fluidification des parcours entre ville et hôpital
- pour le système de santé : un renforcement des structures d'exercice coordonnées en soins primaires et une coopération renforcée entre professionnels au niveau des territoires de santé.

La présente réflexion comparative sur la pratique avancée dans les deux pays, correspond à la mise en parallèle des textes officiels applicables en la matière à défaut de pouvoir la conduire à partir de deux situations concrètes et en mouvement, elle prend néanmoins en compte et profite de l'expérimentation, déjà ancienne mais toujours en évolution, du processus québécois.

En effet, la pratique avancée est déjà bien ancrée au Québec avec l'implantation depuis 2006 des IPS et ICS (réunis sous l'appellation faïtière d'IPA) alors qu'en France, introduite par la loi du 26 janvier 2016 <sup>[64]</sup> de modernisation du système de santé, elle vient à peine d'obtenir sa pleine reconnaissance juridique avec les décrets d'application du 18 juillet 2018<sup>[annexes 6 et 9]</sup>.

Il y a donc un décalage temporel entre les deux pays avec, d'un côté, une expérience professionnelle de plusieurs années et, de l'autre côté, une profession qui s'installe. Le système canadien comporte un vécu et, par conséquent, une plus grande connaissance des problématiques liées à l'implantation de la pratique avancée : difficultés inhérentes à la mise en œuvre du processus, efforts et parfois « combat » pour faire évoluer la profession d'IPS et d'ICS et parvenir à l'intégration de celle-ci dans le système de santé. Les différents acteurs de la pratique avancée en France sont encore, aujourd'hui, dans l'expectative (même si la pratique avancée est expérimentée de façon dérogatoire, mais marginale, dans le pays, depuis plusieurs années) ; la mise en route, à l'automne 2018, des premières formations d'IPA, conformes à la nouvelle réglementation, est le gage de la bonne volonté des auteurs, gestionnaires et acteurs de la démarche d'aller enfin jusqu'au stade de la concrétisation après des années d'atermoiements.

Concept, contexte, rôles, compétences, objectifs, évolution, ..., autant d'éléments communs à ces deux pays et qui sont les principaux éléments de réflexion, de structuration et de formalisation de la pratique avancée, mais qui peuvent devenir aussi des facteurs de convergences et de divergences selon la définition et la mise en œuvre qui en est faite en fonction du contexte historique, politique, social, culturel du pays et surtout de ses besoins en matière de santé.

La mise en place de la démarche de pratique avancée s'inscrit automatiquement dans le cadre logique d'une première étape appelant forcément à des « prolongements ». Les différentes phases d'évolution de la démarche connues au Québec en sont la preuve.

Dans le cadre de la mise en place de la pratique avancée en France, il est prévu la mise en place d'un Comité de suivi afin d'accompagner le déploiement du dispositif dans ses différentes dimensions et de permettre, en tant que de besoin, de procéder aux ajustements (qui entrent dans les « prolongements ») qui pourraient se révéler nécessaires : parmi ceux-ci, par exemple, la reconnaissance souhaitable de nouveaux domaines d'intervention comme, par exemple, l'intégration du domaine de la psychiatrie et de la santé mentale (domaines initialement réclamés mais écartés du champ de compétences des IPA, faute de consensus,

à l'issue des négociations interprofessionnelles qui ont eu lieu jusqu'en 2018). Ce ne sera, d'ailleurs, certainement pas là, la seule pierre d'achoppement qui interpellera, à terme, les responsables politiques et les organisations professionnelles concernées.

Cette initiative ressemble d'une certaine façon à celle mise en place au Québec avec la nouvelle réglementation du 7 février 2018 (décret n°84-2018 modifiant le Règlement relatif aux IPS, intégré dans la loi médicale et mis en vigueur le 8 mars suivant) <sup>[90]</sup> qui prévoit la création d'un Comité consultatif sur la pratique des IPS, composé de représentants de l'OIIQ et du CMQ, ainsi que d'IPS et de médecins, et dont le mandat consiste à examiner de façon générale la qualité de la pratique clinique de l'IPS et à recommander de nouvelles pratiques cliniques en réponse à l'évolution des connaissances scientifiques et aux données probantes.

Ces deux initiatives françaises et québécoises sont prises respectivement dans un même esprit de contrôle de la mise en place et de la bonne évolution du dispositif de pratique avancée même si les contextes ciblés ne sont pas, en réalité, les mêmes. En France, il s'agit de s'assurer du bon « déploiement » du dispositif de pratique avancée, alors que la mission du comité québécois concerne la bonne continuité et l'amélioration de la qualité de la pratique, c'est-à-dire de ce qui existe déjà, de ce qui a fait ses preuves mais qui reste toujours perfectible. Malgré la distinction qu'il convient de marquer entre les deux missions précitées, force est de constater qu'il y a une véritable prise de conscience de chaque pays de l'intérêt qu'il est nécessaire, à quelque niveau que ce soit, de porter à la pratique avancée. Cette volonté, chez les Québécois, est d'autant plus intéressante qu'elle est particulièrement récente alors que le système est déjà bien implanté dans leur pays (il faut dire que les compétences et domaines de spécialités viennent d'être élargis de façon notoire).

En ce qui concerne le champ d'exercice des IPA, qu'il soit en phase d'évolution chez les professionnels québécois ou dans un contexte d'approche chez les nouveaux praticiens français, on retrouve une même notion théorique de base : l'élargissement des compétences indissociable de la pratique avancée.

Cette notion « d'élargissement des compétences » est importante car la détermination de ces dernières et l'usage qui en est fait conditionnent la qualité du vécu de la profession par les professionnels, la qualité, la pertinence et la sécurité des soins, la bonne maîtrise des actions sanitaires, de protection et d'accompagnement des patients, mais aussi la coordination des soins et la pratique collaborative.

La possibilité d'évoluer jusqu'à la fonction d'IPA, pour une infirmière française (suite à sa formation initiale d'IDE et au terme d'au-moins trois années d'activité professionnelle) est subordonnée à l'élargissement de ses compétences via une formation qualifiante adaptée lui permettant « d'acquérir des connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée » pour, in fine, effectuer (dans le cadre de l'exercice des nouvelles compétences acquises) des actes techniques ou certaines prescriptions qui n'étaient pas inclus dans ses prérogatives antérieures. <sup>[136]</sup>

Si, théoriquement, cette notion d'amplification des compétences est entièrement adoptée au Québec et en France, le niveau et la formalisation de celles-ci varie, cependant, d'un pays à l'autre.

Au Québec, la loi présuppose la compétence des professionnels à qui on a réservé l'activité et vise une pratique la plus autonome possible ! Au Québec, même si les IPS n'ont toujours pas, à ce jour, de droit d'exercice en termes d'établissement de diagnostics, les

compétences acquises ont évolué favorablement avec le temps et notamment à l'occasion de la modification de la réglementation et la publication du décret n°84–2018 du 7 février 2018 entré en vigueur le 8 mars 2018 <sup>[90]</sup>, et qui a pour objet notamment l'abolition des limites à la prescription des médicaments, l'autorisation d'amorcer des traitements, ..., dans des spécialités qui viennent en même temps d'évoluer.

En effet, si les IPA québécoises, fortes de leur expérience clinique dans un domaine spécifique et de leur formation avancée en sciences infirmières et en sciences médicales, n'ont pu, jusqu'alors, que prescrire des médicaments bien définis, des tests diagnostiques et des traitements, en plus d'effectuer certaines interventions invasives dans cinq domaines d'activités initialement réservées aux médecins, elles ne sont plus désormais limitées dans leurs choix de médicaments à prescrire, ni dans le choix des types d'analyse de laboratoire ou d'examen diagnostiques pour leurs patients et elles peuvent, aussi, maintenant amorcer le traitement de six problèmes de santé chroniques.

En France, une moindre latitude est accordée aux IPA. La déclinaison des compétences, dans la réglementation, montre un réel élargissement des compétences par rapport au métier-socle d'infirmier (tout comme au Québec), mais ces mêmes textes imposent, malgré tout, des limites quant à leur utilisation dans le cadre de l'accomplissement des tâches professionnelles sur le terrain de la pratique avancée. En effet, le décret du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice de la pratique avancée <sup>[annexe 9]</sup> n'introduit pas le droit pour les IPA de commencer le traitement approprié du patient sans avoir consulté un médecin au préalable et n'autorise que la prescription des médicaments et des dispositifs médicaux non soumis à prescription médicale obligatoire figurant respectivement sur la liste de l'Agence nationale de sécurité du médicament (en application de l'article R.5121–202) <sup>[137]</sup> et sur la liste établie par le ministère chargé de la santé, après avis de l'Académie nationale de médecine.

L'encadrement des compétences élargies est donc relativement strict. De plus, la réglementation n'accorde pas à l'IPA le droit d'effectuer des diagnostics. La tutelle du médecin partenaire est quasi omniprésente.

Les textes, même s'ils ont le mérite d'exister, ne sont peut-être pas allés assez loin au regard de ce qui aurait pu être mis en place, à l'instar de ce qui existe au Québec (en matière de prescription, de commencement de traitement, par exemple...). Le fait d'élargir les compétences de l'infirmières, d'une part, mais de contenir, d'autre part, cette « ouverture » à priori séduisante dans un cadre bien défini et « managé » par un médecin a tout d'une situation paradoxale et source d'interrogations.

Rappelons, à cet effet, la déclaration de Margaret CHAN, Directrice Générale de l'OMS (Séoul, 20 juin 2015) <sup>[138]</sup> comme quoi « la pratique avancée en soins infirmiers est essentielle à la couverture universelle en matière de santé. Les infirmières de pratique avancée doivent pouvoir prescrire, elles sont compétentes pour le faire ».

Par ailleurs, pour ce qui est du droit de procéder à des consultations, s'il est largement présent au Québec, en France, cette notion n'est pas prévue. Florence AMBROSINO <sup>[139]</sup>, en tant qu'infirmière de pratique avancée, regrette que cette notion « n'apparaisse pas dans les décrets ». Mais, se rassure-t-elle, « ce ne sont que des arrêtés. Et un arrêté est modifiable », si nécessaire, en fonction de ce que la pratique aura démontré... (gageons que la question sera abordée dans le cadre des « prolongements » cités ci-dessus).

De plus, et c'est là aussi que le bât blesse le plus, semble-t-il, aucune possibilité n'est accordée aux IPA de formuler les diagnostics et les annoncer aux patients. Cette

problématique est identique et récurrente au Québec, laquelle n'a pas encore été solutionnée, à l'occasion de la révision du Règlement du 8 mars 2018 relatif à l'exercice de l'IPS <sup>[140]</sup> (mais l'OIIQ ne lâchera rien et garde fermement l'espoir que cette compétence sera, à terme, reconnue).<sup>[141]</sup>

La relative « timidité » des textes réglementaires français vis-à-vis des compétences accordées aux IPA avec les conséquences sur les comportements que ces dispositions, somme toutes réductrices, pourraient finalement générer, est susceptible de fragiliser tout le système. La mise en œuvre concrète de la pratique avancée au sein des structures adaptées (une fois les premiers infirmiers aspirants formés) et le positionnement des instances institutionnelles et des professionnels de santé concernés décideront ou non de l'opportunité d'engager une réflexion sur une éventuelle reconfiguration des compétences qui permettrait de parvenir à plus de souplesse comme c'est, aujourd'hui, le cas au Québec.

La nature et l'enjeu des attributions (activités) accordées aux IPA peut laisser penser que le raisonnement puis la conclusion de la réflexion des signataires de la législation française ont été quelque peu frileux et insuffisamment attentifs ou réceptifs aux attentes et demandes plus ambitieuses affirmées par les organisations professionnelles infirmières durant les quelques années de gestation des textes. Cela dit, n'y aurait-il pas une autre raison à cela qui pourrait éventuellement s'inscrire dans le politiquement correct... ?

Néanmoins, le premier palier est passé, et c'est un pas « innocent » envers la profession infirmière, dans le parcours difficile de transformation et d'amélioration du système de santé. Il faudra certainement du temps comme il en a fallu au Québec pour que l'éventail des tâches et responsabilités des IPA soit élargi. Finalement, pour l'instant, c'est surtout la manière dont la mise en pratique des dispositions réglementaires sera abordée par les professionnels de la pratique avancée mais aussi par les représentants médicaux qui donnera du sens ou non à la pratique mise en place.

Le nouvel apport de compétences aboutissant à la création des IPA en France, ne cantonne pas ceux-ci dans un domaine vraiment restreint mais doit, plutôt, leur permettre d'avoir une expertise globale de la prise en charge du patient durant l'intégralité de son parcours de soin (prise en charge globale). Ceci s'oppose, d'évidence, au système de spécialisation requis au Québec où l'IPS évolue en spécialité, le rôle d'IPS « en spécialité » étant immédiatement développé dès le début de la formation.

L'article R.4301-2 du Code de la santé publique <sup>[annexe 6]</sup> ouvre trois champs d'intervention particuliers à l'exercice infirmier en pratique avancée mais sans aucune référence avec une quelconque notion de spécialisation.

A cet effet, il ne fait pas de doute que, par opposition au système québécois, et c'est ce que tient à affirmer le Ministère de la santé français (DGOS), « la pratique avancée du métier est une pratique globale et non une pratique centrée sur la maîtrise d'un champ disciplinaire. La pratique avancée n'est pas l'expertise disciplinaire, ni la spécialisation. Sa définition cible clairement la prise de décisions complexes ce qui renvoie explicitement au positionnement du professionnel sur le champ de la décision médicale à la différence de l'expertise et la spécialisation ». <sup>[1]</sup>

En revanche, la spécialisation est une des principales caractéristiques de la pratique avancée au Québec dès sa mise en œuvre ; aujourd'hui, toutefois, le nouveau Règlement <sup>[140]</sup>, sans pour autant vouloir remettre en question cette culture de la spécialisation, impose néanmoins d'ajuster les classes de spécialités des IPS pour les axer sur des patientèles plutôt

que sur des spécialités, et ce, de manière à s'adapter à la demande évolutive de cette patientèle.

Les spécialités reconnues aux IPA québécois, initiées en 2005, étaient, à l'origine, au nombre de trois. Elles sont depuis le 8 mars 2018 (nouvelle réglementation <sup>[140]</sup>) au nombre de cinq (deux ayant récemment été intégrées dans une même classe).

Un autre point (et pas des moindres), intrinsèquement lié à la pratique avancée, réside dans le fait que les IPA québécoises autant que françaises doivent, conformément aux réglementations respectives en vigueur, établir un partenariat avec un ou plusieurs médecins pour pouvoir exercer les missions qui leur sont confiées.

D'où l'obligation de formaliser ce type de partenariat à savoir par une entente formelle écrite au Québec et par un protocole d'organisation en France.

Les pratiques françaises et québécoises se rejoignent d'abord sur l'objectif de ces partenariats en ce que, ainsi que les auteurs de la nouvelle réforme québécoise et de la nouvelle réglementation française l'affirment d'une même voix, le succès de l'IPS / IPA et, par là-même, du concept de pratique avancée, doit résider, s'il veut fonctionner, dans l'appropriation de cette nouvelle forme d'exercice par les acteurs professionnels qui ressentiront l'intérêt de collaborer ensemble et donner à la pratique avancée sa place au sein du processus de prise en charge des patients.

L'engagement d'une démarche de partenariat, dans les deux pays, procède d'un même esprit de promouvoir à la fois l'efficacité dans les soins de santé et la performance dans les processus de qualité au service des usagers et du système de santé en général.

Les systèmes français et québécois divergent néanmoins dans les formes de rapports infirmiers/médecins même si ces rapports sont, au sein de chacune de ces deux nations, finalement construits à partir du même positionnement « responsable » accordé aux acteurs de la santé concernés par les instances professionnelles et institutionnelles. En fait, les nuances ou différences existantes entre les structures protocolisées/contractualisées de chaque pays résident principalement dans la teneur des contrats, dans les modes de fonctionnement applicables, dans les rôles dévolus aux partenaires et prennent surtout tout leur sens dans la manière dont est conçue, développée et ressentie la notion d'autonomie.

En France, la mise en place de protocoles d'organisation entre les IPA et les médecins confirme la tendance progressive, intensifiée ces dernières années au sein du système de santé français, visant à encourager les coopérations entre professionnels de santé (l'activation des protocoles de coopération en est un exemple).

C'est dans le cadre des protocoles d'organisation (prévus par le décret français 2018–629 du 18 juillet 2018 <sup>[annexe 6]</sup>) que l'IPA exercera ses compétences ; néanmoins, son positionnement, à l'interface de l'exercice infirmier et de l'exercice médical, (qui, en théorie, doit pouvoir présenter nombre d'avantages) s'annonce très (pour ne pas dire trop) dépendant du rôle de leadership réservé au médecin puisque, au regard de la loi, c'est ce dernier qui décidera de lui confier ou non un patient, qui aura la responsabilité de déterminer la « conduite diagnostique » et le « choix du suivi thérapeutique du patient », qui coordonnera le parcours de soins du patient, qui effectuera les premières prescriptions (l'IPA ne pouvant que les renouveler si besoin, après avoir réalisé un « entretien avec le patient » et non pas une « consultation »). Peu d'ouvertures offertes, par conséquent, à l'IPA, pour pouvoir affirmer, de

manière autonome, les compétences qu'elle serait normalement en mesure de déployer en rapport avec la formation diplômante suivie.

La notion de concertation (entre le médecin et l'infirmière de pratique avancée) qui doit présider à l'établissement du protocole (lequel, finalement, se limite à la définition des règles pratiques et concrètes de la nouvelle collaboration) a-t-elle encore tout son sens au regard du « verrouillage » des compétences de l'IPA ? La place marginale laissée à la notion d'autonomie de l'IPA dans l'exercice de la pratique avancée ne va-t-elle pas être facteur de démotivation de l'infirmier et exacerber, voire légitimer dans le pire des cas, ses doutes sur l'obtention à terme de sa reconnaissance ?

Une autre question à se poser est de savoir si, au final, ce n'est pas tout le système qui risque d'en pâtir.

Rappelons que, dans le cadre des travaux de préparation des décrets d'application de la loi de 2016, les prérogatives et le niveau d'autonomie des IPA ont fait l'objet de tractations intenses, entre une profession infirmière décidée à faire valoir ses compétences et des médecins libéraux pas franchement enthousiastes. En effet, la question s'est posée très vite sur le fait et les conditions de garantir aux professionnels de santé « de niveau intermédiaire », une réelle autonomie sans qu'il puisse, pour autant, faire concurrence aux médecins. Cela a fait l'objet d'âpres discussions lors des travaux liés à l'établissement de la loi 2016 et de ses décrets d'application.

A présent, le Syndicat professionnel infirmier <sup>[142]</sup> et l'Ordre national des infirmiers, même s'ils se félicitent de l'avancée de la démarche en pratique avancée, estiment que « les textes ne vont pas assez loin en termes d'autonomie et de compétences de ces nouveaux professionnels. Le champ d'exercice des IPA est en effet particulièrement bordé. D'abord par les textes officiels, qui décrivent par le menu chaque acte qu'ils pourront effectuer. Mais aussi parce que lors des négociations ayant abouti à l'écriture de ces textes, les médecins se sont battus pour garder la haute main sur la prise en charge du patient dans le parcours de soin ».

La Fédération Nationale des Infirmiers <sup>[143]</sup> (dont la satisfaction est bien plus nuancée) tire la sonnette d'alarme en affirmant que « restreindre l'autonomie de l'IPA se révélera vite un frein à la réalisation des objectifs affichés. Les enjeux en termes de santé publique sont pourtant colossaux », ajoutant à cela que « les IPA ne constituent pas une avancée vers plus d'autonomie mais un recul vers plus d'encadrement. En effet, les IPA interviendront sur une patientèle que leur indiquerait le médecin et sous la tutelle de celui-ci ».

Patrick CHAMBOREDON, Président de l'ONI, a défendu l'importance de la complémentarité entre les professionnels de santé qui doivent davantage collaborer, sans « querelle de clocher » tout en rappelant l'importance et l'intérêt de la profession infirmière. « Il faut arrêter ce corsetage de la profession infirmière » a-t-il commenté en rappelant que les infirmières de pratique avancée ne sont pas une création française sortie du chapeau, mais que les IPA, qui existent et exercent déjà dans de nombreux pays, notamment en Europe, sont une réelle valeur ajoutée dans les systèmes de soin. Le président de l'Ordre a opposé la vraie vie et les postures. « Dans la vraie vie, c'est le binôme infirmier/médecin qui prend en charge le patient. Les médecins savent que les infirmiers sont capables ... », a-t-il précisé tout en prônant un élargissement du champ de compétences infirmier. « Les infirmiers sont les seuls professionnels de santé qui se déplacent à domicile », a rappelé le président de l'ONI, pour qui le fait de prescrire des soins supplémentaires, de juger de l'état d'un malade chronique tout

en rendant, de fait, du temps médical aux médecins apparaît comme une évidence, une évolution censée qui va dans le bon sens. <sup>[144]</sup>

Parallèlement, au Québec, le partenariat dont il est question dans la nouvelle réglementation, est désigné sous le nom d'entente formelle, formulée par écrit et formalisée entre l'IPS et un ou plusieurs médecins, suivant laquelle ils conviennent de travailler en étroite collaboration en vue d'atteindre des objectifs communs en matière de suivi de patientèle. Il est clairement indiqué que les IPS, de par leur formation et leurs compétences, disposent d'une expertise clé et s'avèrent une solution privilégiée pour améliorer l'accessibilité aux soins, la prise en charge des patients et la qualité des soins de santé et que, pour ce faire, ils doivent nécessairement disposer d'une autonomie professionnelle à la hauteur de leurs compétences.

L'installation formelle d'une collaboration entre l'IPS et le médecin est une disposition nouvelle pour les professionnels québécois. C'est pourquoi, le ministre québécois Gaëtan BARETTE a tenu à rassurer les IPS en confirmant que cette entente était bien un « partenariat » entre l'IPS et le médecin, et non une « relation d'autorité où le médecin supervise chaque acte posé par l'IPS ». <sup>[7]</sup>

L'autonomie n'est pas un vague mot dans la démarche de pratique avancée québécoise et cette notion figure clairement dans le document contractuel « entente de partenariat » lequel rappelle, en préambule, qu'il s'agit surtout « d'une entente collaborative entre des partenaires autonomes et non d'une relation de supervision ». La notion d'autonomie se retrouve aussi dans des « attendus » de l'entente.

En fait, et de manière générale, les IPA/IPS jouent un rôle majeur dans le développement d'une offre de soins centrée sur le patient via cette collaboration concrète avec les autres professionnels de santé, notamment les médecins et force est de constater, aux termes des diverses réactions qui ont émané des différents acteurs que, si la problématique de la sauvegarde de l'autonomie des IPA/IPS, que ce soit en France ou au Québec, est une préoccupation majeure chez les infirmiers, elle l'est aussi, mais d'une autre manière, chez les médecins.

La question du pouvoir médical, aussi délicate soit-elle, est d'autant plus importante que la négociation des frontières entre la profession infirmière et la profession médicale se présente comme un incontournable pour maximiser le plein potentiel des rôles d'IPA et atteindre les objectifs poursuivis en termes d'accessibilité, de globalité et de qualité des services.

En effet, dans le contexte actuel (quel que soit le pays) d'un accès de plus en plus difficile à des soins de qualité, l'intervention nouvelle comme en France ou retoiletée comme au Québec, d'infirmiers capables d'épauler les médecins doit assurément être prise en positif. Ce dispositif doit contribuer à redéfinir l'accompagnement du patient dans son parcours de santé, et ce, en collaboration avec tous les professionnels de santé. Mais cela suppose que chacun, notamment les médecins, soit prêt à leur laisser une véritable place et ne les voit pas comme de simples auxiliaires ou assistants médicaux ou, pire ... comme des concurrents !

Il est nécessaire d'insister sur le fait qu'aujourd'hui, les infirmiers en pratique avancée sont des professionnels de santé ayant acquis un grade de master et qu'ils n'ont pas vocation à remplacer les médecins, mais au contraire à collaborer avec eux afin de leur permettre de dégager du temps médical pour les cas les plus complexes. La clé de la difficile équation pour définir le rôle du professionnel en pratique avancée se trouve peut-être dans la notion de

collaboration interprofessionnelle, à condition bien sûr de s'accorder encore une fois sur ce qu'elle signifie.

En résumé, si l'IPS au Québec a gagné, ces dernières années, en autonomie et que celle-ci reste problématique en France, les professionnels de santé s'accordent néanmoins sur l'intérêt majeur et la priorité d'exercer en bonne et efficace collaboration. Prenons l'exemple de cette infirmière aspirante française, en formation, qui tempère ce contexte de méfiance, de méconnaissance et/ou d'à priori. « (...) sur le terrain, sur un domaine éprouvé au quotidien, on rencontre souvent une infirmière pratiquant en collaboration avec l'équipe médicale qui lui a accordé sa confiance. C'est cette collaboration qui se décline en répartition des rôles et tâches, qui m'a fait cheminer vers les pratiques avancées. Cet exercice nécessite la plus haute conscience de ce que nous sommes en tant que professionnel infirmier. Il n'est pas question d'usurper ou glisser dangereusement mais d'exercer un savoir-faire qui améliorera la qualité du service rendu au patient en apportant les éléments qui permettront au médecin de poser un diagnostic. Il faut avoir en permanence à l'esprit la notion de responsabilité de ses actes et aussi les limites de l'exercice ».

Il est observé, par ailleurs, que les résistances au changement qui surviennent avec l'élargissement des compétences des infirmiers ne sont pas uniquement du fait des médecins, mais peuvent aussi émaner des pairs. En fait, la défiance de ces derniers provient surtout d'un défaut d'informations et d'explications sur ce nouveau rôle dont les compétences et les responsabilités diffèrent du métier d'infirmier-socle sans pour autant qu'il s'agisse de « super infirmière ».

L'information liée au rôle, aux compétences et aux missions que ce soit de l'IPA en France ou de l'IPS au Québec et à tout autre élément relatif à son implantation s'avère primordiale.

Si, en France, la profession exercée par les milliers d'infirmières et d'infirmiers est plutôt bien connue de nos concitoyens, celle d'infirmiers de pratique avancée est encore source d'interrogations pour le personnel de santé et quasiment illisible pour le grand public. En effet, le manque de connaissance et de compréhension de la pratique avancée pourrait bien être la barrière principale à une bonne implantation, si l'on se réfère à l'expérience québécoise à laquelle cette barrière est aussi fréquemment associée, la plus fréquemment décrite. Cette incompréhension du champ de compétences spécifiques, le manque de clarté du rôle de l'IPA et notamment son positionnement par rapport aux autres infirmiers (en plus de celui évoqué avec les médecins), peut engendrer une confusion des rôles et des champs d'exercice, la résistance de l'équipe médicale (la hiérarchie directe pourrait, par exemple, rendre interchangeables les infirmiers et les IPA sur la même fonction !), un manque de confiance envers l'IPA et compromettre son implantation, son rapport avec le patient et l'implantation de tout le système en général.

Le Québec a été confronté (et l'est encore) à ce type de difficultés. Sur le plan de l'expérience du travail, les IPS déplorent le fait que leur rôle est sujet à diverses interprétations dans les milieux, et soulignent le manque de connaissances de la part de certains médecins et autres professionnels. Certains résidents en médecine ont exprimé le fait qu'ils se sentaient menacés par l'arrivée des IPS, concevant qu'elles risquaient de limiter leur accès à la patientèle, de sorte que l'affrontement avec les résidents a été particulièrement vif dans certains milieux. La majorité des IPS ont vécu difficilement les controverses découlant de l'implantation de leur rôle, se sont senties lésées relativement à certains aspects de celui-ci et

certaines ont bien senti qu'elles devaient continuellement convaincre les médecins et démontrer leur compétence.

Pourtant l'évaluation du rôle de l'infirmière en pratique avancée sur la qualité des soins dispensés, amorcée depuis longtemps au Québec et qui se poursuit, démontre que de telles infirmières prodiguent des soins de haute qualité très appréciés par les patients qui ont une grande confiance en elles, ce qui ne peut qu'intensifier leur motivation.

Un autre obstacle relatif au manque de reconnaissance de l'infirmière en pratique avancée, notamment en France mais aussi au Québec dans certains centres de soins, est soulevé et concerne la place et l'acceptation du rôle de l'IPA qui seraient compromises par le positionnement de l'administration hospitalière dont la considération ambiguë et le manque de soutien managérial semblent présenter un effet néfaste sur l'implantation de la pratique avancée, alors qu'elle serait en capacité de promouvoir une politique de soins qui favoriserait les interfaces entre les professionnels. Comme explication avancée, une législation floue influencerait négativement la politique des institutions quant à la mise en œuvre du nouveau rôle.

Tout en gardant conscience que la pratique avancée, dans son ensemble, est incontestablement perfectible, il est cependant important de l'appuyer à de nombreux niveaux pour qu'elle soit ou reste efficace et offre un éventail complet d'avantages aux clients, aux autres membres de l'équipe de santé, aux organisations et à la collectivité dans l'ensemble. Le University Health Network Framework for Advanced Nursing Practice précise que « d'importants défis ont fait leur apparition dans l'application et l'évolution du rôle à cause du manque de cohérence du soutien professionnel et organisationnel de la pratique infirmière avancée. (...) La clarté des rôles, la valeur démontrée et un soutien cohérent font partie intégrante de l'application fructueuse du rôle. »<sup>[146]</sup>

Afin de vaincre les résistances sensibles au changement, des efforts de communication devront être faits, tant au niveau national qu'au niveau des établissements de santé et des acteurs du système de santé. La parution des décrets d'application a été une première étape permettant de définir et de clarifier les modalités d'exercice de la pratique avancée, mais elle ne saurait être suffisante. L'acceptation de ce nouveau métier ne sera complète que si chacun des acteurs est capable de percevoir les intérêts et potentialités de la pratique avancée.

Enfin, le manque de financement et l'absence de reconnaissance salariale ont également été identifiés comme des freins à une implantation réussie des IPS, le même problème se profilant en France.

## VI. Conclusion

---

Tout en rappelant que dans les deux pays, la pratique avancée est, avant tout, centrée sur la pratique clinique (qui est au cœur du parcours de formation), le modèle HAMRIC résume bien les autres compétences professionnelles attendues de l'infirmière de pratique avancée. L'IPS/IPA, outre son expertise d'infirmière, doit ou devra mettre aussi à profit son expertise d'infirmière en matière de :

- recherche en s'inscrivant dans le champ d'une collaboration à des projets de recherche pluridisciplinaires comme travailler sur le principe de Recherche EBN (Evidence Based Nursing), autrement dit la pratique fondée sur des données probantes
- prise de décision éthique en concevant et conduisant des projets de soins personnalisés pour les patients et en collaboration avec eux dans le respect de leurs choix et des données acquises de la science
- collaboration en exerçant auprès du patient et en transversalité ou en support auprès des équipes aussi bien sanitaires que sociales tout au long du parcours de santé, en collaborant et communiquant avec le patient et ses proches, avec le médecin et tous les professionnels acteurs de ce parcours.
- leadership dont les deux vecteurs principaux sont l'analyse de la qualité et l'amélioration de la pratique professionnelle complétées par l'innovation et la communication
- conseil et formation initiale et continue des professionnels de santé (évaluation des besoins, à l'élaboration et la mise en œuvre de programmes de formation)
- de guidance et de coaching

La mission d'accompagnement du patient occupe une place particulièrement importante au cœur de la pratique avancée. L'IPS, mais aussi l'ICS et l'IPA, interviennent dans la coordination de parcours patients pour lesquels (et notamment ceux atteints de pathologies chroniques) elle constitue un interlocuteur privilégié. Or, c'est bien souvent cet accompagnement par une personne ressource qui manque pour cette typologie de patientèle. Bien que l'intérêt de ces professionnelles soit de permettre à la fois un accompagnement personnalisé des patients (par un professionnel connu et identifié), ainsi qu'un véritable parcours de soins dont le patient est le centre, elle œuvre malgré tout en collaboration avec tous les professionnels du secteur (conformément au concept de pratique avancée).

L'infirmière de pratique avancée qui doit combiner efficacité professionnelle et interprofessionnelle et efficacité personnelle, est, dans tous les cas, un maillon supplémentaire mais primordial dans la chaîne du soin dans le cadre d'une prise en charge coordonnée pluridisciplinaire des patients pour faire correspondre la demande et l'offre de soins en garantissant à tous un libre accès à des soins de qualité.

« La pratique avancée joue un rôle clé lorsqu'il s'agit de répondre aux besoins de santé (..) en augmentant le savoir infirmier, en faisant progresser la profession infirmière et en contribuant à un système de santé viable et efficace. » (AIC)

Misons sur le respect des réglementations applicables, mais aussi et surtout, sur leur évolution pour offrir aux populations de chaque pays les services auxquels elles ont droit, pour parfaire et assurer la pérennité du rôle des professionnels de santé de pratique avancée : en fait, des réglementations ambitieuses à la hauteur de ce que ces professionnels sont, de par leur formation, leurs compétences et leur motivation, en droit d'attendre.

## Références bibliographiques

---

- [1] DGOS\_Michel.C. L'infirmier en pratique avancée [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2017. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>
- [2] <http://www.futursploutsh.net>. Rapport OCDE sur la pratique avancée [Internet]. SNPI. Disponible sur : <http://www.syndicat-infirmier.com/Rapport-OCDE-sur-la-pratique.html>
- [3] Nurses in Advanced Roles : A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries [Internet]. 2010 juill. Report No.: 54. Disponible sur: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/nurses-in-advanced-roles\\_5kmbrcfms5g7-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/nurses-in-advanced-roles_5kmbrcfms5g7-en))
- [4] HCSP. Stratégie nationale de santé : Contribution du Haut Conseil de la santé publique [Internet]. Paris : Haut Conseil de la Santé Publique ; 2017 sept. Disponible sur : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=626>
- [5] Site officiel de l'Organisation mondiale de la Santé [Internet]. Disponible sur : <http://www.who.int/fr>
- [6] Site Web public - Disponible sur : <https://www.csbe.qc.ca/statique.html>
- [7] Barrette G, Charlebois L. Programme national de santé publique – 2015-2025. :88.
- [8] Pratique avancée : lentement mais sûrement | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/2812>
- [9] Projections de population à l'horizon 2060 - Insee Première - 1320 [Internet]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281151>
- [10] 10,4 millions de personnes concernées par une affection de longue durée en 2016 [Internet]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/104-millions-de-personnes-concernees-par-une-affection-de-longue-duree-en-2016>
- [11] Santé publique France - InVS [Internet]. Disponible sur : <http://invs.santepubliquefrance.fr/>
- [12] Assurance maladie : vieillissement et maladies chroniques pèsent de plus en plus lourd [Internet]. France Bleu. 2017. Disponible sur : <https://www.francebleu.fr/infos/sante-sciences/l-assurance-maladie-face-aux-defis-de-l-augmentation-des-depenses-pour-les-maladies-chroniques-1496236885>
- [13] Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *The Lancet*. juill 2012;380(9836):37-43.
- [14] Institut national de santé publique du Québec. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec : les analyses [Internet]. Québec : Institut national de santé publique Québec ; 2006. Disponible sur : <http://proxy.ufv.ca:2048/login?url=http://www.deslibris.ca/ID/205488>
- [15] LES INTERPROS [Internet]. Disponible sur : <http://www.lesinterprosdelasante.fr/>

- [16] Les maladies chroniques, maillon faible du système de santé [Internet]. egora.fr. 2017. Disponible sur : <https://www.egora.fr/actus-medicales/sante-publique/29774-les-maladies-chroniques-maillon-faible-du-systeme-de-sante>
- [17] Courier-Vdef-20170602.pdf [Internet]. Disponible sur : <http://www.fnehad.fr/wp-content/uploads/2017/06/Courier-Vdef-20170602.pdf>
- [18] Accès territorial aux soins - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/>
- [19] L'accès aux soins toujours problématique au Québec, selon un rapport [Internet]. Le Soleil. 2017. Disponible sur : <https://www.lesoleil.com/actualite/sante/lacces-aux-soins-toujours-problematique-au-quebec-selon-un-rapport-5aeb06bbb90b635177d6a1f04759d618>
- [20] Ordre des infirmières et infirmiers du Québec | OIIQ [Internet]. Disponible sur : <https://www.oiiq.org/>
- [21] Loi sur les infirmières et les infirmiers [Internet]. RLRQ c I-8. Disponible sur : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/I-8>
- [22] Choisir sa formation [Internet]. OIIQ. Disponible sur : <https://www.oiiq.org/acceder-profession/decouvrir-la-profession/choisir-sa-formation>
- [23] Milieux de pratique de la profession infirmière [Internet]. OIIQ. Disponible sur : <https://www.oiiq.org/acceder-profession/decouvrir-la-profession/milieux-de-pratique>
- [24] Code de la santé publique | Légifrance [Internet]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.doidSectionTA=LEGISCTA000006190610&cidTexte=LEGITEXT000006072665>
- [25] Codeonto\_web.pdf [Internet]. Disponible sur : [https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/codeonto\\_web.pdf](https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/codeonto_web.pdf)
- [26] Infirmier — Wiktionnaire [Internet]. Disponible sur : <https://fr.wiktionary.org/wiki/infirmier>
- [27] Réponse infirmière aux besoins de santé en France, vers une discipline | Cairn.info [Internet]. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2008-2-page-5.htm>
- [28] Code de la santé publique | Légifrance [Internet]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.doidSectionTA=LEGISCTA000006190610&cidTexte=LEGITEXT000006072665>
- [29] Code de la santé publique - Article L4383-2. Code de la santé publique.
- [30] Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier.
- [31] Annexe2competences.pdf [Internet]. Disponible sur : <https://www.infirmiers.com/pdf/3annexe2competences.pdf>
- [32] Infirmier libéral, dans la fonction publique, militaire - les modes d'exercice [Internet]. Infirmiers.com. Disponible sur : <http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/presentation/infirmier-liberal-dans-la-fonction-publique-militaire-les-modes-d-exercice.html>

- [33] Soins infirmiers | l'Encyclopédie Canadienne [Internet]. Disponible sur : <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/soins-infirmiers>
- [34] Civilisations.ca - Histoire des soins infirmiers au Canada - Brève histoire [Internet]. Disponible sur : <https://www.museedelhistoire.ca/cmce/exhibitions/tresors/nursing/nchis01f.shtml>
- [35] Tourigny J, Berthiaume C, Rouleau V. Le rôle de l'infirmière en pratique avancée : de la théorie à la réalité. 2010;7(2):5.
- [36] Sheer B, Wong FKY. The development of advanced nursing practice globally. J Nurs Scholarsh. 2008;40(3):204-11
- [37] COUTANT G. Quelle place de l'infirmière dans l'évolution socio-historique des professions de soin ? [Internet]. Infirmiers.com. Disponible sur : <http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/presentation/historique-de-la-profession.html>
- [38] [https://www.infirmiers.com/pdf/historique\\_profession.pdf](https://www.infirmiers.com/pdf/historique_profession.pdf)
- [39] Fac-similé JO du 27/02/1973, page 02176 | Légifrance [Internet]. Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/jo\\_pdf.do?id=JORFTEXT000000482718&pageCourante=02176](https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000000482718&pageCourante=02176)
- [40] Fac-similé JO du 01/06/1978, page 02235 | Légifrance [Internet]. Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/jo\\_pdf.do?id=JORFTEXT000000704924&pageCourante=02235](https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000000704924&pageCourante=02235)
- [41] Fac-similé JO du 13/07/1980, page 01758 | Légifrance [Internet]. Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/jo\\_pdf.do?id=JORFTEXT000000886863&pageCourante=01758](https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000000886863&pageCourante=01758)
- [42] Décret n°93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières \*déontologie\*. 93-221 févr. 16, 1993.
- [43] Fac-similé JO du 14/04/1979, page 00872 | Légifrance [Internet]. Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/jo\\_pdf.do?id=JORFTEXT000000288804&pageCourante=00872](https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000000288804&pageCourante=00872)
- [44] Décret n° 92-264 du 23 mars 1992 modifiant le décret no 81-306 du 2 avril 1981 modifié relatif aux études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier et d'infirmière.
- [45] Décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. 2002-194 févr. 11, 2002.
- [46] Schober M, Affara F (2006) Advanced nursing practice. Conseil international des infirmiers, Genève
- [47] CONCEPT PEPLAU.pdf [Internet]]. Disponible sur : <http://www.reseau-asteria.fr/CADCI/CONCEPT%20PEPLAU.PDF>
- [48] Def concepts et théories 22 sept 2016.pdf [Internet]. Disponible sur : <http://www.ifsi-clermont60.fr/ifsi/coursbysad/docus/def%20concepts%20et%20theories%2022%20sept%202016.pdf>

- [49] Lindeke L., Zwygart-Stauffacher M., Avery M., Fagerlund K., Overview of advanced practice nursing Core Concepts for Professional Role Development, Springer, 2010, 3-30.
- [50] <http://www.futursploutsh.net>. Pratique avancée en soins infirmiers : définition internationale [Internet]. SNPI. Disponible sur : <http://www.syndicat-infirmier.com/Pratique-avancee-en-soins-infirmiers-definition-internationale.htm>
- [51] Conseil international des infirmières [Internet]. ICN - International Council of Nurses. Disponible sur : <https://www.icn.ch/fr/conseil-international-des-infirmieres>
- [52] ICN-APNETWORK.ORG [Internet]. Disponible sur : <http://icn-apnetwork.org/>
- [53] Conseil international des infirmières. Domaine de pratique, normes et compétences pour l'infirmière de pratique avancée. Genève, Suisse : Conseil International des infirmières ; 2008.
- [54] Hamric AB, Spross JA, Hanson CM (2000) Advanced nursing practice : an integrative approach. WB Saunders Compagny, Philadelphie
- [55] Bryant-Lukosius, D., et DiCenso, A. (2004). « A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles ». Journal of Advanced Nursing, 48, 530-540.
- [56] AIPSQ [Internet]. Disponible sur : <https://aipsq.com/>
- [57] AIPSQ - Devenir infirmière praticienne spécialisée [Internet]. Disponible sur : <https://aipsq.com/infirmieres-praticiennes-specialisees/17-historique>
- [58] Ordonnances et prescriptions (Québec Pharmacie, février 2003) | Histoire de la pharmacie au Québec [Internet]. Disponible sur : <https://histoirepharmacie.wordpress.com/2018/02/20/ordonnances-et-prescriptions-quebec-pharmacie-fevrier-2003/>
- [59] AIPSQ - Découvrir l'Association [Internet]. Disponible sur : <https://aipsq.com/association-des-infirmieres-praticiennes-specialisees-du-quebec/17-historique>
- [60] Lignes directrices | OIIQ [Internet]. Disponible sur : <https://www.oiiq.org/pratique-professionnelle/exercice-infirmier/ips/lignes-directrices>
- [61] Guide pratique d'élaboration d'une entente de partenariat entre une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne et un ou plusieurs médecins partenaires. :24.
- [62] Règlements encadrant la pratique [Internet]. OIIQ. Disponible sur : <https://www.oiiq.org/pratique-professionnelle/exercice-infirmier/ips/reglementation>
- [63] Le rôle des infirmières praticiennes spécialisées optimisé au Québec [Internet]. Disponible sur : <https://www.infirmiers.com/votre-carriere/exercice-international/quebec-infirmieres-specialisees-peuvent-initier-traitements.html>
- [64] LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv. 26, 2016.
- [65] 024000643.pdf [Internet]. Disponible sur : <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/024000643.pdf>

- [66] Berland Y (2003) Rapport « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences ». Observatoire national de la démographie des professions de santé
- [67] 034000619.pdf [Internet]. Disponible sur : <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000619.pdf>
- [68] LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. 2004-806 août 9, 2004.
- [69] Arrêté du 13 décembre 2004 relatif à la coopération entre professionnels de santé.
- [70] 074000457.pdf [Internet]. Disponible sur : <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000457.pdf>
- [71] Transfert de tâches et compétences, suite du feuillet... [Internet]. Disponible sur : <https://www.infirmiers.com/ressources-infirmieres/doc>
- [72] Haute Autorité de Santé - Délégation, transfert, nouveaux métiers... Comment favoriser les formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé [Internet]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_497724/fr/delegation-transfert-nouveaux-metiers-comment-favoriser-les-formes-nouvelles-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_497724/fr/delegation-transfert-nouveaux-metiers-comment-favoriser-les-formes-nouvelles-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante)
- [73] LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill. 21, 2009
- [74] Code de la santé publique - Article L4011-1. Code de la santé publique.
- [75] Accueil | Légifrance, le service public de la diffusion du droit [Internet]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/>
- [76] Code de la santé publique - Article L4011-2 et L4011-3. Code de la santé publique.
- [77] Hénart L, Berland Y, Cadet D. « Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire ». :50.
- [78] Code de la santé publique - Article L4161-1. Code de la santé publique.
- [79] Jovic L, Guenot C, Naberes A, Maison P. Pratiques avancées des professionnels paramédicaux. Recherche en soins infirmiers. 2009 ; N° 99(4) :117-32.
- [80] Premier protocole de coopération de soins, inauguré en PACA par l'IPC sur les myélogrammes : Institut Paoli-Calmettes [Internet]. Disponible sur: <http://www.institutpaolicalmettes.fr/institut/actualites/actualite/article/premier-protocole-de-cooperation-de-soins-inaugure-en-paca-par-lipc-sur-les-myelogrammes/>
- [81] Les 17 objectifs du Plan - Plan cancer 2014-2019, de quoi s'agit-il ? [Internet]. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Plan-cancer-2014-2019-priorites-et-objectifs/Plan-cancer-2014-2019-de-quoi-s-agit-il/Les-17-objectifs-du-Plan>
- [82] Projet de loi santé - [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/151014\\_-\\_Dossier\\_de\\_Presse\\_-\\_Loi\\_de\\_sante.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/151014_-_Dossier_de_Presse_-_Loi_de_sante.pdf)
- [83] Conseil National - Portail National de l'ONI [Internet]. Disponible sur : <https://www.ordre-infirmiers.fr/>

- [84] Arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée.
- [85] Canadian Nurses' Association. La pratique infirmière avancée : un cadre national [Internet]. Ottawa, Ont. : Association des infirmières et infirmiers du Canada ; 2012. Disponible sur : <http://www.deslibris.ca/ID/230660>
- [86] Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2008). La pratique infirmière avancée : un cadre national. Tiré de [https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/anp\\_national\\_framework\\_f.pdf](https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/anp_national_framework_f.pdf)
- [87] Infirmière clinicienne spécialisée (ICS) | OIIQ [Internet]. Disponible sur : <https://www.oiiq.org/pratique-professionnelle/exercice-infirmier/ics-en-prevention-et-contrôle-des-infections>
- [88] DiCenso, A., et Bryant-Lukosius, D. (2010). « The long and winding road : Integration of nurse practitioners and clinical nurse specialists into the Canadian health-care system » [éditorial de collaboration spéciale]. Canadian Journal of Nursing Research, 42(2), 3-8
- [89] Nouvelles lignes directrices IPS [Internet]. OIIQ. Disponible sur : [https://www.oiiq.org/nouvelles/-/asset\\_publisher/DlzUSykOq6S6/content/nouvelles-lignes-directrices-ips](https://www.oiiq.org/nouvelles/-/asset_publisher/DlzUSykOq6S6/content/nouvelles-lignes-directrices-ips)
- [90] Fortier A. Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées. 2018;(8) :7.
- [91] Le vieillissement au Québec [Internet]. INSPQ. Disponible sur : <https://www.inspq.qc.ca/le-vieillissement-au-quebec>
- [92] Rôle [Internet]. OIIQ. Disponible sur : <https://www.oiiq.org/pratique-professionnelle/exercice-infirmier/ips/role>
- [93] Nouvelle réglementation. Des avancées majeures pour les IPS | OIIQ [Internet]. Disponible sur : <https://www.oiiq.org/nouvelle-reglementation-des-avancees-majeures-pour-les-ips>
- [94] Guide pratique d'élaboration d'une entente de partenariat entre une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne et un ou plusieurs médecins partenaires - <https://fmoq.s3.amazonaws.com/pratique/collaboration/IPS/IPS-DOC-2010-09-15-Annexe1.pdf>
- [95] Roch G. Approches stratégiques pour situer les rôles en pratique infirmière avancée au Québec. 2010 ;7 :11
- [96] Infirmière et infirmier clinicien spécialisé [Internet]. Disponible sur: <https://www.cna-aiic.ca/fr/pratique-soins-infirmiers/la-pratique-des-soins-infirmiers/pratique-infirmiere-avancee/infirmiere-et-infirmier-clinicien-specialise>
- [97] L'OIIQ, le CMQ et l'OPQ s'engagent à rehausser la qualité et la sécurité des soins [Internet]. Collège des médecins du Québec. Disponible sur : <http://www.cmq.org/nouvelle/fr/oiiq-cmq-opq-rehausser-qualite-soins.aspx>
- [98] Code de la santé publique - Article 119. Code de la santé publique.
- [99] Pratique avancée : lentement mais sûrement | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/2812>

- [100] IPA Infirmier de pratique avancée : un bon début... avant d'aller encore plus loin ? - Actusoins actualité infirmière [Internet]. Actusoins - infirmière, infirmier libéral actualité de la profession. 2018. Disponible sur : <http://www.actusoins.com/301378/ipa-infirmier-pratique-avancee-un-bon-debut-avant-daller-encore-plus-loin.html>
- [101] Fabregas B. L'heure de vérité pour la pratique avancée [Internet]. Infirmiers.com. 2018. Disponible sur: <https://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/presentation/projet-decret-pratique-avancee-mode-concertation.html>
- [102] 144000233.pdf [Internet]. Disponible sur : <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/144000233.pdf>
- [103] 134000632.pdf [Internet]. Disponible sur : <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000632.pdf>
- [104] De Tocqueville A. « Dans une société démocratique, les hommes peuvent se perdre au lieu de se voir. Il faut donc, pour que les hommes s'humanisent parvenir, à développer l'art de s'associer. ». :259.
- [105] Revue Hospitalière de France - Pratiques avancées en soins infirmiers [Internet]. Disponible sur : <http://www.revue-hospitaliere.fr/Revue/569/Pratiques-avancees-en-soins-infirmiers>
- [106] Méthode Delphi - <https://www.orsas.fr/etudes/category/38-methodologie.html?download=119...delphi>
- [107] Arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée.
- [108] CAB Solidarités. Accès aux soins : Agnès Buzyn et Frédérique Vidal saluent la reconnaissance officielle de la pratique avancée infirmière [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2018. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/acces-aux-soins-agnes-buzyn-et-frederique-vidal-saluent-la-reconnaissance>
- [109] Discours\_de\_m.\_edouard\_philippe\_premier\_ministre\_a\_chalus\_-\_13\_octobre\_2017.pdf [Internet]. Disponible sur: [https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2017/10/discours\\_de\\_m.\\_edouard\\_philippe\\_premier\\_ministre\\_a\\_chalus\\_-\\_13\\_octobre\\_2017.pdf](https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2017/10/discours_de_m._edouard_philippe_premier_ministre_a_chalus_-_13_octobre_2017.pdf)
- [110] NosSénateurs.fr - Regards Citoyens [Internet]. NosSénateurs.fr. Disponible sur : <https://www.NosSénateurs.fr>
- [111] GIC RéPASI de l'ANFIIDE | Réseau de la Pratique Avancée en Soins Infirmiers [Internet]. Disponible sur : <http://www.anfiide-gic-repasi.com/>
- [112] Mélodie FORTIER [Internet]. ManagerSante.com. Disponible sur : <https://www.aneu.eu/secteur/sante/%20>
- [113] Devenir Infirmier en pratique avancée (IPA) - Fiche métier - Studyrama [Internet]. Disponible sur : <https://www.studyrama.com/formations/fiches-metiers/sante/infirmier-en-pratique-avancee-104874>
- [114] Infirmier.com au Salon infirmier 2014 : moments forts et autres actualités... [Internet]. Infirmiers.com. Disponible sur : <http://www.infirmiers.com/les-grands-dossiers/infirmier-com-au-salon-infirmier-2014.html>

- [115] Code de la santé publique - Article R4311-7. Code de la santé publique.
- [116] IPSQ - Formations requises [Internet]. Disponible sur : <https://aipsq.com/infirmieres-praticiennes-specialisees/formations-requises>
- [117] AIPSQ - Certification [Internet]. Disponible sur : <https://aipsq.com/infirmieres-praticiennes-specialisees/certification>
- [118] Québec (Province), Direction nationale des soins et services infirmiers, Québec (Province), Ministère de la santé et des services sociaux, Direction des communications (1999-). Cadre de soutien financier pour le programme d'infirmière praticienne spécialisée : modalités d'application [Internet]. 2018 Disponible sur : <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/3452385>
- [119] Québec (Province), Direction des soins infirmiers. Programme d'intéressement pour l'implantation du rôle de l'infirmière praticienne spécialisée : modalités d'application [Internet]. 2015 Disponible sur : <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2471993>
- [120] MEMOIRE-AIPSQ-FINAL-2017.pdf [Internet]. Disponible sur : <https://aipsq.com/images/INFO/MEMOIRE-AIPSQ-FINAL-2017.pdf>
- [121] Durand S, Maillé M. Mémoire : optimiser la contribution des infirmières praticiennes spécialisées pour mieux servir la population québécoise. Montréal : O.I.I.Q. ; 2013.
- [122] Bryant-Lukosius, D., Carter, N., Kilpatrick, K., Martin-Misener, R., Donald, F., Kaasalainen, S., Harbman, P., Bourgeath, I. et DiCenso, A. (2010). « The clinical nurse specialist role in Canada », *Nursing Leadership*, 23 (numéro spécial), 140-166. doi:10.12927/cjnl.2010.22273
- [123] Mirr Jansen MP, Zwygart-Stauffacher M. Advanced practice nursing : core concepts for professional role development [Internet]. 3rd ed. New York : Springer Pub. Co; 2006. Disponible sur: <https://trove.nla.gov.au/work/29292132>
- [124] Salyer, J., & Hamric, A. B. (2010). Evolving and innovative opportunities for advanced practice nursing. Dans A. B. Hamric, J. A. Spross, & C. M. Hanson (Eds.), *Advanced practice nursing : An integrative Approach* (4e éd.). (pp. 520-540). St-Louis, MI : Saunders Elsevier.
- [125] Nancarrow, S. A., & Borthwick, A. M. (2005). Dynamic professional boundaries in the healthcare workforce. *Sociology of Health & Illness*, 27(7), 897-919
- [126] Sparacino, P. S. A., & Cartwright, C. C. (2009) The clinical nurse specialist. Dans A. B. Hamric, J. A. Spross, & C. M. Hanson (Eds.), *Advanced practice nursing : An integrative Approach*(4e éd.). (pp. 349-379). St-Louis, MI : Saunders Elsevier
- [127] Thomas E. J., Biddle B. J. (1966). Basic concepts for classifying the phenomena of role. In B. J., Biddle & E. J. Thomas (Eds.), *Role Theory: Concepts and Research* (pp.23-45). New York : John Wiley & Sons, Inc.
- [128] Hamric, A. B., Hanson, C. M. Tracy, M. F., & O'Grady, E. T. (2014). *Advanced practice nursing: An integrative approach* (5th ed.). Philadelphie : W.B. Saunders
- [129] Pepin, J., Kerouac, S., & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière*. (3e éd.). Montréal: Chenelière Éducation.
- [130] 5000 infirmières en pratique avancée d'ici à la fin du quinquennat : la promesse du Gouvernement | egora.fr [Internet]. Disponible sur: <https://www.egora.fr/actus->

pro/systeme-de-sante/40531-5000-infirmieres-en-pratique-avancee-d-ici-a-la-fin-du-quinquennat

- [131] Lancement du premier master de pratique avancée en soins infirmiers [Internet]. Disponible sur: <https://www.infirmiers.com/actualites/actualites/lancement-du-premier-master-de-pratique-avancee-en-soins-infirmiers.html>
- [132] BEURET G. UFR Médecine - Diplôme d'État d'Infirmier en Pratique Avancée (IPA) - Formation initiale [Internet]. UFR Médecine. Disponible sur: <http://www.medecine.univ-nantes.fr/formation-initiale/diplome-d-etat-d-infirmier-en-pratique-avancee-ipa-formation-initiale--2282548.kjsp?RH=1182868390315>
- [133] Code de l'éducation - Article D636-80. Code de l'éducation.
- [134] Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/>
- [135] Adam C. 31. culture médicale 32. rencontre. 2018 ;36.
- [136] <http://www.futursploutsh.net>. L'infirmière de Pratique Avancée (DE master IPA) [Internet]. SNPI. Disponible sur : <http://www.syndicat-infirmier.com/L-infirmiere-de-Pratique-Avancee-master-IPA.html>
- [137] [137] Décision du 11/10/2018 - Modification de la liste des médicaments de médication officinale mentionnée à l'article R. 5121-202 du CSP - ANSM: Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. Disponible sur : <https://ansm.sante.fr/Decisions/Generiques-biosimilaires-medicaments-en-acces-direct-depot-de-publicite-PSL-MDS-bonnes-pratiques-Medicaments-en-acces-direct/Decision-du-11-10-2018-Modification-de-la-liste-des-medicaments-de-medication-officinale-mentionnee-a-l-article-R.-5121-202-du-CSP>
- [138] OMS | Allocution du Dr Margaret Chan, Directeur général, à la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé [Internet]. WHO. Disponible sur : <http://www.who.int/dg/speeches/2015/68th-wha/fr/>
- [139] Ambrosino F. L'infirmière\* de pratique avancée. 2015 ;43.
- [140] Note aux médecins en partenariat avec une infirmière praticienne spécialisée en première ligne (IPSL). :2.
- [141] Infirmière praticienne spécialisée: optimiser leur contribution | OIIQ [Internet]. Disponible sur : <https://www.oiiq.org/optimiser-la-contribution-des-ips-pour-mieux-servir-la-population-quebecoise-memoire>
- [142] <http://www.futursploutsh.net>. SNPI [Internet]. SNPI. Disponible sur : <http://www.syndicat-infirmier.com/>
- [143] FNI - Fédération Nationale des Infirmiers [Internet]. FNI - Fédération Nationale des Infirmiers. Disponible sur : <https://www.fni.fr/>
- [144] BOURQUIN S. Ne pas opposer les professionnels sur la question des IPA [Internet]. Infirmiers.com. 2018. Disponible sur: <https://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/presentation/pratique-avancee-faut-que-medecins-detendent-dixit-infirmiers.html>
- [145] Dgos\_ipa\_faq\_juillet\_2018.pdf [Internet]. Disponible sur : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos\\_ipa\\_faq\\_juillet\\_2018.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_ipa_faq_juillet_2018.pdf)

- [146] Micevski, V., Korkola, L., Sarkissian, S., Mulcahy, V., Shobbrook, C., Belford, L., & Kells, L. (2004). « University Health Network framework for advanced nursing practice: Development of a comprehensive conceptual framework describing the multidimensional contributions of advanced practice nurses ». *Nursing Leadership*,17(3), 52-64.
- [147] Kleinpell R, Gawlinski A. Assessing outcomes in advanced practice nursing practice: the use of quality indicators and evidence-based practice. *AACN Clin Issues*. mars 2005 ;16(1) :43 57.

## Annexes

---

Annexe 1. Article L.1411–1 du Code de la Santé Publique .....	125
Annexe 2. Arrêté du 20 mars 2012 .....	127
Annexe 3. Recommandations en matière de formation et de régulation.....	130
Annexe 4. Article 51 de Loi n°2009–879 du 21 juillet 2009 .....	131
Annexe 5. Arrêté du 31 décembre 2009.....	133
Annexe 6. Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 .....	136
Annexe 7. Arrêté du 18 juillet 2018 .....	140
Annexe 8. Décret n°2018-633 du 18 juillet 2018 .....	145
Annexe 9. Actes délégués aux IPS par la loi 90.....	148
Annexe 10. Tableau des rôles respectifs et attributions des IPS et ICS .....	149
Annexe 11. Article L.1110–4 du Code de la santé publique .....	150
Annexe 12. Article L162-5-3 du Code de la sécurité sociale .....	152
Annexe 13. « Protocole vaccinations » .....	153
Annexe 14. « Protocole ASALEE » .....	155
Annexe 15. « Protocole plaies et cicatrisation » .....	156
Annexe 16. Cheminement universitaire des étudiant(e) en sciences infirmières .....	159

## **Annexe 1. Article L.1411–1 du Code de la Santé Publique**

Article L.1411–1 du Code de la Santé Publique modifié par Ordonnance n°2017–31 du 12 janvier 2017 – art.5

La Nation définit sa politique de santé afin de garantir le droit à la protection de la santé de chacun.

La politique de santé relève de la responsabilité de l'État.

Elle tend à assurer la promotion de conditions de vie favorables à la santé, l'amélioration de l'état de santé de la population, la réduction des inégalités sociales et territoriales et l'égalité entre les femmes et les hommes et à garantir la meilleure sécurité sanitaire possible et l'accès effectif de la population à la prévention et aux soins.

La politique de santé comprend :

1. La surveillance et l'observation de l'état de santé de la population et l'identification de ses principaux déterminants, notamment ceux liés à l'éducation et aux conditions de vie et de travail. L'identification de ces déterminants s'appuie sur le concept d'exposome, entendu comme l'intégration sur la vie entière de l'ensemble des expositions qui peuvent influencer la santé humaine ;

2. La promotion de la santé dans tous les milieux de vie, notamment dans les établissements d'enseignement et sur le lieu de travail, et la réduction des risques pour la santé liés à l'alimentation, à des facteurs environnementaux et aux conditions de vie susceptibles de l'altérer ;

3. La prévention collective et individuelle, tout au long de la vie, des maladies et de la douleur, des traumatismes et des pertes d'autonomie, notamment par la définition d'un parcours éducatif de santé de l'enfant, par l'éducation pour la santé, par la lutte contre la sédentarité et par le développement de la pratique régulière d'activités physiques et sportives à tous les âges ;

4. L'animation nationale des actions conduites dans le cadre de la protection et de la promotion de la santé maternelle et infantile mentionnée à l'article L.2111–1 ;

5. L'organisation des parcours de santé. Ces parcours visent, par la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, en lien avec les usagers et les collectivités territoriales, à garantir la continuité, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'efficacité de la prise en charge de la population, en tenant compte des spécificités géographiques, démographiques et saisonnières de chaque territoire, afin de concourir à l'équité territoriale ;

6. La prise en charge collective et solidaire des conséquences financières et sociales de la maladie, de l'accident et du handicap par le système de protection sociale ;

7. La préparation et la réponse aux alertes et aux crises sanitaires ;

8. La production, l'utilisation et la diffusion des connaissances utiles à son élaboration et à sa mise en œuvre ;

9. La promotion des activités de formation, de recherche et d'innovation dans le domaine de la santé ;

10. L'adéquation entre la formation initiale des professionnels de santé et l'exercice ultérieur de leurs responsabilités ;

11. L'information de la population et sa participation, directe ou par l'intermédiaire d'associations, aux débats publics sur les questions de santé et sur les risques sanitaires et aux processus d'élaboration et de mise en œuvre de la politique de santé.

La politique de santé est adaptée aux besoins des personnes en situation de handicap et de leurs aidants familiaux.

Tout projet de loi portant sur la politique de santé, à l'exclusion des projets de loi de financement de la sécurité sociale et de loi de finances, fait l'objet d'une concertation préalable avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, les organismes professionnels représentant les mutuelles et unions de mutuelles régies par le code de la mutualité, les institutions de prévoyance et unions d'institutions de prévoyance régies par le code de la sécurité sociale, les entreprises mentionnées à l'article L.310-1 du code des assurances et offrant des garanties portant sur le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, l'Union nationale des professionnels de santé, les représentants des collectivités territoriales et l'Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé.

## Annexe 2. Arrêté du 20 mars 2012

Arrêté du 20 mars 2012 fixant la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers sont autorisés à prescrire

### Article 1

En application de l'article L.4311-1 du code de la santé publique, les infirmiers, lorsqu'ils agissent sur prescription médicale, sont autorisés à prescrire à leurs patients, sauf en cas d'indication contraire du médecin, les dispositifs médicaux :

- inscrits sous une ligne générique ou un nom de marque et appartenant à une catégorie visée par l'article 2 du présent arrêté, sauf mention contraire, sur la liste prévue à l'article L.165 -1 (LPP) du code de la sécurité sociale ;
- correspondant à une combinaison (set) de plusieurs produits inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale et appartenant à l'une des catégories visées dans l'article 2.

Les sets qui comprennent au moins un produit n'appartenant pas à l'une des catégories visées dans l'article 2 ne peuvent pas être prescrits par les infirmiers.

### Article 2

I. — A l'exclusion du petit matériel nécessaire à la réalisation de l'acte facturé, les infirmiers sont autorisés, lorsqu'ils agissent pendant la durée d'une prescription médicale d'une série d'actes infirmiers et dans le cadre de l'exercice de leur compétence, à prescrire aux patients, sauf en cas d'indication contraire du médecin, les dispositifs médicaux suivants :

#### 1. Articles pour pansement :

- pansements adhésifs stériles avec compresse intégrée ;
- compresses stériles (de coton hydrophile) à bords adhésifs ;
- compresses stériles de coton hydrophile non adhérente ;
- pansements et compresses stériles absorbants non adhérents pour plaies productives
- compresses stériles non tissées ;
- compresses stériles de gaze hydrophile ;
- gaze hydrophile non stérile ;
- compresses de gaze hydrophile non stériles et non tissées non stériles ;
- coton hydrophile non stérile ;
- ouate de cellulose chirurgicale ;
- sparadraps élastiques et non élastiques ;
- filets et jerseys tubulaires ;
- bandes de crêpe en coton avec ou sans présence d'élastomère ;

- bandes extensibles tissées ou tricotées ;
- bandes de crêpe en laine ;
- films adhésifs semi-perméables stériles ;
- sets pour plaies.

2. Cerceaux pour lit de malade.

3. Dispositifs médicaux pour le traitement de l'incontinence et pour l'appareil urogénital

- étui pénien, joint et raccord ;
- plat bassin et urinal ;
- dispositifs médicaux et accessoires communs pour incontinenents urinaires, fécaux et stomisés : poches, raccord, filtre, tampon, supports avec ou sans anneau de gomme, ceinture, clamp, pâte pour protection péristomiale, tampon absorbant, bouchon de matières fécales, collecteur d'urines et de matières fécales ;
- dispositifs pour colostomisés pratiquant l'irrigation ;
- nécessaire pour irrigation colique ;
- sondes vésicales pour auto-sondage et hétéro-sondage.

4. Dispositifs médicaux pour perfusion à domicile :

a) Appareils et accessoires pour perfusion à domicile :

- appareil à perfusion stérile non réutilisable ;
- panier de perfusion ;
- perfuseur de précision ;
- accessoires à usage unique de remplissage du perfuseur ou du diffuseur portable ;
- accessoires à usage unique pour pose de la perfusion au bras du malade en l'absence de cathéter implantable ;

b) Accessoires nécessaires à l'utilisation d'une chambre à cathéter implantable ou d'un cathéter central tunnelisé :

- aiguilles nécessaires à l'utilisation de la chambre à cathéter implantable
- aiguille, adhésif transparent, prolongateur, robinet à trois voies ;

c) Accessoires stériles, non réutilisables, pour hépariner : seringues ou aiguilles adaptées, prolongateur, robinet à 3 voies ;

d) Pieds et potences à sérum à roulettes.

II. — Par ailleurs, peuvent également être prescrits dans les mêmes conditions qu'au I, et sous réserve d'une information du médecin traitant désigné par leur patient, les dispositifs médicaux suivants :

1. Matelas ou surmatelas d'aide à la prévention des escarres en mousse avec découpe en forme de gaufrier.

2. Coussin d'aide à la prévention des escarres :

- coussins à air statique ;
- coussins en mousse structurée formés de modules amovibles ;
- coussins en gel ;
- coussins en mousse et gel.

3. Pansements :

- hydrocolloïdes ;
- hydrocellulaires ;
- alginates ;
- hydrogels ;
- en fibres de carboxyméthylcellulose (CMC) ;
- à base de charbon actif ;
- à base d'acide hyaluronique seul ;
- interfaces (y compris les silicones et ceux à base de carboxyméthylcellulose)
- pansements vaselinés

4. Sonde naso-gastrique ou naso-entérale pour nutrition entérale à domicile.

5. Dans le cadre d'un renouvellement à l'identique, orthèses élastiques de contention des membres :

- bas (jarret, cuisse) ;
- chaussettes et suppléments associés.

6. Dans le cadre d'un renouvellement à l'identique, accessoires pour lecteur de glycémie :

- lancettes ;
- bandelettes d'autosurveillance glycémique ;
- autopiqueurs à usage unique ;
- seringues avec aiguilles pour auto-traitement ;
- aiguilles non réutilisables pour stylo injecteur ;
- ensemble stérile non réutilisable (aiguilles et réservoir) ;
- embout perforateur stérile.

### **Annexe 3. Recommandations en matière de formation et de régulation**

#### Normes de formation :

- prérequis
  - qualification d'infirmière professionnelle
  - cadre national réglementant l'exercice adapté
- formation de niveau master
- accréditation des programmes
- formation théorique et clinique
- programmes enseignés majoritairement par des professionnels infirmiers qualifiés
- approche incluant le concept de développement professionnel continuant

#### Normes de régulation :

- protection du titre souhaitable
- législation encadrant la pratique
  - droit de diagnostiquer des pathologies
  - droit de prescription (médicaments, examens paracliniques)

#### **Annexe 4. Article 51 de Loi n°2009–879 du 21 juillet 2009**

Article 51 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

I.-Au début de la quatrième partie du code de la santé publique, il est ajouté un livre préliminaire ainsi rédigé :

« LIVRE PRÉLIMINAIRE « DISPOSITIONS COMMUNES

« TITRE Ier

« COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ

« Chapitre unique

« Art.L.4011-1.-Par dérogation aux articles L. 1132-1, L. 4111-1, L. 4161-1, L. 4161-3, L. 4161-5, L. 4221-1, L. 4311-1, L. 4321-1, L. 4322-1, L. 4331-1, L. 4332-1, L. 4341-1, L. 4342-1, L. 4351-1, L. 4361-1, L. 4362-1, L. 4364-1 et L. 4371-1, les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient. Ils interviennent dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience ainsi que dans le cadre des protocoles définis aux articles L. 4011-2 et L. 4011-3.

« Le patient est informé, par les professionnels de santé, de cet engagement dans un protocole impliquant d'autres professionnels de santé dans une démarche de coopération interdisciplinaire impliquant des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganisation de leurs modes d'intervention auprès de lui.

« Art.L.4011-2.-Les professionnels de santé soumettent à l'agence régionale de santé des protocoles de coopération. L'agence vérifie que les protocoles répondent à un besoin de santé constaté au niveau régional puis les soumettent à la Haute Autorité de santé.

« Ces protocoles précisent l'objet et la nature de la coopération, notamment les disciplines ou les pathologies, le lieu et le champ d'intervention des professionnels de santé concernés.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé autorise la mise en œuvre de ces protocoles par arrêté pris après avis conforme de la Haute Autorité de santé.

« La Haute Autorité de santé peut étendre un protocole de coopération à tout le territoire national. Dans ce cas, le directeur général de l'agence régionale de santé autorise la mise en œuvre de ces protocoles par arrêté. Il informe la Haute Autorité de santé de sa décision.

« Les protocoles de coopération étendus sont intégrés à la formation initiale ou au développement professionnel continu des professionnels de santé selon des modalités définies par voie réglementaire.

« Art.L.4011-3.-Les professionnels de santé qui s'engagent mutuellement à appliquer ces protocoles sont tenus de faire enregistrer, sans frais, leur demande d'adhésion auprès de l'agence régionale de santé.

« L'agence vérifie, dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé, que la volonté de l'ensemble des parties prenantes de coopérer est avérée, que le demandeur dispose d'une garantie assurantielle portant sur le champ défini par le protocole et qu'il a fourni la preuve de son expérience dans le domaine considéré et de sa formation. L'enregistrement de la demande vaut autorisation.

« Les professionnels s'engagent à procéder, pendant une durée de douze mois, au suivi de la mise en œuvre du protocole selon des modalités fixées par arrêté du ministre chargé de la santé et à transmettre les informations relatives à ce suivi à l'agence régionale de santé et à la Haute Autorité de santé.

« L'agence régionale de santé peut décider de mettre fin à l'application d'un protocole, pour des motifs et selon des modalités définies par arrêté. Elle en informe les professionnels de santé concernés et la Haute Autorité de santé. »

II.-L'article 131 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique est abrogé.

## Annexe 5. Arrêté du 31 décembre 2009

Arrêté du 31 décembre 2009 relatif à la procédure applicable aux protocoles de coopération entre professionnels de santé

### Article 1

I. - Les professionnels de santé qui soumettent un protocole de coopération à l'agence régionale de santé, en application de l'article L. 4011-2 du code de la santé publique, renseignent le modèle type du protocole annexé au présent arrêté.

Les protocoles portent sur les transferts d'activités, actes de soins ou la réorganisation des modes d'intervention des professionnels de santé auprès du patient.

II. - L'arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé, mentionné au troisième alinéa de l'article L. 4011-2 du code de la santé publique, intervient dans un délai de deux mois à compter de l'accusé de réception du protocole conforme à ce modèle type. Le défaut de réponse du directeur général de l'agence régionale de santé, dans le même délai, vaut rejet de la demande.

En application de l'article 5 de la loi du 11 juillet 1979 susvisée, les motifs du rejet sont communiqués à l'intéressé à sa demande.

III. — Les protocoles autorisés sont transmis par le directeur général de l'agence régionale de santé à l'instance régionale ou interrégionale de l'ordre et à l'union régionale des professions de santé concernées.

### Article 2

I. - En application de l'article L. 4011-3 du code de la santé publique, les professionnels de santé qui demandent à adhérer à un protocole de coopération fournissent à l'agence régionale de santé les pièces dont la liste figure en annexe, en vue de faire enregistrer leur demande.

Ces pièces comportent notamment :

1° L'arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé autorisant le protocole considéré, joint en annexe dudit arrêté, en application du troisième alinéa de l'article L. 4011-2 du code de la santé publique ;

2° Une déclaration exprimant leur volonté mutuelle d'appliquer le protocole. Le modèle de la déclaration figure en annexe du présent arrêté ;

3° Une attestation d'assurance de responsabilité civile professionnelle couvrant les activités décrites dans le protocole considéré qui ont vocation à être effectuées par le professionnel de santé exerçant à titre libéral.

Le professionnel de santé exerçant à titre salarié transmet un document fourni par son employeur attestant de la souscription d'un contrat d'assurance au titre du quatrième alinéa de l'article L. 1142-2 du code de la santé publique, sans préjudice de l'attestation d'assurance qu'il est susceptible d'avoir souscrit pour garantir sa responsabilité personnelle ;

4° Tous documents attestant de l'expérience, de la formation initiale et continue et des actions de développement professionnel continu acquises leur permettant la réalisation des activités, des actes de soins ou des modes d'intervention définis par le protocole et dans le champ prévu

par celui-ci. Ces documents peuvent prendre la forme d'attestation, d'habilitation ou de certificat délivrés par toutes entités, telles que les organismes formateurs, organismes professionnels, organismes certificateurs, établissements de santé, établissements sociaux ou médico-sociaux, associations professionnelles ayant été en capacité de les constater. L'expérience peut également être attestée par des professionnels de santé ayant été en capacité de la constater ;

5° Lorsque le professionnel exerce en qualité de salarié, la demande qui est transmise à l'agence régionale de santé comporte l'accord de l'employeur. Celui-ci en informe les instances concernées au sein de l'établissement.

II. - L'enregistrement de la demande intervient dans un délai de deux mois à compter de l'accusé de réception du dossier complet de demande d'adhésion dans une démarche de coopération. Le défaut de réponse du directeur général de l'agence régionale de santé, dans le même délai, vaut rejet de la demande.

En application de l'article 5 de la loi du 11 juillet 1979 susvisée, les motifs du rejet sont communiqués à l'intéressé à sa demande.

III. — Le directeur général de l'agence régionale de santé informe les instances régionales ou interrégionales des ordres concernés et l'union régionale des professions de santé concernée des adhésions acceptées.

### Article 3

I. - Lorsque les professionnels de santé souhaitent s'engager dans un protocole qui est déjà autorisé et appliqué dans une région autre que celle où ils exercent, le directeur général de l'agence régionale de santé constate, avant d'instruire la demande d'adhésion, que le protocole répond à un besoin de santé régional et autorise, par arrêté, son application dans la région concernée.

A l'appui de leur demande, les professionnels de santé transmettent les pièces mentionnées à l'article 2.

II. - L'arrêté autorisant le protocole est pris dans le délai mentionné au II de l'article premier.

La demande d'adhésion à ce protocole est enregistrée dans le délai prévu au II de l'article 2.

### Article 4

Dans le cadre de l'instruction de la demande d'adhésion des professionnels de santé à un protocole autorisé, le directeur général de l'agence régionale de santé peut saisir les instances ordinales compétentes pour obtenir toutes informations individuelles complémentaires portant notamment sur la situation déontologique et disciplinaire du professionnel ainsi que sur son expérience et sa formation.

Lorsque la profession est dépourvue d'instance ordinale, le directeur général de l'agence régionale de santé peut saisir, en vue d'obtenir des informations générales complémentaires, tout syndicat de la profession représentée au sein de l'union régionale des professions de

santé ou, si la profession n'est pas représentée au sein de cette instance, les associations professionnelles représentées au sein du Haut Conseil des professions paramédicales, institué à l'article D. 4381-1 du code de la santé publique. Il peut également demander des informations au représentant du ministère certificateur dans la région.

#### Article 5

Le directeur général de l'agence régionale de santé qui procède à l'enregistrement de la demande d'adhésion, en application des deux premiers alinéas de l'article L. 4011-3 du code de la santé publique, transmet sans délai au ministre chargé de la santé les éléments constitutifs de cet enregistrement. Cet enregistrement assure la traçabilité des professionnels qui ont adhéré à un protocole et de son contenu.

#### Article 6

La directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins est chargée de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

## Annexe 6. Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018

Décret n°2018–629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée

### Article 1

Au début du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique, partie réglementaire, il est inséré un titre préliminaire et un chapitre Ier ainsi rédigés :

« Titre PRÉLIMINAIRE

« EXERCICE EN PRATIQUE AVANCÉE

« Chapitre Ier

« Exercice infirmier en pratique avancée

« Art. R. 4301-1.-L'infirmier exerçant en pratique avancée dispose de compétences élargies, par rapport à celles de l'infirmier diplômé d'État, validées par le diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée délivré par les universités dans les conditions définies aux articles D. 636-73 à D. 636-81 du code de l'éducation.

« Il participe à la prise en charge globale des patients dont le suivi lui est confié par un médecin, conformément aux dispositions de l'article L. 4301-1 du présent code. La conduite diagnostique et les choix thérapeutiques sont définis par ce médecin et mis en œuvre dans les conditions définies au présent article ainsi qu'aux articles R. 4301-2 à R. 4301-7 et D. 4301-8.

« Dans le respect du parcours de soins du patient coordonné par le médecin traitant mentionné à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, l'infirmier exerçant en pratique avancée apporte son expertise et participe, en collaboration avec l'ensemble des professionnels concourant à la prise en charge du patient, à l'organisation des parcours entre les soins de premier recours, les médecins spécialistes de premier ou deuxième recours et les établissements et services de santé ou médico-sociaux.

« Art. R. 4301-2.-Le ou les domaines d'intervention ouverts à l'exercice infirmier en pratique avancée, dont la mention correspondante est inscrite dans le diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée, sont les suivants :

« 1° Pathologies chroniques stabilisées ; prévention et polyopathologies courantes en soins primaires. La liste des pathologies chroniques stabilisées est établie par arrêté du ministre chargé de la santé ;

« 2° Oncologie et hémato-oncologie ;

« 3° Maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale.

« Art. R. 4301-3.-Dans le ou les domaines d'intervention définis à l'article R. 4301-2 inscrits dans son diplôme et dans les conditions prévues à l'article D. 4301-8 :

« 1° L'infirmier exerçant en pratique avancée est compétent pour conduire un entretien avec le patient qui lui est confié, effectuer une anamnèse de sa situation et procéder à son examen clinique ;

« 2° L'infirmier exerçant en pratique avancée peut :

« a) Conduire toute activité d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage qu'il juge nécessaire ;

« b) Effectuer tout acte d'évaluation et de conclusion clinique ou tout acte de surveillance clinique et paraclinique, consistant à adapter le suivi du patient en fonction des résultats des actes techniques ou des examens complémentaires ou de l'environnement global du patient ou reposant sur l'évaluation de l'adhésion et des capacités d'adaptation du patient à son traitement ou sur l'évaluation des risques liés aux traitements médicamenteux et non médicamenteux ;

« c) Effectuer les actes techniques et demander les actes de suivi et de prévention inscrits sur les listes établies par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Académie nationale de médecine ; « d) Prescrire :

«-des médicaments non soumis à prescription médicale obligatoire figurant sur la liste établie par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé en application de l'article R. 5121-202 ;

«-des dispositifs médicaux non soumis à prescription médicale obligatoire dont la liste est établie par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Académie nationale de médecine ;

«-des examens de biologie médicale dont la liste est établie par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Académie nationale de médecine ;

« e) Renouveler, en les adaptant si besoin, des prescriptions médicales dont la liste est établie par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Académie nationale de médecine.

« Art. R. 4301-4.-Dans le cadre du travail en équipe entre le ou les médecins et le ou les infirmiers exerçant en pratique avancée conformément à l'article R. 4301-1, un protocole d'organisation est établi.

« Ce protocole précise :

« 1° Le ou les domaines d'intervention concernés ;

« 2° Les modalités de prise en charge par l'infirmier exerçant en pratique avancée des patients qui lui sont confiés ;

« 3° Les modalités et la régularité des échanges d'information entre le médecin et l'infirmier exerçant en pratique avancée ;

« 4° Les modalités et la régularité des réunions de concertation pluriprofessionnelle destinées à échanger sur la prise en charge des patients concernés ;

« 5° Les conditions de retour du patient vers le médecin, notamment dans les situations prévues aux articles R. 4301-5 et R. 4301-6.

« Le protocole d'organisation est signé par le ou les médecins et le ou les infirmiers exerçant en pratique avancée. Le modèle du document prévu à l'article R. 4301-6, élaboré par le ou les

médecins et par le ou les infirmiers exerçant en pratique avancée, figure en annexe du protocole. Le protocole est porté, le cas échéant, à la connaissance de l'ensemble de l'équipe de soins.

« Art. R. 4301-5.-Le médecin, après concertation avec le ou les infirmiers exerçant en pratique avancée, détermine les patients auxquels un suivi par un infirmier exerçant en pratique avancée est proposé. Cette décision est prise après examen du dossier médical du patient et en référence aux compétences attestées par le diplôme d'Etat de l'infirmier en pratique avancée, délivré par l'université.

« Le médecin et l'infirmier exerçant en pratique avancée partagent les informations nécessaires au suivi du patient en application de l'article L. 1110-4. Le médecin met à la disposition de l'infirmier exerçant en pratique avancée le dossier médical du patient. Les résultats des interventions de l'infirmier exerçant en pratique avancée sont reportés dans le dossier médical et le médecin en est tenu informé. La transmission de ces informations se fait par des moyens de communication sécurisés.

« Lorsque l'infirmier exerçant en pratique avancée constate une situation dont la prise en charge dépasse son champ de compétences, il adresse le patient sans délai au médecin et en informe expressément ce dernier afin de permettre une prise en charge médicale dans un délai compatible avec l'état du patient.

« Art. R. 4301-6.-Le médecin informe le patient des modalités prévues de sa prise en charge par l'infirmier exerçant en pratique avancée. Ces modalités figurent dans le document prévu en annexe du protocole d'organisation, rempli et signé par le médecin, et remis par ce dernier au patient, ou, le cas échéant, à sa personne de confiance, à son représentant légal ou aux parents lorsqu'il s'agit d'une personne mineure. Ce document est versé au dossier médical du patient.

« Ce document précise les informations suivantes :

« 1° La composition de l'équipe ;

« 2° La fréquence à laquelle le médecin souhaite revoir le patient en consultation ;

« 3° Le droit de refus par le patient d'être suivi par l'infirmier exerçant en pratique avancée sans conséquence sur sa prise en charge, conformément à l'article L. 1110-8 ;

« 4° Les conditions de retour vers le médecin, sur décision de l'infirmier exerçant en pratique avancée, notamment dans les situations prévues au dernier alinéa de l'article R. 4301-5 ou sur demande du patient ;

« 5° Les modalités garantissant le respect de la confidentialité des données personnelles du patient lors de leur transmission entre le médecin et l'infirmier exerçant en pratique avancée.

« Art. R. 4301-7.-Au sein de l'équipe, l'infirmier exerçant en pratique avancée contribue à l'analyse et à l'évaluation des pratiques professionnelles infirmières et à leur amélioration ainsi qu'à la diffusion de données probantes et à leur appropriation.

« Il participe à l'évaluation des besoins en formation de l'équipe et à l'élaboration des actions de formation.

« Il contribue à la production de connaissances en participant aux travaux de recherche relatifs à l'exercice infirmier.

« Art. D. 4301-8.-L'infirmier est autorisé à exercer en pratique avancée dans l'un des domaines d'intervention prévus à l'article R. 4301-2, s'il remplit les conditions suivantes :

« 1° Obtenir le diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée délivré par les universités dans les conditions définies à l'article D. 636-81 du code de l'éducation, dans la mention correspondant au domaine d'intervention ;

« 2° Justifier de trois années minimum d'exercice en équivalent temps plein de la profession d'infirmier ;

« 3° Être enregistré auprès du service ou de l'organisme désigné à cette fin par un arrêté du ministre chargé de la santé. »

## Article 2

La ministre des solidarités et de la santé est chargée de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

## Annexe 7. Arrêté du 18 juillet 2018

Arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R.4301-3 du Code de la santé publique

### Article 1

Les listes des actes techniques que l'infirmier exerçant en pratique avancée peut effectuer, des actes de suivi et de prévention qu'il est autorisé à demander, des dispositifs médicaux non soumis à prescription médicale obligatoire et des examens de biologie médicale qu'il est autorisé à prescrire et des prescriptions médicales qu'il est autorisé à renouveler ou à adapter, sont fixées en annexes I à V du présent arrêté.

### Article 2

La directrice générale de l'offre de soins est chargée de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

### ANNEXE I

Liste des actes techniques que l'infirmier exerçant en pratique avancée est autorisé à effectuer sans prescription médicale et, le cas échéant, à en interpréter les résultats pour les pathologies dont il assure le suivi :

- Réalisation d'un débitmètre de pointe.
- Holter tensionnel, prélèvements de sang par ponction veineuse ou capillaire ou par cathéter veineux.
- Prélèvements de sang par ponction artérielle pour gazométrie.
- Prélèvements non sanglants effectués au niveau des téguments ou des muqueuses directement accessibles.
- Prélèvements et collecte de sécrétions et d'excrétions.
- Recueil aseptique des urines.
- Réalisation et surveillance de pansements spécifiques.
- Ablation du matériel de réparation cutanée.
- Pose de bandages de contention.
- Ablation des dispositifs d'immobilisation et de contention.
- Renouvellement et ablation des pansements médicamenteux, des systèmes de tamponnement et de drainage, à l'exception des drains pleuraux et médiastinaux.
- 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.

- Pose de sondes rectales, lavements, extractions de fécalomes, pose et surveillance de goutte-à-goutte rectal.
- Appareillage, irrigation et surveillance d'une plaie, d'une fistule ou d'une stomie.
- Branchement, surveillance et débranchement d'une dialyse rénale, péritonéale ou d'un circuit d'échanges plasmatique.

## ANNEXE II

Liste des actes de suivi et de prévention que l'infirmier exerçant en pratique avancée est autorisé à demander, pour les pathologies dont il assure le suivi :

- Conseils hygiéno-diététiques adaptés.
- Examen de la vision, épreuves fonctionnelles sur l'œil.
- Rétinographie avec ou sans mydriase.
- Electrocardiographie (ECG) de repos.
- Mesure des pressions intravasculaires périphériques par méthode non effractive (Holter tensionnel, Tilt test).
- Explorations fonctionnelles de la respiration.
- Electro-encéphalographie.
- Examens d'imagerie nécessaires au suivi du patient.
- Échographie-doppler des troncs supra-carotidiens.
- Doppler du greffon.
- Débit de fistule artérioveineuse.

## ANNEXE III

Liste des dispositifs médicaux non soumis à prescription médicale obligatoire que l'infirmier exerçant en pratique avancée est autorisé à prescrire :

- Dispositifs médicaux figurant dans la liste relevant de l'article L. 4311-1 du code de la santé publique.
- Aide à la déambulation : cannes, béquilles, déambulateur, embouts de canne.
- Aide à la fonction respiratoire : débitmètre de pointe.
- Fauteuils roulants à propulsion manuelle de classe 1, à la location pour des durées inférieures à 3 mois.
- Prothèse capillaire.
- Prothèse mammaire externe.

## ANNEXE IV

Liste des examens de biologie médicale que l'infirmier exerçant en pratique avancée est autorisé à prescrire pour les pathologies dont il assure le suivi :

- HEMATOLOGIE :
  - Hémogramme (numération des hématies, des leucocytes et des plaquettes, dosage de l'hémoglobine, hématokrite, volume globulaire moyen, paramètres érythrocytaires, formule leucocytaire).
- IMMUNOLOGIE :
  - Phénotype HLA classe I (dans le cadre du domaine d'intervention en néphrologie)
  - Phénotype HLA classe II (dans le cadre du domaine d'intervention en néphrologie).
- HEMOSTASE ET COAGULATION :
  - Temps de Quick en cas de traitement antivitamine K (INR)
  - Mesure de l'activité anti-facteur X activé (anti-Xa) de l'héparine ou d'un dérivé héparinique.
- MICROBIOLOGIE :
  - Examen cyto bactériologique des urines (ECBU)
  - Prélèvement cutané ou muqueux.
- HORMONOLOGIE :
  - TSH ;
  - Parathormone (dans le cadre du domaine d'intervention en néphrologie).
- ENZYMOLOGIE :
  - Lipasémie
  - Phosphatases alcalines
  - Transaminases (ALAT et ASAT, TGP et TGO)
  - Gamma glutamyl transférase (G.G.T.)
  - Créatine phosphokinase (CPK)
  - Lactate déshydrogénase (LDH)
- PROTEINES MARQUEURS TUMORAUX VITAMINES :
  - Protéine C réactive (CRP)
  - Albumine
  - Folates sériques ou érythrocytaires
  - HbA1c (hémoglobine glyquée, suivi de l'équilibre glycémique)
  - Peptides natriurétiques (BNP, NT-ProBNP)

- Ferritine
- Marqueurs tumoraux (suivi d'un cancer selon les recommandations en vigueur)
- Dosage de la 25-(OH)-vitamine D (D2 + D3) (dans le cadre du domaine d'intervention en néphrologie)

- BIOCHIMIE :

- Glycémie
- Acide urique
- Phosphore minéral
- Calcium
- Urée
- Créatinine avec estimation du débit de filtration glomérulaire (DFG) avec l'équation CKD-EPI
- Créatinine avec estimation de la clairance de la créatinine (formule de Cockcroft et Gault) pour surveillance des traitements et ajustement des doses
- Dosage de la bilirubine
- Exploration d'une anomalie lipidique (EAL) (aspect du sérum, cholestérol total, triglycérides, cholestérol-HDL et le calcul du cholestérol-LDL)
- Bicarbonates ou CO<sub>2</sub>
- Ionogramme (potassium, sodium, chlore, bicarbonates, protides totaux)
- Saturation en oxygène (SaO<sub>2</sub>)
- Gaz du sang

- URINES :

- Protéinurie
- Micro-albuminurie
- Ionogramme (potassium + sodium)
- Acétone
- Acide urique
- Calcium
- Créatinine
- Phosphore minéral
- PH
- Recherche de sang (hématies et/ou hémoglobine)
- Glycosurie

## ANNEXE V

Liste des prescriptions médicales que l'infirmier exerçant en pratique avancée est autorisé à renouveler ou à adapter pour les pathologies dont il assure le suivi :

Produits de santé en ce qui concerne les médicaments anti-cancéreux, le renouvellement ou l'adaptation de la prescription s'effectue dans le cadre d'une procédure écrite établie par le médecin.

## Annexe 8. Décret n°2018-633 du 18 juillet 2018

Décret n°2018–633 du 18 juillet relatif au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée

### Article 1

Il est créé, au sein du chapitre VI du titre III du livre VI du code de l'éducation, une section VI ainsi rédigée :

« Section VI

« Les formations d'auxiliaire médical en pratique avancée

« Sous-section 1

« Le diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée

« § 1 Dispositions générales

« Art. D. 636-73.-Le diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée est délivré par les établissements d'enseignement supérieur accrédités ou co-accrédités à cet effet par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé dans les conditions prévues par arrêté du ministre en charge de l'enseignement supérieur.

« La formation dispensée est évaluée dans le cadre de l'évaluation périodique des établissements d'enseignement supérieur.

« Art. D. 636-74.-La formation conduisant au diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée vise à l'acquisition des connaissances et compétences nécessaires à l'exercice infirmier en pratique avancée défini aux articles R. 4301-1 à D. 4301-8 du code de la santé publique ainsi qu'à la maîtrise des attendus pédagogiques correspondant au grade universitaire délivré.

« Le référentiel des activités et compétences correspondant à cet exercice est établi par le ministre en charge de la santé et fixé par arrêté des ministres en charge de l'enseignement supérieur et de la santé.

« Art. D. 636-75.-La formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée est structurée en quatre semestres validés par l'obtention de 120 crédits européens. Le diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée précise la mention acquise correspondant au domaine d'intervention de l'infirmier en pratique avancée, prévue à l'article R. 4301-2 du code de la santé publique.

« Il confère à son titulaire le grade de master.

« Art. D. 636-76.-Les enseignements conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée comprennent des enseignements théoriques, méthodologiques, appliqués, pratiques et cliniques ainsi que l'accomplissement de stages. Ces enseignements comportent un adossement et une initiation à la recherche. Ils tiennent compte des priorités de santé publique.

« Parmi ces enseignements sont également prévus :

« 1° Un enseignement de langue vivante étrangère ;

« 2° Un enseignement conforme aux référentiels nationaux de compétences numériques en vigueur.

« L'organisation et le déroulement de la formation sont fixés par un arrêté des ministres en charge de l'enseignement supérieur et de la santé.

« § 2 Accès à la formation

« Art. D. 636-77.-Peuvent prétendre à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée les candidats justifiant soit du diplôme d'Etat d'infirmier ou d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné aux articles L. 4311-3 ou L. 4311-12 du code de la santé publique leur permettant d'exercer la profession d'infirmier, soit d'un diplôme ou d'une autorisation d'exercice délivrée par l'autorité compétente en application de l'article L. 4311-4 du code de la santé publique.

« Pour accéder à la formation, des modalités d'admission sont définies et organisées par chaque établissement d'enseignement supérieur accrédité ou co-accrédité à délivrer le diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée dans des conditions définies par arrêté des ministres en charge de l'enseignement supérieur et de la santé.

« Art. D. 636-78.-Le diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée est ouvert en formation initiale et en formation professionnelle continue dans des conditions définies par arrêté des ministres en charge de l'enseignement supérieur et de la santé.

« Art. D. 636-79.-Les étudiants admis en formation initiale s'acquittent des droits de scolarité dont le montant est fixé par un arrêté des ministres en charge du budget et de l'enseignement supérieur.

« § 3 Obtention du diplôme par validation des acquis de l'expérience ou d'études supérieures

« Art. D. 636-80.-Le diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée peut être obtenu par la voie de la validation des acquis de l'expérience ou d'études supérieures dans les conditions prévues à la section 3 du chapitre III du titre 1er du livre VI du présent code.

« Un candidat ne peut être admis que dans l'établissement d'enseignement supérieur qui a contrôlé son aptitude à suivre la première ou la deuxième année du diplôme d'Etat infirmier en pratique avancée qu'il dispense.

« § 4 Modalités d'obtention du diplôme

« Art. D. 636-81.-Le diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée est délivré aux étudiants qui ont validé l'ensemble des enseignements, des stages et soutenu avec succès le mémoire de fin de formation. »

## Article 2

Le 5° de l'article D. 612-34 du code de l'éducation est complété par les dispositions suivantes :

« f) du diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée. »

## Article 3

L'article D. 613-7 du code de l'éducation est complété par les dispositions suivantes :

« 24° Diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée. »

## Article 4

La ministre des solidarités et de la santé et la ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation sont chargées, chacune en ce qui la concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

## Annexe 9. Actes délégués aux IPS par la loi 90

<b>TABLEAU 2 – ACTIVITÉS MÉDICALES DÉLÉGUÉES DE LA LOI 90, ARTICLE 36.1</b>	
<b>Activités médicales déléguées</b>	<b>Exemples</b>
Prescrire des examens diagnostics	Formule sanguine complète, bilan lipidique, coagulogramme, ECG, radiographie, échographie
Utiliser des techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice	Ponction artérielle, ponction lombaire, ponction vésicale
Prescrire des médicaments et d'autres substances	Antihypertenseurs, hypolipémiants, antibiotiques, pompes aérosols, vitamines, anticoagulants, anticonvulsivants
Prescrire des traitements médicaux	Modification des traitements de dialyse, sonde gastrique ou urinaire, transfusions sanguines, stimulateur cardiaque épigastrique, tube rectal
Utiliser des techniques ou appliquer des traitements médicaux, invasifs ou présentant des risques de préjudice	Intubation ou extubation endotrachéale, installation et retrait d'un drain thoracique, ponction pleurale, cardioversion et défibrillation, retrait des fils de cardio-stimulation temporaire

## Annexe 10. Tableau des rôles respectifs et attributions des IPS et ICS

Cette synthèse s'appuie sur AIIC (2008), DiCenso (2008), DiCenso & Bryant-Lukosius (2010), Durand (2006), OIIQ (2009) et communication personnelle avec S. Durand (2010)

Infirmière praticienne spécialisée (IPS)	Infirmière clinicienne spécialisée (ICS)
<p>Rôle de l'IP de première ligne introduit au Canada vers 1970 pour améliorer l'accès aux services en région éloignée, déclin des initiatives en 1980 et reprise en 1990.</p> <p>Introduction IPSPL au Québec en 2007.</p> <p>Rôle de l'IP en soins tertiaires introduit au Canada en 1990 pour pallier la pénurie de médecins spécialistes et résidents.</p> <p>Introduction IPS au Québec en 2005 dans les spécialités : néonatalogie, néphrologie et cardiologie.</p> <p>Titre reconnu et exercice réglementé.</p> <p>Expertise et spécialisation dans un des 4 domaines : néonatalogie, néphrologie, cardiologie, soins de première ligne</p> <p>Emphase sur les soins directs répondant à différents besoins de santé des personnes</p> <p>Meilleure compréhension du rôle de l'IPS.</p> <p>Formation de 2<sup>e</sup> cycle avec certificat de spécialisation obligatoire.</p>	<p>Rôle introduit au Canada et au Québec vers 1970 en réponse à une augmentation de la complexité des soins.</p> <p>Disparition de postes consécutive aux compressions budgétaires de 1980 et 1990.</p> <p>Développement du rôle de l'ICS au Québec suit l'évolution des besoins de santé et des programmes de formation de 2<sup>e</sup> cycle en sciences infirmières</p> <p>Titre non officiel et confusion dans les différents titres associés et apparentés.</p> <p>Expertise et spécialisation non formelle dans un domaine clinique infirmier, sans reconnaissance légale sauf pour l'ICS dans le domaine de la prévention et du contrôle des infections (PCI)</p> <p>Emphase sur le développement de la pratique professionnelle et le leadership organisationnel avec occasions de soins directs variables.</p> <p>Méconnaissance importante du rôle de l'ICS.</p> <p>Formation de 2<sup>e</sup> cycle avec possibilités de certifications sans reconnaissance officielle</p>

## **Annexe 11. Article L.1110–4 du Code de la santé publique**

Article L.1110–4 modifié par ordonnance n°2108–20 du 17 janvier 2018 – art.2

I.-Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou service, un professionnel ou organisme concourant à la prévention ou aux soins dont les conditions d'exercice ou les activités sont régies par le présent code, le service de santé des armées, un professionnel du secteur médico-social ou social ou un établissement ou service social et médico-social mentionné au I de l'article L.312–1 du code de l'action sociale et des familles a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.

Excepté dans les cas de dérogation expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel, de tout membre du personnel de ces établissements, services ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

II.-Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social.

III.-Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, au sens de l'article L.1110–12, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe.

Le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée, dans des conditions définies par décret pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

III bis.-Un professionnel de santé, exerçant au sein du service de santé des armées ou dans le cadre d'une contribution au soutien sanitaire des forces armées prévue à l'article L. 6147-10, ou un professionnel du secteur médico-social ou social relevant du ministre de la défense peuvent, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État, échanger avec une ou plusieurs personnes, relevant du ministre de la défense ou de la tutelle du ministre chargé des anciens combattants, et ayant pour mission exclusive d'aider ou d'accompagner les militaires et anciens militaires blessés, des informations relatives à ce militaire ou à cet ancien militaire pris en charge, à condition que ces informations soient strictement nécessaires à son accompagnement. Le secret prévu au I s'impose à ces personnes. Un décret en Conseil d'État définit la liste des structures dans lesquelles exercent les personnes ayant pour mission exclusive d'aider ou d'accompagner les militaires et anciens militaires blessés.

IV.-La personne est dûment informée de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant. Elle peut exercer ce droit à tout moment.

V.-Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication de ces informations en violation du présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance définie à l'article L.1111-6 reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part. Seul un médecin est habilité à délivrer, ou à faire délivrer sous sa responsabilité, ces informations.

Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, son concubin ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès. Toutefois, en cas de décès d'une personne mineure, les titulaires de l'autorité parentale conservent leur droit d'accès à la totalité des informations médicales la concernant, à l'exception des éléments relatifs aux décisions médicales pour lesquelles la personne mineure, le cas échéant, s'est opposée à l'obtention de leur consentement dans les conditions définies aux articles L.1111-5 et L.1111-5-1.

VI.-Les conditions et les modalités de mise en œuvre du présent article pour ce qui concerne l'échange et le partage d'informations entre professionnels de santé, non-professionnels de santé du champ social et médico-social et personnes ayant pour mission exclusive d'aider ou d'accompagner les militaires et anciens militaires blessés sont définies par décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

## Annexe 12. Article L162-5-3 du Code de la sécurité sociale

Article L.162–5–3 du Code de la sécurité sociale modifié par ordonnance n°2018–20 du 17 janvier 2018 – art.32

Afin de favoriser la coordination des soins, tout assuré ou ayant droit âgé de seize ans ou plus indique à son organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie le nom du médecin traitant qu'il a choisi, avec l'accord de celui-ci. Le choix du médecin traitant suppose, pour les ayants droit mineurs, l'accord de l'un au moins des deux parents ou du titulaire de l'autorité parentale. Le médecin traitant choisi peut être un généraliste ou un spécialiste. Il peut être un médecin hospitalier.

Pour les ayants droits âgés de moins de seize ans, l'un au moins des deux parents ou le titulaire de l'autorité parentale choisit le médecin traitant et l'indique à l'organisme gestionnaire.

Le médecin traitant peut être un médecin salarié d'un centre de santé mentionné à l'article L.6323–1 du code de la santé publique ou d'un établissement ou service visé à l'article L.312–1 du code de l'action sociale et des familles. Les médecins exerçant dans le cadre de la même spécialité au sein d'un cabinet médical situé dans les mêmes locaux ou dans un centre de santé mentionné à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique peuvent être conjointement désignés médecins traitants. Un arrêté fixe les missions du médecin traitant quand celui-ci est un médecin salarié.

Le médecin traitant participe à la mise en place et à la gestion du dossier médical partagé prévu à l'article L.161–36–1 du présent code.

Dans le cas où l'assuré désigne un médecin traitant autre que son médecin référent, ce dernier, pour ce qui concerne cet assuré, perd les avantages relatifs à l'adhésion à cette option conventionnelle. L'assuré perd également ces avantages.

Sauf pour les patients âgés de moins de seize ans, la participation prévue au I de l'article L. 322-2 peut être majorée pour les assurés et les ayants droit n'ayant pas choisi de médecin traitant ou consultant un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant. Un décret fixe les cas dans lesquels cette majoration n'est pas appliquée, notamment lorsqu'est mis en œuvre un protocole de soins ou lors d'une consultation dans une structure de médecine humanitaire ou un centre de planification ou d'éducation familiale.

Les dispositions prévues à l'alinéa précédent ne sont pas applicables :

1° Lorsque la consultation se fait en cas d'urgence auprès d'un autre médecin que celui désigné à l'organisme gestionnaire du régime de base d'assurance maladie

2° Lorsque la consultation se fait en dehors du lieu où réside de façon stable et durable l'assuré social ou l'ayant droit âgé de seize ans ou plus ;

3° Lorsqu'un militaire consulte sur prescription d'un médecin des armées.

### **Annexe 13. « Protocole vaccinations »**

Prescription et réalisation de vaccinations et de sérologies, remise des résultats de sérologies, par un infirmier en lieu et place d'un médecin

Initié depuis plus de 2 ans par des professionnels de santé exerçant dans la région Haute-Normandie, le protocole « Consultation, décision et prescription de vaccinations pour les usagers par un infirmier en lieu et place d'un médecin » est effectif au sein du Centre hospitalier de Risle de Pont-Audemer depuis mars 2015. Ainsi, les infirmiers pourront prendre la décision de vacciner, prescrire les vaccins, mettre à jour le calendrier de vaccination et gérer les effets secondaires immédiats. Rappelons que la HAS a donné, en mai 2013, un avis favorable à ce protocole estimant que la qualité et la sécurité de prise en charge sont garanties.

Concrètement, à la suite d'une formation théorique et pratique minimale de 12 heures, les compétences de l'infirmier sont évaluées. Afin que l'infirmier puisse adhérer au protocole, l'ensemble des compétences doivent être acquises.

La mise en œuvre de ce protocole a pour objectifs :

- d'augmenter la couverture vaccinale et l'accès à tous les publics
- de diminuer les délais de rendez-vous et d'attente
- d'économiser du temps médical
- d'augmenter l'amplitude d'accueil des usagers

Le centre de prévention santé du centre hospitalier de la Risle est en effet ouvert tous les jours de la semaine. Les patients peuvent ainsi, après avoir pris rendez-vous, et après consentement, se faire vacciner par des infirmiers.

Pour l'infirmier, ce protocole lui permet de promouvoir sa fonction et de mettre en œuvre une prise en charge concernant la problématique vaccinale.

Dans le cadre de l'article 51 de la loi HPST, l'agence régionale de santé de Haute-Normandie a signé, en décembre dernier, un protocole de coopération interprofessionnel visant à augmenter la couverture vaccinale pour tous les publics de plus de 6 ans, tout en diminuant les délais d'attente. Initié par les infirmiers des centres de santé et les médecins locaux, ce projet vise à repenser la répartition des rôles au vu des évolutions des maladies et de la réalité du terrain, explique Bruno Anquetil, directeur qualité à l'ARS Haute-Normandie. « Il y avait un problème de couverture vaccinale sur le territoire dû à une démographie médicale dramatiquement faible. C'est pourquoi les médecins libéraux locaux souhaitaient s'appuyer sur l'expertise des infirmières du centre de vaccination qui est adossé à l'hôpital de la Risle, à Pont-Audemer (Eure) ». Le protocole, qui a reçu un avis favorable de la Haute Autorité de santé, autorise donc les infirmiers des centres de santé et de vaccination à prescrire un vaccin, à assurer son administration (non dérogoire), à mettre à jour le carnet vaccinal et à gérer les effets secondaires.

Un progrès pour les infirmiers ? Oui, mais une avancée dont les IDELs sont largement exclues. En effet, dans sa rédaction, l'arrêté ne concerne que les infirmières des centres de santé et

de vaccination ou les infirmières libérales en exercice regroupé, soit 2% des infirmières libérales. Alors même que la France fait face à une situation de sous-vaccination inquiétante, pourquoi exclure 98 % des IDELs ? Des études multicentriques ont pourtant prouvé que, pour améliorer la couverture vaccinale, il conviendrait de copier nos voisins européens en élargissant les compétences de l'infirmière libérale notamment à la vaccination.

Pourtant que dit la HAS ? Son avis sur le protocole de Haute-Normandie pose comme condition sine qua non, l'existence d'une « coopération explicite, des relations de travail formelles entre médecins et infirmiers dans le cadre d'une organisation territoriale, qui ne se résumant pas aux seuls réseaux de santé », souligne Rémy Bataillon, directeur adjoint de la direction amélioration de la qualité et de la sécurité des soins au sein de la HAS. Il précise que « la délégation de compétences doit s'inscrire dans un travail d'équipe de soins primaires, dans l'optique d'éviter les doublons, les problèmes de communication et de faire en sorte qu'au-delà des protocoles, les modalités de prise en charge des patients aient été pensées et optimisées au préalable ».

Plus explicite, l'ARS souligne la nécessité d'encadrer les modes d'organisation des soins et les responsabilités afin de garantir la sécurité du patient. « Il faut définir clairement le périmètre des IDELs, notamment en cas de choc anaphylactique : ce n'est pas la même chose de vacciner lorsqu'on est adossé à un hôpital, avec un service d'urgence à côté, que lorsque l'on est à domicile », explique Bruno Anquetil. L'autre obstacle à l'application du protocole aux IDELs serait celui de la rémunération à l'acte. Mais le directeur qualité de l'ARS concède qu'il pourrait être levé grâce à « l'introduction, dans la Loi de Financement pour la Sécurité Sociale (LFSS) pour 2014, d'un examen par un collège de financeurs permettant d'anticiper les questions de rémunération et de nomenclature ».

L'ARS se défend en tout cas de vouloir exclure les infirmiers libéraux du jeu. « L'autorisation de ce protocole n'empêche pas les infirmiers libéraux de vacciner un jour, affirme Bruno Anquetil. Mais ils doivent alors élaborer avec des médecins un nouveau protocole de coopération. Pour cela, ils peuvent se baser sur le premier protocole que nous avons mis en place. » En théorie, car en pratique, la chose est plus compliquée. En effet, l'URPS infirmiers de Bretagne a elle aussi voulu initier un protocole permettant de mettre en place la vaccination par les infirmiers libéraux. « Notre ARS nous a répondu que cela était possible mais qu'elle se baserait sur le protocole de Haute-Normandie, rapporte Daniel Guillerm, président de l'URPS Bretagne. Autrement dit, nous sommes piégés par ce premier protocole qui restreint cette possibilité de vaccination par les infirmiers à l'exercice regroupé. Nous allons avoir un mal fou à en sortir. »

## **Annexe 14. « Protocole ASALEE »**

Travail en équipe infirmières déléguées à la santé populationnelle et médecins généralistes pour l'amélioration de la qualité des soins et l'allocation optimisée de la disponibilité des « professionnels de santé » sur le territoire concerné

Le protocole de coopération ASALEE qui associe des médecins généralistes de ville et des infirmiers, a été autorisé le 18 juin 2012 par l'ARS du Poitou-Charentes.

Pour mémoire, : le protocole ASALEE, pour « Action de santé libérale en équipe » a été lancé en 2004 dans les Deux-Sèvres par l'association du même nom. Il a fait partie des expérimentations de coopération entre professionnels de santé, dites « Berland », puis a été autorisé en 2012 au titre de l'article 51 de la loi HPST de 2009.

Dans les cabinets libéraux participants, des médecins généralistes, associés à des infirmières déléguées à la santé populationnelle, mènent des actions de prévention, principalement auprès de patients atteints de maladies chroniques.

En juillet 2011, ASALEE a déposé une demande d'autorisation de protocole de coopération au titre de l'article 51 de la loi « Hôpital, patients, santé et territoire (HPST) ». L'HAS a émis un avis favorable avec réserves le 22 mars 2012. Ces réserves ayant été levées, l'ARS a autorisé la coopération le 18 juin 2012.

Alors que l'association avait peu utilisé, jusqu'alors, de dérogations au décret de compétences des infirmières, le nouveau protocole leur confère davantage d'autonomie par rapport au médecin. Elles peuvent se voir confier quatre types d'activités nouvelles. La première est le suivi du patient diabétique de type 2. Cela inclut la rédaction et la signature de prescriptions d'examen (hémoglobine glyquée, micro-albuminurie, dosage du HDL-cholestérol, créatininémie, fond d'œil), la prescription et la réalisation d'électrocardiogrammes (ECG), la prescription, la réalisation et l'interprétation des examens des pieds.

Le protocole concerne également le suivi du patient à risque cardiovasculaire (prescription et réalisation d'ECG), le suivi du patient tabagique à risque de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) (prescription, réalisation et interprétation de spirométrie), une consultation de repérage des troubles cognitifs et la réalisation de test de mémoire pour les personnes âgées.

Cette nouvelle organisation prolongera les actions déjà menées auparavant par les infirmières. Auparavant, les infirmières ASALEE réalisaient déjà des actions d'éducation thérapeutique, des tests cognitifs, ou encore des dépistages (diabète, cancers du sein, du côlon et du col de l'utérus). Le « nouveau protocole » va permettre de diversifier l'activité, et de voir davantage de patients.

Ces nouvelles missions s'accompagnent de formations, comme celle sur la spirométrie pour la BPCO dispensée à plusieurs infirmières début juillet. Les cours sont dispensés par des médecins d'ASALEE, par des enseignants d'instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) et par des associations agréées.

L'association ASALEE assemble actuellement quelques 25 infirmières (20 équivalents temps plein) en Poitou-Charentes, mais aussi en Rhône-Alpes, en Lorraine et en Bourgogne. Salariée pour la plupart, mais aussi, pour certaines, libérales ou en exercice mixte, elles travaillent avec environ 120 médecins.

## **Annexe 15. « Protocole plaies et cicatrisation »**

Evaluation et suivi de plaies complexes et/ou retard de cicatrisation par un IDE expert en plaies et cicatrisation dans le cadre d'un réseau pouvant fonctionner en télémedecine

L'agence régionale de santé (ARS) du Languedoc-Roussillon a autorisé le 9 juillet 2014 un protocole de coopération sur les plaies complexes entre médecin et infirmier, permettant notamment à ce dernier de prescrire des examens complémentaires ou des traitements locaux. Il s'agit du premier protocole de coopération élaboré par des professionnels de santé du Languedoc-Roussillon à être autorisé. D'après le site nation Coop-PS consacré à ce dispositif issu de l'article 51 de la loi « Hôpital, patients, santé et territoire » (HPST) de 2009, deux autres protocoles sont en vigueur en Languedoc-Roussillon, mais ils avaient d'abord été mis en place en Lorraine (sur les échographies) et en Poitou-Charentes (ASALEE).

Baptisé « Évaluation et suivi de plaies complexes et/ou à retard de cicatrisation par un IDE expert en plaies et cicatrisation dans le cadre d'un réseau pouvant fonctionner en télémedecine », le nouveau protocole a été autorisé par l'ARS Languedoc-Roussillon après levée des réserves émises par la Haute Autorité de Santé dans son avis favorable du 19 février 2014. Il a été élaboré par l'équipe du Réseau Cicat-LR. Basé à Montpellier et financé par l'ARS, il accompagne depuis plus de 10 ans les patients et soignants confrontés aux difficultés de prise en charge des retards de cicatrisation ou des complications liées à certaines plaies. Il a su développer dans la région des solutions d'aide pluridisciplinaire, au plus près du lieu de vie du malade, en optimisant la coordination médicale et paramédicale, relève l'agence.

En passant convention avec le réseau, le médecin traitant et l'infirmier libéral habituel du patient peuvent faire appel aux médecins et infirmiers de Cicat-LR. Titulaires d'un diplôme universitaire (DU) plaies et cicatrisation, ces derniers évaluent la situation clinique et proposent un plan de soins adapté. Le réseau déploie un projet interrégional de téléconsultation pour les plaies avec le réseau Telap (télémedecine appliquée aux plaies) de Basse-Normandie.

Le protocole de coopération permet à l'IDE délégué, après formation spécifique, de prescrire les examens complémentaires indicateurs du pronostic de cicatrisation s'ils n'ont pas déjà été réalisés, ou les traitements locaux topiques non prévus par l'arrêté du 13 avril 2007 sur la prescription infirmière. Il les autorise aussi à utiliser un Doppler de poche et à suspendre des traitements spécifiques. La proposition de plan de prise en charge initiale élaborée par l'IDE est validée par le médecin délégant dans les 24 heures. Elle peut être refusée en tout ou partie par le médecin traitant.

Pour l'ARS, cette délégation doit permettre d'améliorer la prise en charge des patients (éviter des hospitalisations et réduire le temps de séjour hospitalier, augmenter le taux de cicatrisation des plaies chroniques, diminuer les délais de cicatrisation...) et l'accessibilité aux soins dans les zones ne bénéficiant pas d'expertise médicale dans ce domaine.

Tout patient inclus dans le réseau, sur demande de son médecin traitant, peut bénéficier de la prise en charge dans le protocole, après avoir donné son consentement. Le dispositif « s'accompagne d'une démarche qualité comprenant réunions régulières pluriprofessionnelles d'analyse des pratiques, recueil et analyse des événements indésirables et recueil d'un certain nombre d'indicateurs qui seront transmis annuellement » à l'ARS pour l'évaluation du

protocole. Ces indicateurs porteront sur l'activité, la qualité et la sécurité des modalités de prise en charge, la satisfaction des acteurs et l'impact organisationnel.

Le cahier des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par télé-médecine des plaies chroniques et complexes permises par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2014 a été publié au Journal Officiel le 23 avril 2015.

Dans le cadre d'une téléconsultation, le médecin ou l'infirmière sera rémunéré 28 euros par acte. Pour une télé-expertise, la rémunération pour le médecin ou l'IDE requis est de 14 euros par acte.

La Direction générale de l'offre de soins (DGOS) a annoncé le 22 avril 2015 le lancement de ce dispositif qui s'adressera à des patients souffrant par exemple d'escarres, d'ulcères de la jambe ou de plaies du pied diabétique et concernera plusieurs centaines d'actes en 2015 dans neuf régions. Le cahier des charges publié le 23 avril présente le contexte des expérimentations, ainsi que leurs modalités de financement, de pilotage et d'évaluation. Il vise aussi à définir les engagements des acteurs impliqués dans la prise en charge. L'objectif principal des expérimentations est de fixer une tarification préfiguratrice des actes de télé-médecine, rappelle le document. Ces modalités ayant vocation à être généralisées sous réserve d'une évaluation favorable, leur mise en œuvre suppose que l'ensemble des prérequis et conditions mentionnées dans la trentaine de pages du cahier des charges soient satisfaits.

Le périmètre des expérimentations est limité à la prise en charge par télé-médecine de patients souffrant de plaies chroniques et/ou complexes dont le traitement ne requiert pas de prise en charge en urgence.

La télé-expertise peut être réalisée soit entre un médecin demandeur de l'avis et un médecin libéral ou hospitalier requis, soit entre un médecin demandeur et un IDE requis agissant en application d'un protocole de coopération.

Les prestations concernées peuvent être des téléconsultations (synchrones) réalisées alors que le patient se trouve en structure médico-sociale ou au sein d'une structure d'exercice coordonné, ou des télé-expertises (synchrones ou asynchrones) pour des patients situés à domicile, en structure médico-sociale ou dans une structure d'exercice coordonné. La téléconsultation peut être réalisée par un médecin justifiant d'une expérience clinique avérée en matière de plaies et cicatrisation ou par un infirmier diplômé d'État (IDE) agissant en application d'un protocole de coopération. Elle peut intervenir soit dans le cadre d'une téléconsultation de diagnostic visant à proposer un plan de prise en charge en lien avec le médecin traitant, soit dans le cadre d'un acte prévu et programmé aux termes du plan de prise en charge mis en place avec le patient, soit dans le cadre d'un acte non prévu et non programmé. Dans ce dernier cas, la téléconsultation est réalisée sur la base d'une prescription établie par le médecin traitant du patient. Le cahier des charges indique que la présence d'un IDE ou d'un médecin auprès du patient est indispensable pendant une téléconsultation. La télé-expertise peut être réalisée soit entre un médecin demandeur de l'avis et un médecin libéral ou hospitalier requis, soit entre un médecin demandeur et un IDE requis agissant en application d'un protocole de coopération. Les télé-expertises réalisées entre deux professionnels de santé hospitaliers ne feront pas l'objet du financement préfigurateur, indique le document, puisque l'expérimentation concerne la prise en charge de patients se situant en ville et en structures médico-sociales.

Les professionnels de santé souhaitant participer aux expérimentations doivent se faire connaître directement ou par l'intermédiaire de leurs représentants régionaux auprès de

l'agence régionale de santé. Ils sont tenus de conclure une convention avec les ARS et les organismes locaux d'assurance maladie définissant les modalités de production des données nécessaires à l'évaluation. Cette convention peut être conclue soit par chaque professionnel à titre individuel, soit par l'intermédiaire de leurs représentants. Dans le cadre d'une téléconsultation, le médecin ou l'IDE sera rémunéré 28 euros par acte. Pour une télé-expertise, la rémunération pour le médecin ou l'IDE requis est de 14 euros par acte. Ces rémunérations seront versées aux professionnels de santé ou aux établissements ou structures les employant selon les modalités en vigueur pour la facturation des actes et consultations externes. Une dotation annuelle de 200 euros maximum peut aussi être versée aux professionnels afin de couvrir les coûts relatifs à la production des données nécessaires à la réalisation de l'évaluation par la HAS.

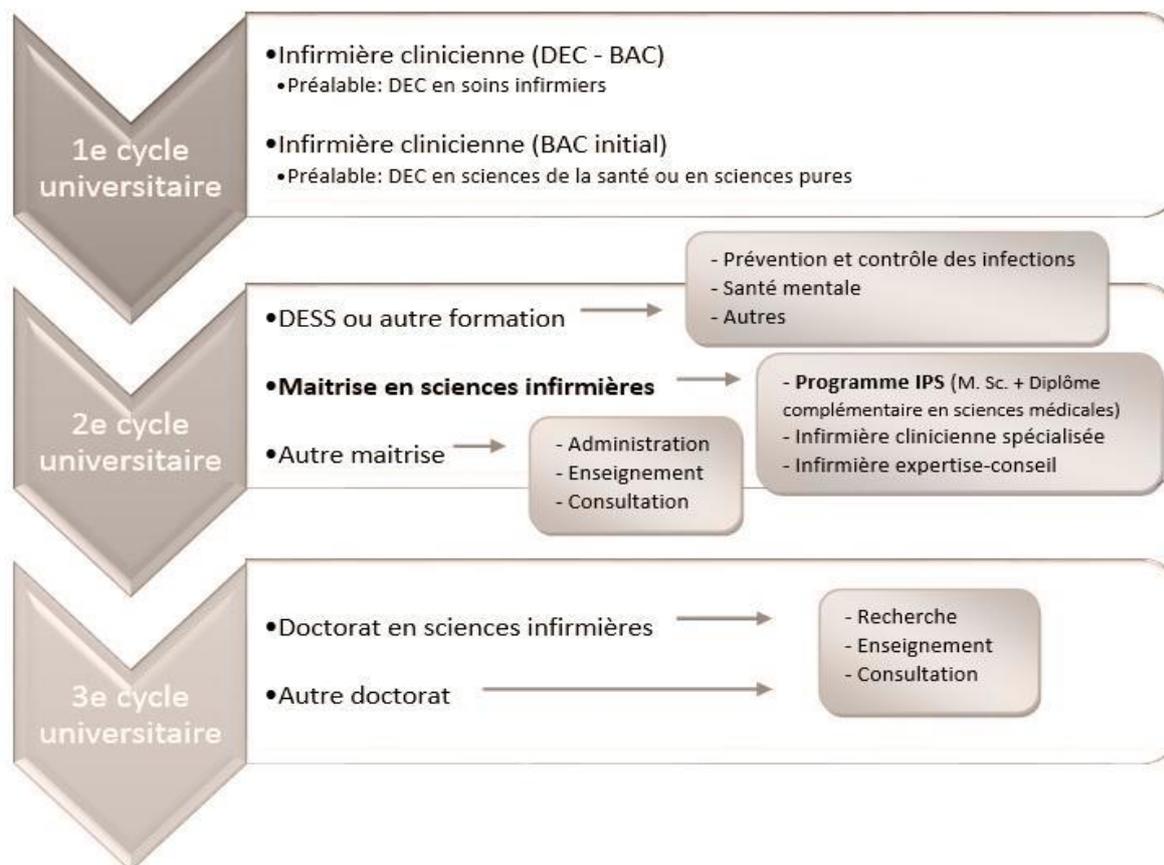
Le cahier des charges souligne l'importance de la description des modalités de pilotage pour assurer l'homogénéité du format des informations échangées entre les parties prenantes des expérimentations. Le pilotage national fournira aux instances nationales des informations sur le déroulement des expérimentations et en particulier sur les éventuelles difficultés rencontrées par les professionnels de santé qui y prennent part. Un groupe technique se réunira tous les trimestres pour préparer la capitalisation des succès et réussites et lever les éventuelles difficultés. Le pilotage régional vise, lui, à accompagner les professionnels de santé et à assurer le bon fonctionnement des échanges d'information. Les ARS devront constituer une équipe projet comprenant, au minimum, les représentants des professionnels de santé de la région, les représentants des usagers, les directions de l'ARS concernées, les représentants des éventuels groupements de coopération sanitaire et assistants à maîtrise d'ouvrage de la région ; et les représentants des organismes locaux d'assurance maladie.

Le pilotage régional vise, lui, à accompagner les professionnels de santé et à assurer le bon fonctionnement des échanges d'information.

Le document rappelle que l'article 36 de la LFSS pour 2014 prévoit que l'évaluation réalisée par la HAS en vue d'une généralisation fasse l'objet d'un rapport transmis au Parlement par le ministre chargé de la santé avant le 30 septembre 2016. Cette évaluation constituera une évaluation médico-économique de nature à fonder l'avis requis aux termes de l'article 57 de la LFSS pour 2015 en vue d'une inscription des actes expérimentés aux nomenclatures de l'assurance maladie et un élément de l'avis [...] nécessaire pour déclencher la procédure d'inscription accélérée des actes expérimentés dans la nomenclature. L'évaluation n'a pas pour objectif d'évaluer l'efficacité de la pratique médicale avec télémédecine par rapport à la pratique médicale traditionnelle, souligne le texte. Son principal objectif sera d'apporter des connaissances sur l'impact des actes expérimentés en termes d'accès aux soins, de qualité de la prise en charge, d'organisation des soins et de coûts.

## Annexe 16. Cheminement universitaire des étudiant(e) en sciences infirmières

TABLEAU 1 : CHEMINEMENT UNIVERSITAIRE DES ÉTUDIANT(E)S EN SCIENCES INFIRMIÈRES





## Serment d'Hippocrate

---

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

## **LES INFIRMIERES DE PRATIQUE AVANCEE : QUELLES PERSPECTIVES POUR LE SYSTEME DE SANTE FRANÇAIS ? COMPARAISON AVEC LE SYSTEME QUEBECOIS**

---

Depuis le siècle dernier, dans nombre de pays dont le Québec et la France, les professions de santé sont en évolution. Les enjeux de santé publique ont mis en avant la nécessité de développer une forme nouvelle d'exercice des professionnels de santé : la pratique infirmière avancée. La France comme le Québec doivent faire face à une baisse du nombre de médecins, à une augmentation de la demande de soins et à des contraintes économiques drastiques. L'objectif lié au développement de la pratique infirmière avancée est d'améliorer l'accès aux soins tout en réduisant les coûts. Après avoir détaillé le statut et l'historique du métier d'infirmier au Québec et en France, nous nous sommes intéressés à l'infirmier de pratique avancée, avec ses origines, son rôle, ses compétences et sa formation. Les raisons qui ont favorisé l'émergence de cette pratique, tout comme les bénéfices attendus sont identiques au Québec et en France. Cependant, il y a un décalage temporel entre les deux pays avec, d'un côté, une expérience professionnelle de plusieurs années et, de l'autre côté, une profession qui s'installe. Le système canadien comporte un vécu et une plus grande connaissance des problématiques ; les différents acteurs de la pratique avancée en France sont encore, aujourd'hui, dans l'expectative. Concept, contexte, rôles, compétences, objectifs, évolution, ..., autant d'éléments communs à ces deux pays, mais qui peuvent devenir aussi des facteurs de convergences et de divergences selon la définition et la mise en œuvre qui en est faite en fonction du contexte historique, politique, social, culturel du pays et surtout de ses besoins en matière de santé.

---

Mots-clés : infirmière de pratique avancée, Québec, France, système de santé

## **ADVANCED PRACTICE NURSES : WHAT ARE THE PROSPECTS FOR THE FRENCH HEALTH CARE SYSTEM ? COMPARISON WITH THE QUEBEC SYSTEM**

---

Since the last century, in many countries including Quebec and France, the health professions are changing. Public health issues have highlighted the need to develop a new form of exercise for health professionals : advanced nursing practice. France and Quebec must face a decline in the number of doctors, an increase in demand for care and a drastic economic constraint. The goal of developing advanced nursing practice is to improve access to care while reducing costs. After detailing the status and history of the nursing profession in Quebec and France, we were interested in the advanced practice nurse, with its origins, role, skills and training. The reasons that have fostered the emergence of this practice, just as the expected benefits are identical in Quebec and France. However, there are time lag between the two countries with on the one hand, a professional experience of several years and, on the other hand, a profession that settles. The Canadian system has a history of and greater knowledge of the Issues are different players in advanced practice in France are still, today, in the expectation. Concept, context, roles, skills, objectives, evolution, ..., So many elements common to these two countries, but which can also become factors of convergence and divergence according to the definition and the implementation that is made of it according to the historical, political, social, cultural context of the country and especially its health needs.

---

Keywords : advanced practice nurse, Quebec, France, health care system

