



Master 1 Sciences cliniques infirmières

Promotion : 2014-2015

Jury : Janvier 2015

UE1 : « Fondamentaux dans la discipline des soins infirmiers »

**Présentation de la fonction d'infirmier(e) en
pratiques avancées**

destinée aux cadres de santé, cadres supérieurs et cadres de pôles

CHAPDANIEL Sébastien, FERNANDEZ Mireille, VOIRIN Marie

Remerciements

À Marylène PLOUZENNEC pour sa disponibilité, son accompagnement et ses conseils judicieux.

Aux Enseignants-Chercheurs du Master Sciences Cliniques Infirmières de l'EHESP, pour l'expertise qu'ils nous ont apportée.

Aux Cadres de santé, Cadres supérieurs et Cadres pôles rencontrés, pour avoir accepté de participer à notre enquête.

Sommaire

Introduction.....	5
1. Définitions des professions	6
A. Infirmier.....	6
B. Cadre de santé, supérieur et de pôle.....	7
C. Infirmier de pratiques avancées.....	8
2. La pratique avancée.....	9
A. Histoire des infirmiers en France	9
B. La pratique avancée dans le monde.....	11
C. Aujourd’hui où en sommes nous en France.....	13
3. La place de l’infirmier de pratiques avancées	15
A. L’exercice de l’infirmier de pratiques avancées	15
B. La place de l’IPA au sein du système de santé Français.....	17
C. La place de l’IPA au sein d’une équipe pluridisciplinaire	19
Conclusion.....	21
Référence	22
Bibliographie.....	24
Liste des annexes.....	27
Annexe 1 : Compte rendu de l’enquête préliminaire	I
Annexe 2 : Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004.....	II
Annexe 3 : Référentiel de compétences : IDE et IPA.....	III
Annexe 4 : Organigramme de la profession d’infirmier	IV
Annexe 5 : Définition de l’IPA : ANA et CNA.....	V
Annexe 6 : Projet de loi santé 2014	VII
Annexe 7 : Processus global de création d’un protocole de coopération.....	VIII

Liste des sigles utilisés

ALD: Affections de Longue Durée

ANA: American Nurses Association

ANFIIDE : Association Nationale Française des Infirmiers et Infirmières Diplômé(e)s et Etudiant(e)s

CII: Conseil International des Infirmiers

CNA: Canadian Nurses Association

DGOS: Direction Générale de l'Offre de Soins

DSIP: Département des Sciences Infirmières et Paramédicales

EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

EBN: Evidence Based Nursing

EBP: Evidence Based Practice

FHF : Fédération Hospitalière de France

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

IADE: Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat

IBODE: Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat

IDE: Infirmier Diplômé d'Etat

IFCS: Institut de Formation des Cadres de Santé

IFSI: Institut de Formation en Soins Infirmiers

Insee: Institut national de statistiques et des études économiques

InVS: Institut de Veille Sanitaire

IPA : Infirmier de Pratiques Avancées

ISIS: Institut de Soins Infirmiers Supérieurs

L.M.D: Licence Master Doctorat

MSCI: Master en Sciences Cliniques Infirmières

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economiques

PDE: Puéricultrice Diplômé d'Etat

Ph.D: Doctor of Philosophy

UVSQ: Université de Versailles St Quentin en Yvelines

Introduction

La France est aujourd'hui confrontée à des changements qui remettent en question le fonctionnement de son système de santé. Selon l'Institut National de Statistiques et des études économiques (Insee) en 2050, un tiers de la population sera âgée de plus de 60 ans. Aussi, d'après l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) en 2010, 28 millions de personnes suivent un traitement au long cours, 15 millions sont atteintes de maladies chroniques (soit près de 20% de la population française) et 9 millions sont déclarées en affections de longue durée (ALD). De plus, notre pays doit 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.

Ce constat a permis de soulever la question de la place des pratiques avancées. Les différents rapports rédigés par le Pr Berland dès les années 2000, puis des expérimentations et initiatives par exemple de la Fédération Hospitalière de France, (FHF), ont permis d'intégrer la pratique avancée dans le projet de loi santé, présenté au conseil des ministres le 15 octobre 2014 (article 30). Cela représente une véritable révolution pour la profession d'infirmier et pour notre système de santé. Il ne s'agit pas pour autant de remettre en cause la place de chacun, ni la qualité des soins, mais plutôt de trouver des moyens différents et mieux adaptés pour répondre aux besoins de santé de la population. L'IPA ou l'infirmier de pratique avancée a fait ses preuves dans plusieurs pays (États-Unis d'Amérique, Canada, Europe du Nord...). Ce concept partage une expertise du cœur de la profession d'infirmier, sa pratique est centrée sur la clinique avec de nouvelles compétences et l'accès à des activités qui relève du rôle médical.

Pour alimenter notre travail, nous avons mené une enquête préliminaire auprès des cadres de santé, afin d'évaluer leurs connaissances sur le métier d'IPA. Cette enquête, certes, ne concernant qu'un petit échantillon (50 questionnaires recueillis et répartis sur quatre départements), nous a amené au constat que 84% des sondés ont entendu parler des IPA mais que parmi eux seulement 11,9% ont reçu des informations exactes. (Cf. Annexe1)

Dans un premier temps afin de bien distinguer les champs de pratiques et de clarifier les statuts, nous définirons les fonctions des différentes professions d'infirmier, de cadre de santé, supérieur et de pôle ainsi que de l'IPA. Dans une deuxième partie, il nous semble essentiel de comprendre la nature de l'émergence de la pratique avancée, pour cela nous reviendrons sur l'histoire de l'infirmier en France, puis nous ferons un état des lieux dans le monde et nous dégagerons les perspectives d'avenir en France. Pour finir nous développerons dans la dernière partie, le rôle et les compétences de l'IPA, ainsi que sa place au sein du système de santé Français et au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

1. Définitions des professions

A. Infirmier

La loi HPST (Hôpital Patient Santé Territoire) de 2009 a permis l'universitarisation de la formation d'infirmier(e) avec la création du cursus L.M.D (accords de Bologne 1999) et la promotion de cadre B à cadre A de la fonction publique (grâce à l'obtention du grade licence). Cependant les enseignements se déroulent toujours dans les Instituts de Formations en Soins Infirmiers (IFSI) et non pas au sein d'une Université. Le décret n° 2010-1123 du 23 septembre 2010 permet aux IFSI d'établir un partenariat avec une université pour l'obtention d'un diplôme de grade licence pour les titulaires du Diplôme d'état infirmier. Depuis 2006, les infirmier(e)s diplômé(e)s d'Etat sont tenu(e)s de s'inscrire au tableau de l'Ordre National des Infirmier(e)s. Ils doivent faire enregistrer leur diplôme auprès de la délégation territoriale de l'ARS dans le département où ils exercent. L'infirmier(e) diplômé d'état (IDE) a la possibilité de se spécialiser: infirmier(e) de bloc opératoire diplômé d'état (IBODE), puéricultrice diplômé d'état (PDE), infirmier(e) anesthésiste diplômé d'état (IADE). Il peut exercer dans le public, le privé ou en libéral.

“La profession infirmière peut et doit apporter une contribution significative en termes de réponse aux besoins de la population, (...). De surcroit, cette approche de la santé, que l'on peut qualifier de globale, est loin d'être nouvelle pour les infirmières”. (JOVIC.L et al, 2008)

“L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé. Dans l'ensemble de ces activités, les infirmiers et infirmières sont soumis au respect des règles professionnelles et notamment du secret professionnel. L'infirmière ou l'infirmier peut effectuer certaines vaccinations, sans prescription médicale, dont la liste, les modalités et les conditions de réalisation sont fixées par décret en Conseil d'état, pris après avis du Haut conseil de la santé publique. L'infirmier ou l'infirmière est autorisé à renouveler les prescriptions, datant de moins d'un an, de médicaments contraceptifs oraux, (...) pour une durée maximale de six mois, non renouvelable.” (Décret 2004-802, 2004). (Cf. annexe 2). 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.

Les premiers titulaires de la licence ont acquis les dix compétences qui régissent le référentiel de compétences (Cf. Annexe 3) de la profession d'infirmier(e), et ont été diplômés en juillet 2012.

B. Cadre de santé, supérieur et de pôle

Les cadres de santé (connus sous l'appellation de "surveillants") ont été reconnus par le décret n°95-926 du 18 Août 1995 du CSP qui a permis la création du diplôme de cadre de santé. C'est une formation de dix mois en Institut de formation de cadre de santé (IFCS) accessible à 7 professions paramédicales : infirmiers (IDE, IBODE, PDE, IADE), masseurs kinésithérapeutes, ergothérapeutes, diététiciens, techniciens de laboratoire, manipulateurs d'électroradiologie médicale, préparateurs en pharmacie hospitalière, par concours d'entrée requérant 4 années d'expériences dans l'une de ces professions.

Sa fonction est d'encadrer les soignants, d'assurer le fonctionnement de l'unité en relation avec l'équipe médicale et sous la responsabilité du cadre supérieur de santé. Il reste garant du bon fonctionnement du service (gestions des lits et des stocks), de l'hygiène et de la sécurité des patients. Il exerce des fonctions d'organisation, de conseil, d'encadrement des soignants (la planification des horaires de travail et l'évaluation des équipes soignantes), met en application les directives de l'établissement et a un rôle de médiateur entre les revendications du personnel de son service et la direction.

Ils ont la possibilité d'exercer en institut de formation en tant que formateur, ils assurent l'enseignement et le suivi personnalisé des élèves aides soignants, des étudiants infirmiers et des spécialités.

Les cadres supérieurs de santé sont recrutés par "concours professionnel sur titre. Ce professionnel est chargé de l'encadrement des cadres de santé, de l'organisation et du fonctionnement d'un secteur composé de plusieurs unités ou services, d'une fédération ou d'un pôle (management). Il participe à la mise en œuvre de la politique de santé de l'établissement et des démarches qualité. Il peut même exercer en tant qu'expert, assurer des fonctions de coordination, de conseil, de formation ou de recherche dans un domaine spécifique. En institut de formation, il prend part à la formation théorique et pratique des étudiants" (AMIEC RECHERCHE, 2005). Les cadres supérieurs de santé sont issus des métiers de base d'infirmier, de médico technique ou de ré éducateur. (Cf. Annexe 4)

Les cadres de pôle sont une nouvelle spécialité de cadres ayant vu le jour avec la création des pôles hospitaliers. "La création des pôles d'activité en 2005, consacrée en 2009 par la Loi HPST du 21 juillet 2009, vient consacrer la réforme du management de la santé, en milieu hospitalier." (FHF, 2011). Les fonctions des cadres de pôle recouvrent largement celles des cadres supérieurs de santé, dont ils sont issus. Ils partagent la direction de pôle avec un médecin et un administratif. Ils ont dans leurs objectifs de porter et de mettre en place la politique de l'établissement en tenant compte des contraintes budgétaires sans négliger la qualité de prise en charge des patients.

C. Infirmier de pratiques avancées

Il ne s'agit pas d'une nouvelle profession mais d'un développement de la profession d'infirmier ayant pour but de répondre aux besoins en santé actuels, la formation d'IPA requiert un niveau Master constitué d'un référentiel de 10 compétences (Cf. Annexe 3). La pratique avancée partage le cœur du métier d'infirmier, elle se base sur les concepts et les fondements des soins infirmiers dans sa pratique clinique, et peut avoir recours à des actes qui sont réservés à la profession médicale (prescriptions de produits médicamenteux ou d'examens complémentaires).

“Une infirmière qui exerce en pratique avancée est une IDE qui a acquis des connaissances théoriques, le savoir faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique de sa profession. Les caractéristiques de cette pratique avancée sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière est autorisée à exercer. Une formation de base de niveau maîtrise est recommandée”. (Conseil International des infirmières, 2008).

L'Association Nationale Française des Infirmiers et Infirmières Diplômés et des Étudiants (ANFIIDE) est l'association nationale officielle ayant les mandats nationaux et internationaux pour représenter la France, notamment au Conseil International des infirmières (CII). En février 2014, au sein de cette association le groupement d'intérêt commun intitulé: réseau de pratique avancé en soins infirmiers (Gic répassi) a été réactivé et a repris intégralement la définition du CII. En revanche, d'autres associations étrangères ont, elles, créées leurs propres définitions:

“La pratique infirmière avancée (PIA) est une offre de soins infirmiers. Elle se déroule dans le champ d'exercice complet de la pratique infirmière, champ de pratique dynamique dont les limites sont flexibles, (...). La pratique infirmière avancée est une expression générale décrivant un niveau avancé de la pratique infirmière qui maximise l'utilisation d'un savoir infirmier approfondi et de connaissances spécialisées pour répondre aux besoins des clients (particuliers, familles, groupes, populations ou collectivités au complet) dans le domaine de la santé. La pratique infirmière avancée repousse ainsi les limites du champ de pratique de la profession infirmière et contribue au savoir infirmier, ainsi qu'au perfectionnement et à l'avancement de la profession, (...). Le titre «infirmière praticienne» est protégé dans tous les pays où la législation d'infirmière praticienne existe.” (CANADIAN NURSES ASSOCIATION, 2003).

“L'IPA, en tenant compte de sa responsabilité professionnelle et des économies à faire en matière de dépenses de santé, assure la promotion de la santé par l'évaluation, le diagnostic et la gestion des problèmes du patient, en pouvant s'appuyer sur le droit de prescription pharmacologiques et non pharmacologiques.” (AMERICAN NURSES ASSOCIATION, 2008) (Cf. Annexe 5).

2. La pratique avancée

A. Histoire des infirmiers en France

Durant le **Moyen Age**, les sœurs de nombreux **ordres religieux** comme les clarisses ou les béguines de Flandres fourniront la majorité des soignants. C'est **en 1878**, que la **première école d'infirmière** est ouverte à Paris par **Désiré Malgoire Bourneville**. Bien que méconnu de certains soignants, ce médecin renommé et homme politique sera influencé par les pratiques infirmiers Anglo-saxonnes. Il consacra la majeure partie de sa carrière au mouvement de laïcisation des hôpitaux de France. **Fin XVIIIème siècle, et début XIXème** les grandes découvertes médicales (**ère Pasteurienne**) et les guerres, vont profondément transformer le rôle de l'infirmier. **Florence Nightingale** (1820-1910), infirmière Anglaise, est la pionnière dans le changement de la pratique des soins aux malades et aux blessés de guerre. Elle voulait fournir des soins plus humains et plus efficaces par la **formation d'un corps Infirmier qualifié**.

Depuis, le métier n'a pas cessé d'évoluer, malgré les représentations archaïques qui lui sont accolées. "Quel danger peut faire courir au malade ou au blessé l'intervention d'une infirmière en dehors de ceci ou de leurs prescriptions. Ne vous laissez donc jamais aller à empiéter sur les attributions du médecin et à vous livrer à des pratiques qui ont pu parfois être taxées d'exercice illégal de la Médecine (...), elles seraient un manquement des plus blâmables à vos devoirs envers vos maîtres les médecins (...) et surtout envers les malades, auxquels vous risqueriez d'être souvent plus nuisibles que utiles." (Croix Rouge Française, 1914). Cent ans, c'est tout ce qui nous sépare de cette image de l'infirmier.

En 1922, est créé le 1er diplôme d'infirmier (**Brevet de capacité professionnelle d'infirmière**) par décret ministériel du 27 juin 1922 grâce à une riche héritière française, **Léonie Chaptal** (1873-1937). Recevant une excellente formation en Angleterre, elle s'investit en France, et propose au gouvernement Français de légiférer sur la formation dispensée aux infirmiers.

Quelques dates importantes pour la profession depuis 1942 jusqu'à 2012:

1942 : Création du diplôme d'état infirmier par décret ministériel du 10 août 1942.

1951 : 1ère école délivrant un diplôme de "cadre" infirmier à la Croix Rouge Française.

1975 : Certificat Cadre Infirmier (CCI) donnant le grade d'infirmier général.

1978 : Reconnaissance du rôle propre infirmier, loi n°78-615 du 31/05/1978.

1984 : 1er décret relatif à la liste des actes professionnels infirmier décret n°84-689 du 17 juillet 1984

1995 : Création du diplôme de cadre de santé décret n°95-926 du 18 août 1995

2002 : Mission du Pr Berland concernant la démographie médicale qui propose 10 solutions dont la redéfinition des compétences des professions paramédicales et le transfert de certaines activités des médecins, ainsi qu'une refonte des études.

2003 : Rapport Berland sur la « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences ». Il en ressort que la légitimité de la délégation viendra de la compétence et donc de la formation acquise par les différents acteurs de la coopération.

2004 : Décret d'actes professionnels et décret relatif aux règles professionnelles inscrits dans le code de santé public (décret n°2004-802 abrogeant le décret 2002)

2006: Rapport sur les « Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé » Pr Berland et Docteur Yann Bourguet.

2006 : Création de l'Ordre National Infirmier.

2007 : Droit de prescription de la liste des dispositifs médicaux, arrêté du 13/04/2007

2009 : Loi HPST reconnaissant au niveau licence le Diplôme d'état d'infirmière et le cursus licence-master-doctorat (accords de Bologne)

2009 : Article 51 de la loi HPST relatif au protocole de coopération permettant la mise en place, à titre dérogatoire et à l'initiative des professionnels sur le terrain, le transfert d'actes ou d'activités de soins. L'ARS et de la HAS doivent le valider.

2009 : Création du Département des sciences infirmières et paramédicales (DSIP) à l'EHESP avec le lancement du Master 1 en sciences cliniques infirmières (MSCI) suivi d'un master 2 (MSCI) organisé en partenariat avec l'université d'Aix Marseille.

2011: Rapport Hénart, Berlant et Cadet: « métiers en santé de niveau intermédiaire » mettant 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).

2011: Le premier protocole de coopération entre professionnels de santé a été signé le 13 juillet 2011 par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Paca, l'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. Ces techniques pourront être réalisées en fonction de l'expérience professionnelle et du niveau de formation.

2011: 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.

2012: Initiative FHF proposant une méthodologie pour la mise en œuvre concrète des recommandations du « rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire ».

B. La pratique avancée dans le monde

Une étude internationale réalisée en 2010 par Pulcini, J, Jelic, M., Gul, R. Loke, A.Y a identifié pas moins de 13 titres différents que les infirmières en pratiques avancées peuvent posséder dans divers pays comme : infirmière praticienne, infirmière praticienne avancée, infirmière consultante, infirmière clinicienne spécialisée, etc.

L'étude de 2010 de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques, OCDE, met en évidence la pratique avancée dans 12 pays, voyons les plus influents :

Les **Etats-Unis** ont la plus longue expérience relative aux infirmières en pratique avancée. Les infirmières anesthésistes et les infirmières sages-femmes ont été les premières IPA reconnues. La première formation d'infirmière clinicienne spécialisée a été développée en 1958 par Hildegarde Peplau dans le domaine de la psychiatrie. C'est au Colorado, qu'une infirmière, Loretta Ford, et un médecin, Henry Silver, créent en 1965 la première formation d'infirmière praticienne. Le programme, axé sur les soins de premiers recours destinés aux enfants, visait à promouvoir la santé, la croissance et le développement des enfants, la prévention des maladies et de la problématique sociale. En 2008, le statut d'infirmière praticienne a été intégré à la législation des 50 Etats.

Rapidement le **Canada** emboîte le pas, avec les **Etats-Unis** ils établiront la catégorie des "infirmières praticiennes" (Nurses Practitioners NP) tout d'abord pour répondre à une pénurie de médecins et assurer les soins de santé primaire notamment dans les zones rurales. Ils créent réciproquement 2 types d'infirmières en pratiques avancées:

- l'infirmière praticienne: elle a pour rôle le diagnostic, le dépistage, la prescription de médicaments ou tests médicaux, la prévention, l'éducation de la santé, le contrôle de patients atteints de maladies chroniques et la coordination de soins. (Soins primaires).
- l'infirmière clinicienne spécialisée: elle travaille principalement à l'hôpital. Elle a un rôle de pratique clinique, de formation, de recherche et de leadership. Son principal but est l'amélioration de la qualité des soins.

Au **Royaume Uni**, les pratiques avancées se développent dans les années 70, le gouvernement a favorisé l'installation des cabinets de groupe en soins primaires incluant l'emploi des infirmières praticiennes et autres infirmières en pratique avancée parallèlement aux médecins généralistes. L'Etat a favorisé le recrutement de ces infirmières par les cabinets de médecins généralistes en subventionnant en grande partie leurs salaires (70%). Il existe quatre catégories d'infirmières praticiennes avancées :

- Infirmières cliniciennes spécialisées
- Infirmières Praticiennes Avancées

- Infirmières Consultantes: elles sont expérimentées et spécialisées dans un domaine donné. Elles ont une pratique experte, un rôle de leadership et de conseil, de formation, de recherche et évaluation (50% de leur temps en pratique clinique).
- Les « Modern Matrons »: elles ont un rôle de développement de leadership chez les infirmières en première ligne, elles s'assurent de la norme de qualité des soins, et assurent une présence dans les services. Les « Community Matrons » traitent des patients avec des maladies chroniques et des besoins complexes.

En Australie, il existe deux formes de pratiques avancées:

- Infirmières en pratique avancée « Advanced Practice Nurses » ou infirmières cliniciennes ou consultantes titulaires d'un Master 1 (Bac + 4): Elles assurent des consultations infirmières avancées, en revanche, elles seules dispensent l'enseignement / les tâches liées aux qualités de commandement (leadership) telles que la diffusion de l'expertise / les tâches liées à l'amélioration de la qualité / et la recherche.
- Infirmières praticiennes titulaire d'un Master 2 (Bac + 5) : au même titre que les « advanced practice nurses » elles assurent des consultations infirmières avancées mais se différencient par la réalisation de tâches plus cliniques: la prescription et l'interprétation de tests de diagnostic (incluant la prescription de rayons X et celle d'ultrasons), le management de maladies chroniques (suivi et contrôle des cas non aigus, d'éducation thérapeutique et de conseils sur le mode de vie), la prescription de médicaments sans supervision médicale, puis, la vaccination sans prescription de médecin et pour finir le transfert des patients aux spécialistes.

En Irlande il existe deux branches de pratiques avancées: les infirmiers cliniciens spécialisés (titulaire d'un diplôme universitaire et d'un M1 spécialisé) et les infirmiers praticiens avancés (titulaire d'un Master généraliste).

La **Finlande** a une longue expérience de différentes formes de collaboration entre médecins et infirmiers dans les soins primaires.

En **Belgique**, au **Japon**, en **Pologne** et **République Tchèque**, la reconnaissance officielle de la pratique avancée n'en est qu'à ses débuts.

Cette étude montre aussi que les rôles avancés infirmiers dans les soins primaires sont plus développés dans les pays où les soins primaires sont principalement dispensés par les cabinets de groupes (un cabinet de groupe est défini par 2 médecins équivalents temps plein ou plus). Dans les pays comme la Belgique, la République Tchèque ou l'Irlande, l'exercice médical isolé reste prédominant. Alors que dans les pays comme les Etats Unis, le Canada, la Finlande ou le Royaume Uni, les cabinets de groupe sont majoritaires. En Finlande, 97% des médecins généralistes travaillent en cabinet de groupe, en France, ils sont seulement 28%.

C. Aujourd'hui où en sommes nous en France

En France, le président de la République a annoncé lors de la présentation du **Plan cancer 2014-2019** la création du métier d'infirmier clinicien et prévoit de le déployer prioritairement dans le champ de la cancérologie.

“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** » (Cf. Annexe 6) 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, tout 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 infirmier(e)s par l'ARS et l'HAS a été atteint, de plus 80 protocoles sont en cours de création et de validation (Cf. Annexe 7). 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". (Ordre national des Infirmiers, 2014)

Lors du **Salon infirmier 2014** qui s'est tenu le 5, 6 et 7 Novembre à Paris porte de Versailles, Florence Ambrosino (infirmière titulaire du MSC12 et formatrice à l'Institut de soins infirmiers supérieur, ISIS) et Galadriel Bonnel (Ph.D Doctor of Philosophy in Public Health, infirmière titulaire du MSC12), ont présenté une étude qui recense les infirmiers cliniciens possédants un certificat (1500), les infirmiers spécialistes clinique diplômés de ISIS et St Anne (150) et les infirmiers titulaires du MSC1 diplômés de l'université d'Aix Marseille/EHESP et de UVSQ (100). Aussi l'étude met en évidence les domaines d'expertise de ces infirmiers et leurs modes d'exercice actuel, il en ressort que 95% sont très peu ou pas du tout rémunérés en rapport avec cette activité, que leurs lieux d'exercice prédominant sont le secteur libéral (43%) et le secteur public (42%), et que les domaines d'expertise les plus fréquemment cités sont les soins palliatifs (54%) la oncologie (28%) et l'éducation thérapeutique/consultation (24%).

De plus, lors du salon infirmier, **Michèle Lenoir Salfati, sous-directrice des ressources humaines du système de santé à la direction générale de l'offre de soins (DGOS)**, a tenu une conférence. Elle est l'interlocutrice du gouvernement pour le projet de loi concernant les pratiques avancées. Elle a profité de cette occasion pour préciser le calendrier des travaux de construction du métier d'infirmier en pratique avancée. Elle a aussi indiqué que l'accès à la formation d'IPA nécessite de l'expérience professionnelle, "Cinq ans d'exercices paraît un minimum (...). Il faut que cette fonction d'infirmier en pratique avancée soit valorisée identiquement à la fonction cadre mais avec un autre rôle (...) et des équivalences de rémunération" (Sandra Jégu, 2014). De plus elle a précisé que ce sera une formation généraliste et non pas spécialisée: "Ce que l'on voulait éviter, c'est qu'il y ait des diplômes de pratique avancée par discipline (...). Rendez-vous compte de l'enfermement qu'il y aurait pour le professionnel" (Sandra Jégu, 2014). Pour finir, elle a rappelé que cette formation sera universitaire et se déroulera non pas en institut de formation mais à l'université avec la délivrance d'un grade master à la clé (sans diplôme d'état).

3. La place de l'infirmier de pratiques avancées

A. L'exercice de l'infirmier de pratiques avancées

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 plus ses connaissances et compétences en terme de qualité des soins lui permette aussi d'exercer dans un service qualité au sein d'un établissement de santé.

Ann Hamric (Ph.D et Professeur en sciences infirmières aux Etats Unis), propose un modèle de la pratique infirmière avancée. Selon Hamric, pour devenir IPA il faut 3 critères essentiels: avoir suivi une formation de niveau d'étude supérieur, être certifié dans la spécialité, et avoir une pratique axée sur la clinique avec des patients. La compétence centrale de l'IPA est vraiment axée sur la « **pratique clinique directe** ». Elle a ensuite défini six compétences de base:

- Le coaching: Il agit sur l'environnement et le cadre des patients en les accompagnants et les conseillant afin qu'ils puissent surmonter l'épreuve de la maladie.
- La consultation : est une compétence qui implique un processus, des étapes aboutissant à l'amélioration d'une situation insatisfaisante ou la résolution de problème, l'IPA prend en compte le patient dans sa globalité.
- La recherche: 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 Evidence based Practice (EBP) pour optimiser les soins aux patients.
- Le leadership professionnel et clinique: En collaboration avec le cadre de santé, l'IPA initie et accompagne le changement des pratiques professionnelles et cliniques dans les services.
- La collaboration: Est la mise en commun des savoirs et des compétences entre plusieurs professionnels dans l'intérêt du patient pour améliorer sa prise en charge et la qualité des soins prodigués.
- Prise de décision éthique: 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).

Patricia Benner (infirmière Américaine et Professeur en science infirmière) s'est appuyée sur le modèle de Dreyfus Stuart Dreyfus (mathématicien et analyste des systèmes) et Hubert Dreyfus (Philosophe) qui ont mis au point un modèle d'acquisition des compétences fondé sur l'étude des joueurs d'échecs et des pilotes d'avions qu'elle a ensuite adapté aux infirmiers. Cinq niveaux de compétence sont mis en évidence:

Novice : il n'a aucune expérience des situations auxquels il risque d'être confronté. Leur comportement est limité et rigide, et leurs actes sont éventuellement inutiles ou non adaptés.

Débutante : il a fait face à suffisamment de situations réelles qui lui permette de repérer les facteurs signifiants qui se reproduisent dans les situations identiques il peut les identifier seulement grâce à des expériences antérieures.

Compétente : Il travaille dans un même environnement depuis 2 ou 3 ans. Il commence à percevoir ses actes en termes d'objectifs ou de plans à long terme dont il est conscient et se fonde sur une analyse consciente, abstraite et analytique du problème.

Performante : Il perçoit la situation comme un tout, et non en terme d'aspects. Il peut percevoir une détérioration de l'état de santé avant même que les signes vitaux n'explicitent ces changements.

Experte : L'infirmier devient expert, grâce à sa grande expérience qui lui donne une vision intuitive de la situation, lui permet d'appréhender un problème sans se perdre dans un large éventail de solutions et de diagnostics stériles. Ses interventions montrent un niveau élevé d'adaptation et de compétence. Les infirmiers ayant plusieurs années d'expérience dans une spécialité, les infirmiers cliniciens, et les IPA peuvent être considérés comme expert, mais ils peuvent tous redevenir novice si ils changent de champs de pratique ou de spécialité.

“Le plus souvent il exerce en ambulatoire, mais peut aussi exercer dans le cadre hospitalier. Il a un cadre législatif spécifique qui diffère de celui des IDE. Quatre grands rôles ressortent, ils sont centrés sur la pratique clinique:

- Suivi de files actives de patients ou personnes vivant dans un territoire donné
- Mise en œuvre du raisonnement clinique
- Approche intégrative des situations de soins alliant approche infirmière experte et activités dérogatoires (prescription d'examen paracliniques, diagnostic de pathologie, prescriptions de médicaments)
- Prévention primaire, secondaire et tertiaire

En général, il est souvent tuteur sur le terrain des étudiants en pratique avancée, en revanche, il est moins investi dans l'enseignement en institution. La plupart du temps il anime des consultations de première ligne, il reste identifié comme un professionnel de santé de premier recours (leadership clinique). Afin d'orienter ses décisions clinique, il s'appuie sur les EBN” (Christophe DEBOUT, 2014).

B. La place de l'IPA au sein du système de santé Français

Améliorer la qualité des soins:

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale de 2015 qui sera adopté le 01/12/2014 par l'assemblée nationale, comporte sur le volet qualité, qui propose la création :

- d'un financement spécifique dont l'objectif est d'inciter à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins pour les établissements de santé financés à l'activité.
- d'un contrat d'amélioration des pratiques en établissement de santé destiné à engager les établissements de santé dans une logique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins lorsque celles-ci sont insuffisantes.

Ainsi la collaboration du cadre de santé et de l'IPA sera un véritable atout pour les établissements de santé qui souhaiteront optimiser la qualité des soins, et obtenir des enveloppes financières de l'ARS plus importantes. Au contact de la pratique quotidienne, l'IPA apportera par ses compétences, ses connaissances et ses capacités réflexives, une pratique basée sur des preuves scientifiques (EBN), qui permettra d'actualiser les pratiques professionnelles et de hisser les services ou il interviendra à la pointe de la performance des soins.

Améliorer la prise en charge des patients atteints de maladie chroniques:

Pour le moment il n'existe pas d'exemple sur des IPA en France, mais les protocoles de coopérations où des IDE participent, peuvent nous donner un avant goût :

En France, une expérimentation a été lancée en 2010 par Julien Mousquès, Yann Bourgueil, Philippe Le Fur et Engin Yilmaz concernant les nouvelles formes de coopération entre le médecin et l'infirmier dans la prise en charge des patients atteints de diabète de types 2. Les résultats obtenus indiquent que les patients arrivent mieux à équilibrer leur diabète et que moins de complications surviennent seulement quand un infirmier fait une visite d'éducation et de conseil. Cela entraîne une amélioration du mode de vie et de l'autogestion sans augmentation de coût financier.

L'association Asalée (créé en 2005) a mis en place un protocole de coopération entre médecin-infirmier selon l'article 51 de la loi HPST (2011). Les activités réalisées par les infirmières suivant ce protocole sont : le suivi du patient diabétique de type 2 incluant rédaction et signature de prescriptions types des examens, prescription et réalisation des ECG, prescription, réalisation et interprétation des examens des pieds ; le suivi du patient à risque cardiovasculaire incluant prescription et réalisation des ECG ; le suivi du patient tabagique à risque BPCO, incluant prescription, réalisation et interprétation de spirométries ; la consultation de repérage des troubles cognitifs et réalisation de test mémoire, pour les personnes

âgées. Les consultations ainsi réalisées par l'IPA dans un futur proche, permettront de part leur expertise en éducation thérapeutique et leur prise en charge globale du patient, de favoriser le vécu de la maladie et de l'autogestion. De plus la survenue de complications sera endiguée, grâce à un suivi régulier et plus adapté aux besoins des patients.

Favoriser l'accès aux soins:

“En Australie, au Canada et en Finlande, des évaluations ont montré que des infirmières en rôle avancé ont aidé à accroître l'accès aux soins dans les zones rurales et éloignées où il peut y avoir que très peu de médecins, sans compromettre la qualité des soins. L'une des conditions de succès de beaucoup de ces initiatives est une bonne coopération interprofessionnelle et la possibilité pour les infirmières de consulter ou d'orienter les patients vers des médecins pour les cas plus sévères ou aigus.” (OCDE, 2010). Ainsi en France l'IPA permettra aux populations des déserts médicaux d'accéder aux soins de premier recours (soins primaire).

Réduction des coûts liés aux dépenses de santé:

Les dépenses publiques de santé figurent parmi les principaux postes budgétaires des finances publiques : elles représentaient 15 % des dépenses publiques totales en moyenne en 2007 (soit plus de 6 % du PIB), contre 12 % en 1995. Par ailleurs, le vieillissement de la population, la hausse rapide des prix des soins de santé et les progrès coûteux des technologies médicales accentuent les pressions sur les budgets.

Une étude prospective « Effectiveness and cost of a transitional care program for heart failure: a prospective study with concurrent controls » réalisé par Stauffer BD, et six autres chercheur en 2011 aux États-Unis a été menée chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque âgés de plus de 65 ans. Cette étude a démontré que lorsqu'un IPA participe au programme d'hospitalisation, il contribue à diminuer significativement les réadmissions sous 30 jours et à réduire la marge de contribution financière de l'hôpital de \$ 227 en moyenne pour chaque patient. Selon les estimations de l'OCDE, les dépenses publiques de santé doivent augmenter de 3.5 à 6 points de pourcentage du PIB d'ici à 2050 dans l'ensemble des pays membres. Ces informations provenant de la note politique économique “Améliorer le rapport coût-efficacité des systèmes de santé” de l'OCDE publié en 2010, met en évidence la nécessité de réorganisé et de repenser l'offre de soins. Comme il est expliqué précédemment, l'IPA a des missions d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage: il élabore un suivi adapté aux besoins de santé du patient avec un parcours de soins optimisé; il participe à réduire les complications par une éducation thérapeutique qui inculque au patient les connaissances nécessaires pour une gestion efficace de sa maladie; il contribue à un dépistage précoce des problèmes de santé par le biais d'actions de prévention qui favorise une guérison plus rapide. Toutes ses missions ont une efficacité immédiate sur la réduction des dépenses de santé.

C. La place de l'IPA au sein d'une équipe pluridisciplinaire

Selon Ljiljana Jovic (Directrice des soins, conseillère ARS Îles de France, présidente de l'association de recherche en soins infirmiers, ARSI), les consultations infirmières ont été mises en place à l'initiative des médecins et parfois à celle des cadres de santé. Les raisons qui ont été à l'origine de cette organisation sont de répondre à un besoin des malades et/ou de pallier le manque de disponibilité médicale.

Dans les structures hospitalières, l'IPA peut intervenir aux urgences, il a un rôle de "triage" des patients en fonction de leur pathologie. Il a aussi un rôle de consultation dans les services (il est un professionnel ressources pour un infirmier d'un service). Différentes consultations infirmières sont déjà en place dans des établissements de santé ce qui favorise la prise en charge holistique du patient : en plaies et cicatrisation, en consultation d'annonce d'une pathologie grave, en éducation thérapeutique et dans les équipes mobile (de gériatrie, d'oncologie, de soins palliatifs, de douleur etc.). Il a aussi un rôle de suivi régulier des patients et de leur pathologie, ce qui permet d'inhiber les complications et les hospitalisations prolongées. Son exercice se déroule en collaboration étroite avec un médecin. Si l'IPA constate que la situation dépasse ses compétences, elle a la possibilité d'adresser le patient vers un médecin ou un médecin spécialiste.

Il est essentiel pour l'infirmier de pratique avancée de faire connaître à l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire (cadre de santé, infirmier, aide-soignant, kinésithérapeute, etc.) les **fonctions complémentaires** qu'il pourra apporter à l'équipe pour améliorer la qualité des pratiques de soins du sein du service. Le travail interdisciplinaire est primordial tout d'abord pour soulager les équipes et pour apporter aux problèmes des patients les réponses les plus adaptées et personnalisées possible.

L'IPA en **collaboration** avec le cadre de santé pourra participer activement au contact des soignants et des patients à l'évaluation et l'analyse des pratiques de soins et apporter des idées objectives basées sur la recherche (EBN) afin de pouvoir mettre en place, de façon consensuelle des réajustements dans les pratiques et les protocoles existants dans l'intérêt, le confort et la sécurité du patient. L'IPA sera un **atout** pour le cadre de santé, car il pourra lui rapporter une analyse complète et détaillée sur les pratiques de soins quotidiennes du service en proposant des réajustements pour optimiser la prise en charge du patient. Cette **collaboration** fructueuse apportera une plus value au système de santé notamment en matière d'amélioration des dépenses financières et de la qualité des soins.

D'autre part, l'IPA a toute sa place dans l'organisation des microsystèmes qui se définit comme un "lieu où les patients, les familles, l'équipe soignante se rassemblent autour d'un même objectif de soins, en lien avec une pathologie (...).

L'intérêt des micro-systèmes est de créer notamment un consensus de prise en charge de situations cliniques de même ordre" (Gerard S et al, 2012). De plus, cette organisation favorise la communication entre les membres de l'équipe, part la création d'une base de données, l'évaluation des flux de patients, la participation à des projets dans la perspective d'améliorer de la qualité des soins.

De part sa formation, l'IPA a acquit des compétences en matière de recherche, de leadership et d'agent de changement. Tous ses apports qualitatifs auprès de soignants, permettront d'accompagner les équipes lorsqu'elles rencontrent des difficultés sur le terrain ou de pallier à des manques de connaissances grâce à l'expertise infirmier.

L'EBN permettra aussi de rassembler les professionnels dans un contexte différent de celui du travail. Effectivement la formation à l'EBN valorisera le cœur de la profession d'infirmier. Le cadre bien sur y participera, s'assurant de transmettre les objectifs médico-socio-politique de l'établissement et sera le garant de l'application de ses nouveaux outils dans son service. Par ce biais, la transformation des pratiques dans les services, deviendra mesurable et le patient en sera le premier bénéficiaire. Cela favorisera l'auto-évaluation sans porter de jugement personnel et entraînera un possible changement de pensée et de pratique. Mark Twain expliquait déjà au siècle dernier que ceux qui causent des problèmes ne sont pas les ignorants mais plutôt ceux qui pensent détenir la vérité qui se révèle fausse.

De plus, la promotion de programme de recherche dans un contexte d'interdisciplinarité aboutit généralement à l'élaboration de standard de soins et de prises en charge notamment par les chemins cliniques (optimisation du parcours du patient) ayant pour bénéfices la sécurité du patient. Ce dernier est considéré comme un indicateur essentiel au niveau économique.

L'IPA est une personne ressource auprès de ses pairs et des autres professionnels de santé. Il peut participer aux réunions du comité d'éthique et peut être convié à apporter sa réflexion et son expertise pour influencer les prises de décisions éthiques (lors de réunions collégiales par exemple). Il apporte aussi des conseils à des infirmiers qui ne disposent pas des outils et du savoir nécessaire pour résoudre certains problèmes de santé ou de prise en charge. Il s'assure prioritairement que la volonté du patient est respectée, et que son choix est pris en compte.

Ainsi l'infirmier de pratiques avancé intervient dans des champs diverses et variés en collaboration avec le cadre de santé, le médecin et l'équipe de soins. Il est acteur de changement dans l'intérêt du patient et des professionnels.

"Le changement se provoque dans l'inter action". (Françoise Kourilsky Bélliard, 1995).

Conclusion

La profession d'infirmier est aujourd'hui plus que jamais en pleine mutation. C'est en perfectionnant la démarche de soins et en la conceptualisant depuis de nombreuses années que la profession a pu acquérir les compétences spécifiques à la prise en charge holistique d'une personne et à s'approprier un savoir faire unique dans ce domaine. De plus les infirmiers cliniciens formés à l'ISIS depuis les années 90 (précurseurs en France dans ce domaine), ont su prouver leurs expertises et leurs contributions au près des patients et des différents professionnels avec lesquels ils ont eu l'occasion de collaborer. Concernant l'infirmier de pratiques avancées, bien que reconnu depuis de nombreuses années dans plusieurs pays, il fait clairement son apparition en France dans le projet de loi santé qui sera débattu à l'Assemblée Nationale en Janvier 2015.

L'intégration de l'IPA dans le réseau sanitaire c'est la reconnaissance des aptitudes des infirmiers à collaborer étroitement avec le médecin dans la perspective de maintenir voire même d'améliorer l'état de santé de tous les usagers. La profession infirmier, verra donc une nouvelle possibilité de carrière, dans le champ de sa pratique clinique avec de nouvelles compétences, plus d'autonomie et l'accès à des missions/actes jusqu'à ce jour, réservés aux médecins.

Cette profession intermédiaire, est capitale dans un contexte économique national difficile, où le système de santé subit des pressions financières et où la baisse démographique du nombre de médecins accentue chaque jour l'émergence de nouveaux déserts médicaux. Il apportera au sein des équipes une ressource dans le champ de la clinique, une expertise pour améliorer la qualité des soins, et contribuera à réduire le coût des dépenses de santé. De plus, l'instauration des EBN dans les services, contribuera à conforter légitimement qu'il existe une science infirmier et qu'elle est au service des usagers de soins.

Aussi les cadres de santé pourront s'appuyer sur l'IPA (professionnel ressource), pour qu'il intervienne au sein de leur service pour différentes missions (améliorer le parcours du patient, optimiser la prise en charge, consultation infirmier, ect.). La collaboration du cadre de santé spécialiste du fonctionnement et du management du service et de l'IPA spécialiste de la pratique clinique marquera un tournant pour la prise en charge du patient. Leurs compétences différentes mais complémentaires représentent une plus-value incontestable pour le système de santé français.

Aujourd'hui, l'infirmier a rendez-vous avec son histoire, les réformes à venir marqueront un nouveau tournant pour la profession. "Le plus petit changement effectué créera toujours, tel une onde, des effets ailleurs et plus loin" (Kourilsky Bélliard, 1995).

Référence

AMERICAN NURSES ASSOCIATION, ANA, 2008, *Advanced Practice Registered Nurse*, APRN Concensus Work Group and National Council of State Boards of Nursing

AMIEC RECHERCHE, 2005, *Dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière*, 3ème édition, Elsevier Masson, p.41

ARTICLE R4311-1 du décret 2004-802 du 29 juillet 2004 modifié par *la loi de financement de la sécurité sociale* n°2012-1404 du 17 décembre 2012 - art.52 par le Code de la Santé Publique livre III titre 1er

CANADIAN NURSES ASSOCIATION (CNA), 2003, *Advance Nursing practice/nurse practitioner network*, Conseil international des infirmières, Genève

CROIX ROUGE FRANCAISE UNION DES FEMMES DE FRANCE, 1914, *manuel de l'infirmière hospitalière*, sixième Edition, MASSON et Cie ÉDITEURS, p.2

DALL T., CHEN Y., SEIFERT R., MADDOX P., HOGAN P.,2009, *The Economic Value of Professional Nursing*, Medical Care, p.97-104

DEBOUT C., 2014, *Les activités associées aux fonctions d'infirmière clinicienne, d'infirmière spécialiste clinique et d'infirmière praticienne*, SOINS, n°789, p.30

DECRET n°84-689 du 17 juillet 1984 relatif aux *actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier*

FHF, 2011, *Le management hospitalier* Revue Hospitalière de France, art. 08.02.2011 p.1

GERARD S, GROSSMAN S, GODFREY M., 2012, *Course Strategies for clinical Nurse Leader Development*, Journal of Professional Nursing, p.147-155

HAMRIC A., SPROSS J, Hanson C.M, 2009, *Advanced Practice Nursing: An Integrative Approach*, 4ème Edition, St Louis Missouri: Saunders Elsevier, p.822

JEGU S., 07/11/14, *Les référentiels du métier d'infirmier en pratique avancée sont souhaités pour septembre 2015*, Ressources humaines, art. Hospimédia, propos rapportés

JOVIC L. POISSON M, 2008, *Réponse infirmière aux besoins de santé en France, vers une discipline*, A.R.S.I art. 2008/2 - N° 93 p.5

KOURILSKY BELLIARD F., 1995, *Du désir au plaisir de changer : le coaching du changement*, inter éditions, p.340

MINISTERE DE LA SANTE, 2014 *Plan cancer 2014-2019*, Objectif 4: Faire évoluer les formations et les métiers en cancérologie p.43-44

MOUSQUES J., BOURGUEIL Y., LE FUR P., YILMAZ E., 2010, *Effect of a French experiment of team work between general practitioners and nurses on efficacy and cost of type 2 diabetes patients care*, Health Policy, vol 98, p.131-143

OCDE, 2010, *Améliorer le rapport coût-efficacité des systèmes de santé*, Note de politique économique n°2 du Département des Affaires Économiques, p.4

OCDE, 2010, *Les pratiques infirmières avancées : une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés*, document de travail sur la santé No.54, 31 août 2010, p51

Bibliographie

Articles:

Debout C., 2014, *infirmière clinicienne, une nouvelle fonction*, revue SOINS n°789

Mark Twain 1906 "L'homme, c'est quoi ?" ou "What Is Man?" essai, DeVinne Press

Ordre national des Infirmiers, 2014, "Profession infirmière" Bulletin de l'ordre, n°4

Ouharzoune Y. 2013, *Entretien avec Judith Shamian, présidente du Conseil International des infirmières*, SOINS n°779

Roodbol P., 2010, *Développement mondial de la pratique avancée*, revue SOINS n°751

Livres :

Benner P. De novice à expert : excellence en soins infirmiers, traduit de l'américain par Ovion L., Edition Masson, 2003

C.Jouteau-Neves, B.Lecointre, E.Malaquin-Pavan la consultation infirmière 2014 Editions Lamarre p.21-35

Delamaire, M. et G. Lafortune (2010), "les pratiques infirmières avancées : Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés", Editions OCDE

Hamric A.B, Sprosse J.A, Hanzon C.M. Advance Nursing Practice; an integrative Approach. Saunders, Philadelphia, 1996

Histoire illustrée de la Medecine 1978 Edition la Renaissance p.543-544

Poisson M., Origines républicaines d'un modèle infirmier, (1870-1900) : histoire de la profession infirmière en France, Vincennes France: Editions hospitalières 1998

Véronique Messenger, Coacher une équipe agile: guide à l'usage des ScrumMaster, chefs de projets, manager éditon EYROLLES 2012 p.59

Dictionnaires et encyclopédies :

AMIEC RECHERCHE, 2005, *Dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière*, 3ème édition, Elsevier Masson

Communications présentées lors d'une conférence ou d'un congrès:

Mme Michèle Lenoir Salfati, Sous Directrice des Ressources Humaines au Ministère de la Santé, Conférence Salon Infirmier, Porte de Versailles 6 Novembre 2014

Pages Web / Documents sur Internet:

Nous avons vérifié l'actualisation des sites et documents internet ci-dessous le 7 décembre 2014 à 14H00 et nous avons apporté les mises à jours nécessaires dans notre présentation.

<http://www.aeeibo.com/RapportBerlandCooperationdesprofessionsdeSanteletransfe rtdetachesetdecompetencesoct2003.html>

<http://www.anfiide-gic-repasi.com/publications/articles/>

<http://www.ars.sante.fr/Le-protocole-de-cooperation-A.154441.0.html>

<https://www.coopps.ars.sante.fr/coopps/init/index.jsp>

http://www.economie.gouv.fr/files/files/PDF/20140929_PLFSS_pour_2015.pdf

<http://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2009/11/dossier-master-sci.pdf>

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/p2_c.maffioli-y.berland_2007_12_28__12_15_43_445.pdf

<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/Adsp?clef=112>

[http://www.healthpolicyjrnl.com/article/S0168-8510\(10\)00159-4/abstract](http://www.healthpolicyjrnl.com/article/S0168-8510(10)00159-4/abstract)

http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=ip1089

<http://www.legifrance.gouv.fr>

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000461479>

<http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000704924>

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000790702&c ategorieLien=id>

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000866769>

http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=7BFC10443163813A9F2A8D1AF87988C5.tpdjo13v_3?idArticle=LEGIARTI000006701360&cidTexte=LEGITEXT000006064582&dateTe

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005619244>

<http://www.metier-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20487184>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21788541>

<http://www.oecd.org/fr/eco/croissance/49653347.pdf>

<http://www.ordre-infirmiers.fr/>

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_cinq_experim_juin2006.pdf

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_relatif_aux_metiers_en_sante_de_niveau_intermediaire_-_Professionnels_d_aujourd_hui_et_nouveaux_metiers_-_des_pistes_pour_avancer.pdf

<http://www.sante.gouv.fr/la-cooperation-entre-les-professionnels-de-sante.html>

http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3/docs/prise_de_position-fhf-metiers-intermediaires.pdf

<http://www.sideralsante.fr/bibliotheque/benner.pdf>

<http://www.uvsq.fr/master-1-sciences-cliniques-en-soins-infirmiers-197753.kjsp>

Données statistiques et de recherche:

Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Primary, Care Physicians, 2009. Finlande: Bourgueil et al., 2007

Liste des annexes

Annexe 1 : Compte rendu de l'enquête préliminaire

Annexe 2 : Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004

Annexe 3 : Référenciels de compétences: IDE et IPA

Annexe 4 : Organigramme de la profession d'infirmier

Annexe 5 : Définition de l'IPA : ANA et CNA

Annexe 6 : Projet de loi santé 2014

Annexe 7 : Processus global de création d'un protocole de coopération

Annexe 1 : Compte rendu de l'enquête préliminaire

Avant de commencer la rédaction de notre document, il nous a semblé essentiel de nous intéresser aux informations que les cadres de santé, supérieurs et de pôles ont à leurs dispositions en ce qui concerne l'infirmier de pratiques avancées. Pour cela nous avons choisi de mener une enquête sous forme de questionnaire pour cibler des informations précises, et pour sonder un panel le plus large possible. La participation est basée sur le volontariat et la confidentialité. Nous avons distribué 80 questionnaires, répartis dans 4 départements : le Gard, l'Hérault, la Loire et l'Isère. Nous avons recueillis 50 exemplaires exploitables entre le 01 octobre et le 14 Octobre 2014. Nous sommes conscients que les personnes ayant répondues au sondage font peut être parties des professionnels qui sont au contact d'infirmiers cliniciens et/ou qui se sentent concernés par la pratique avancée. Mais ce questionnaire n'a pas pour but de réaliser une recherche, mais plutôt d'orienter les données qualitatives que nous devons transmettre à ces professionnels (concernant l'IPA) avec qui nous serons bientôt amenés à collaborer. Il est construit sous forme de questions ouvertes et fermées. La première partie est consacrée aux données socioprofessionnelles. Puis la deuxième partie cible des informations générales concernant l'infirmier de pratiques avancés, la recherche et les protocoles de coopération. Dans la dernière partie nous avons voulu connaître leur vision d'un point de vue hiérarchique sur la future place que pourrait prendre l'IPA au sein de l'organigramme de la profession d'infirmier.

Les données recueillies nous montrent que tous les questionnaires retournés ont été complétés par des cadres de santé tous issus de la filière infirmier (aucun questionnaire n'a été rempli par des cadres supérieurs ou de pôles). La grande majorité ont des bases solides sur la recherche (96% soit 48 des sondés) et les protocoles de coopération (92% soit 46 des sondés). En revanche nous avons relevé que les cadres diplômés depuis 2008 ont en leur possession des informations plus sérieuses et complètes en ce qui concerne l'IPA que leurs confrères et consœurs. Effectivement 84 % (42) des sondés ont déjà entendu parler de l'IPA et les 16% (8) restant, avouent ne jamais en avoir entendu parler (les 8 sont des cadre de santé diplômé avant 2008). De plus, parmi les 84% il est ressorti que seulement 11,9% (5) ont reçu des informations exactes et sérieuses (les 5 sont des cadres de santé diplômé depuis 2008). En ce qui concerne les 88,1% restant (37), leurs connaissances en la matière étaient erronées ou superficielles. Pour finir il est clairement ressorti que les cadres ne ressentent pas de concurrence en ce qui concerne les pratiques avancées, bien qu'ayant des connaissances assez vagues, ils savent que les IPA sont formés pour la pratique clinique et non pas pour le management des équipes (96% soit 48 des sondés). Nous avons aussi relevé que la totalité (50) d'entres eux comprennent que les IPA ne peuvent pas faire fonction de cadre de santé ou cadre supérieur ou cadre de pôle. En ce qui concerne la hiérarchie, nous pensons que nos questions n'ont pas été formulées correctement, car les réponses apportées n'étaient pas celles escomptées (hiérarchie transversale, organigramme...). Nous avons décidé de ne pas analyser cette partie car les informations recueillies précédemment nous aiguillent suffisamment sur les attentes et les points à cibler pour décrire l'IPA à ce public.

Annexe 2 : Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004

Article R4311- L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé. Dans l'ensemble de ces activités, les infirmiers et infirmières sont soumis au respect des règles professionnelles et notamment du secret professionnel. Ils exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif.

Article R4311-2- Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle :

1° De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social ;

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

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

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

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

Article R4311-3 Modifié par Décret n°2008-877 du 29 août 2008 - art. 1
Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes.

Dans ce cadre, l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R. 4311-5, R. 4311-5-1 et R. 4311-6. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers.

Article R4311-4 Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier ou l'infirmière peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'aides médico-psychologiques qu'il encadre et dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation. Cette collaboration peut s'inscrire dans le cadre des protocoles de soins infirmiers mentionnés à l'article R. 4311-3.

Annexe 3 : Référentiel de compétences : IDE et IPA

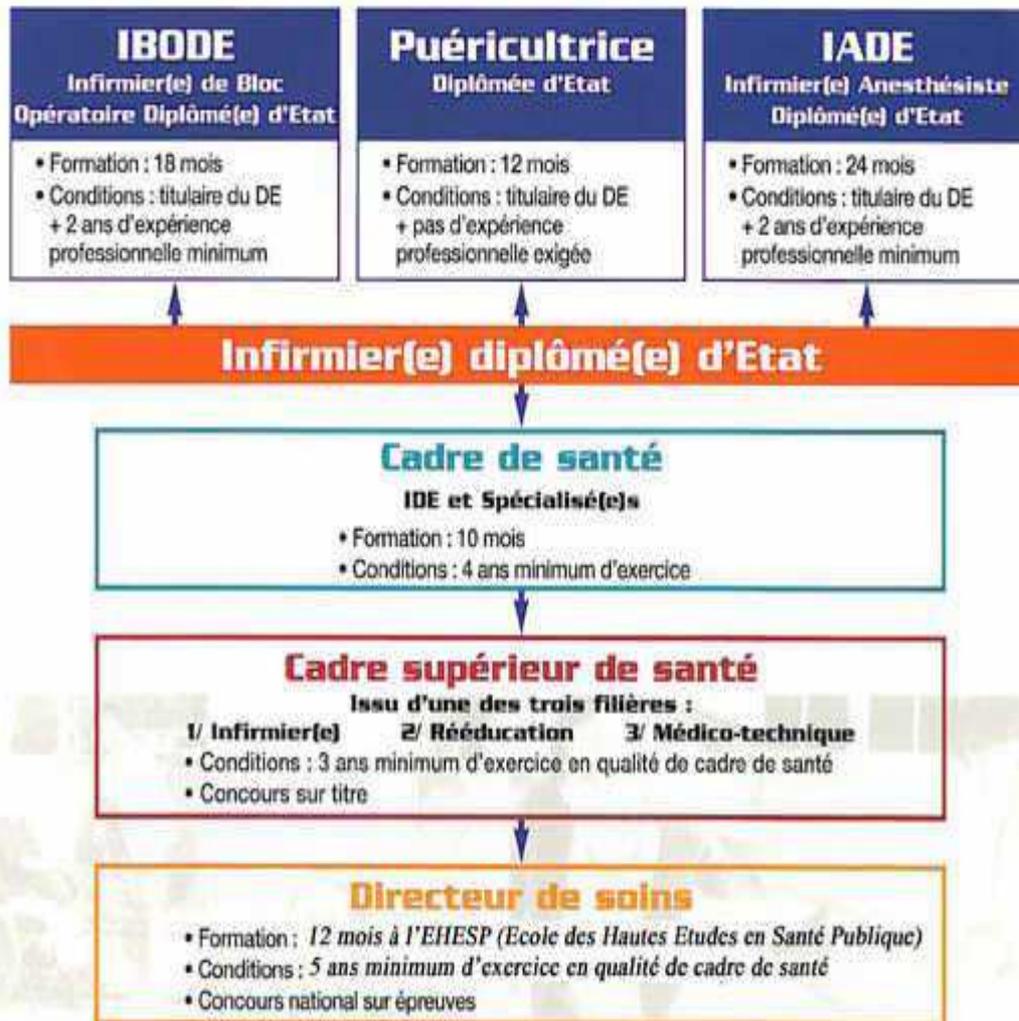
Référentiel de compétences de l'infirmier diplômé d'état (IDE)

1. Évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier
2. Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers
3. Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens
4. Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique
5. Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs
6. Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins
7. Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle
8. Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques
9. Organiser et coordonner des interventions soignantes
10. Informer et former des professionnels et des personnes en formation

Référentiel de compétences de l'infirmier en pratiques avancées (IPA)

1. Évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le champ de compétences ouvert à l'IPA
2. Concevoir et conduire un projet de soins personnalisé
3. Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens
4. Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique dans le champ de compétences ouvert à l'IPA
5. Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs, préventifs et de dépistage dans le champ de compétences ouvert à l'IPA
6. Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins
7. Analyser la qualité et améliorer sa pratique professionnelle
8. Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques
9. Organiser et coordonner les interventions soignantes
10. Informer, former des professionnels et des personnes en formation

Annexe 4 : Organigramme de la profession d'infirmier



D'après un document du



Ministère de la Santé
et de la Protection sociale
Direction générale de la Santé

Annexe 5 : Définition de l'IPA : ANA et CNA

1) Définition de l'infirmière en pratique avancée soutenue par l'Américain Nurse Association ANA

https://www.ncsbn.org/Consensus_Model_for_APRN_Regulation_July_2008.pdf



(Consensus Model for APRN Regulation: Licensure, Accreditation, Certification & Education July 7, 2008)

Definition of Advanced Practice Registered Nurse:

“The definition of an APRN, delineated in this document, includes language that addresses responsibility and accountability for health promotion and the assessment, diagnosis, and management of patient problems, which includes the use and prescription of pharmacologic and non-pharmacologic interventions.

The definition of an Advanced Practice Registered Nurse (APRN) is a nurse:

1. who has completed an accredited graduate-level education program preparing him/her for one of the four recognized APRN roles;
2. who has passed a national certification examination that measures APRN, role and population-focused competencies and who maintains continued competence as evidenced by recertification in the role and population through the national certification program;
3. who has acquired advanced clinical knowledge and skills preparing him/her to provide direct care to patients, as well as a component of indirect care; however, the defining factor for all APRNs is that a significant component of the education and practice focuses on direct care of individuals;
4. whose practice builds on the competencies of registered nurses (RNs) by demonstrating a greater depth and breadth of knowledge, a greater synthesis of data, increased complexity of skills and interventions, and greater role autonomy;
5. who is educationally prepared to assume responsibility and accountability for health promotion and/or maintenance as well as the assessment, diagnosis, and management of patient problems, which includes the use and prescription of pharmacologic and non-pharmacologic interventions;
6. who has clinical experience of sufficient depth and breadth to reflect the intended license; and APRN Joint Dialogue Group Report, July 7, 2008
7. who has obtained a license to practice as an APRN in one of the four APRN roles: certified registered nurse anesthetist (CRNA), certified nurse-midwife (CNM), clinical nurse specialist (CNS), or certified nurse practitioner (CNP). “

2) Définition selon la Canadian Nurses Association CNA (Association des

Infirmières et Infirmiers du Canada)

http://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-en/ps_nurse_practitioner_e.pdf?la=en



CNA POSITION

“The Canadian Nurses Association (CNA) believes that the nurse practitioner (NP) role contributes significantly to improve timely access to individualized, high-quality, cost-effective care through a broad range of models of health care. NPs work with individuals, communities and diverse populations across the continuum of care based on principles of primary health care. The work of NPs encompasses health promotion, disease prevention and illness management. Evidence-informed approaches to fully implement and sustain new and existing NP roles will enhance NPs’ contribution to the health-care system and optimize the nursing workforce.

NPs are “registered nurses with additional educational preparation and experience who possess and demonstrate the competencies to autonomously diagnose, order and interpret diagnostic tests, prescribe pharmaceuticals, and perform specific procedures within their legislated scope of practice.” The NP role is derived from blending “clinical diagnostic and therapeutic knowledge, skills and abilities within a nursing framework that emphasizes holism, health promotion and partnership with individuals and families, as well as communities.” The education and experience of NPs uniquely positions them to function both independently and collaboratively in a variety of settings across the continuum of care.

Nursing regulatory bodies have the responsibility of setting the entry-to-practice competencies, standards of practice and licensure requirements; approving educational programs; and setting the continuing competence requirements for NPs in Canada. Currently, there are three streams of NP practice across the country: NP family/all ages, NP (adult) and NP (pediatric). The title “nurse practitioner” is protected in all jurisdictions where nurse practitioner legislation exists.”

Annexe 6 : Projet de loi santé 2014

Projet de loi santé 2014 présenté au conseil des ministres, 15/10/14

1° Au livre III de la quatrième partie, il est créé un titre préliminaire ainsi rédigé :

« TITRE PRELIMINAIRE
« EXERCICE EN PRATIQUE AVANCEE

« Art. L. 4301-1. - I. - L'exercice en pratique avancée permet aux auxiliaires médicaux relevant des titres Ier à VII du présent livre qui répondent aux exigences mentionnées au II et exercent cette activité au sein d'une équipe de soins au sens de l'article L. 1110-12, d'accomplir ou réaliser, dans le respect des conditions et règles fixées par décret en Conseil d'État pris après avis de l'Académie nationale de médecine, certaines des activités suivantes :

« 1° D'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage ;

« 2° D'évaluation clinique, de diagnostic, des actes techniques et des surveillances cliniques et para-cliniques ;

« 3° De prescription de produits de santé non soumis à prescription médicale obligatoire, des prescriptions d'examens complémentaires et des renouvellements ou adaptation de prescriptions médicales.

« Ce décret en Conseil d'État définit notamment, pour chaque auxiliaire médical :

« a) Les domaines d'intervention en pratique avancée ;

« b) Les activités que le professionnel peut accomplir dans chacun de ces domaines d'intervention ;

« c) En tant que de besoin, les types d'actes pouvant être réalisés de façon autonome par le professionnel.

« II. - Peuvent exercer en pratique avancée les professionnels mentionnés au I qui justifient d'une durée d'exercice minimale de leur profession et d'un diplôme de formation en pratique avancée délivré par une université habilitée à cette fin dans les conditions mentionnées au III.

« Sont tenues de se faire enregistrer auprès du service ou de l'organisme désigné à cette fin par le ministre chargé de la santé, avant un exercice professionnel, les personnes ayant obtenu un titre de formation requis pour l'exercice en pratique avancée.

« La nature du diplôme, la durée d'exercice minimale de la profession et les modalités d'obtention du diplôme et de reconnaissance mutuelle sont définies par décret.

« III. - Toute université assurant une formation conduisant à la délivrance du diplôme de formation en pratique avancée doit avoir été habilitée, à cet effet, sur le fondement d'un référentiel de formation défini par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur, dans le cadre de la procédure d'accréditation de son offre de formation.

« IV. - Les règles professionnelles et éthiques de chaque profession, ainsi que celles communes à l'ensemble des professionnels de santé, notamment celles figurant aux articles L. 1110-4 et L. 1111-2, demeurent applicables sous réserve, le cas échéant, des dispositions particulières ou des mesures d'adaptation nécessaires prises par décret en Conseil d'État.

« Le professionnel agissant dans le cadre de la pratique avancée est responsable des actes qu'il réalise dans ce cadre. »

2° Au dernier alinéa de l'article L. 4161-1, après les mots : « auprès de ses malades, », sont ajoutés les mots : « ni aux auxiliaires médicaux exerçant en pratique avancée selon les dispositions prévues à l'article L. 4301-1 du présent code ».

Annexe 7 : Processus global de création d'un protocole de coopération

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_methodo_tome2_21072010_2010-09-03_13-59-2_321.pdf

