

Nouveaux rôles infirmiers : une nécessité pour la santé publique et la sécurité des soins, un avenir pour la profession

L'article L. 4312-1 du code de la santé publique modifié par la loi HPST définit les missions de l'Ordre dans les termes suivants :

« L'ordre national des infirmiers veille à maintenir les principes éthiques et à développer la compétence indispensables à l'exercice de la profession. Il contribue à promouvoir la santé publique et la qualité des soins. »

La première raison d'être de l'Ordre est donc de contribuer à l'éthique et à la compétence des infirmiers, en vue de la qualité des soins. Cette contribution rejoint aussi, tout naturellement, notre autre mission légale d'*assurer la promotion de la profession*.

Le CNOI a déjà mené à bien l'une de ses obligations majeures : l'élaboration du code de déontologie, qui va donner à l'ensemble de la profession infirmière des repères éthiques appropriés aux problèmes croissants de son exercice aujourd'hui.

Dans ce contexte, le Conseil national de l'Ordre juge prioritaires la promotion et la valorisation des pratiques infirmières, dans tous les domaines que lui permettent le cadre réglementaire et la formation des infirmiers. Cela va bien au-delà de ce qui est généralement perçu aujourd'hui en France.

Cette préoccupation s'inscrit dans une évolution aux niveaux européen et international, où des avancées importantes ont eu lieu depuis quelques années dans le rôle joué par les infirmiers. Ces avancées reconnaissent et valorisent l'intervention des infirmiers, au sein des équipes de soins, dans tous les aspects de leur exercice. Notamment le suivi clinique des patients sur l'ensemble de leurs parcours, la prévention, l'éducation thérapeutique des patients chroniques et les bonnes pratiques requises pour assurer une égalité d'accès aux soins et des traitements à des coûts supportables pour les systèmes de santé.

L'OCDE, dans ses derniers rapports, rappelle le rôle pivot indispensable joué par les infirmiers, en collaboration avec les médecins : d'une part, pour l'efficacité des systèmes de soins, aujourd'hui en recherche de « productivité », d'autre part, pour une sécurité sans cesse accrue. Elle souligne depuis de nombreuses années des problèmes de démographie de ces professions cliniques et transversales indispensables à la prise en charge globale des patients et à la qualité des résultats des soins (OCDE 2009)

La contribution infirmière en réponse aux nouveaux besoins de santé de la population,

Le code de la santé publique dispose, dans son article L. 4311-1 : « Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu.

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

« 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'Etat, pris après avis du Haut conseil de la santé publique ».

L'infirmière ou l'infirmier est autorisé à renouveler les prescriptions, datant de moins d'un an, de médicaments contraceptifs oraux dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, pour une durée maximale de six mois, non renouvelable. Cette disposition est également applicable aux infirmières et infirmiers exerçant dans les établissements mentionnés au deuxième alinéa du I de l'article L. 5134-1 et dans les services mentionnés au premier alinéa de l'article L. 2112-1 et à l'article L. 2311-4.

La contribution infirmière à la mise en œuvre des traitements et à leur surveillance clinique est affirmée à l'article R. 4311-1 du CSP : « 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 ».

Enfin, l'article R. 4311-2 précise encore ces soins infirmiers intégrant « *qualité technique et qualité des relations avec le malade* » (...) « *réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques* » avec pour finalités 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* » mais aussi « *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* »;

La mise en œuvre de la plupart des traitements sur prescription médicale en milieu hospitalier, mais aussi en ambulatoire – et, depuis peu, à l'initiative de l'infirmier lui-même pour certaines vaccinations et dispositifs médicaux ou le renouvellement de médicaments contraceptifs – donne à ce professionnel un rôle majeur de « recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et l'appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance » et d'« observation et surveillance des troubles du comportement ».

Ce rôle est réaffirmé à l'article R. 4311-3, qui définit un rôle autonome et un champ d'initiative dans le cadre des « *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.* »

Nouveaux métiers ou nouveaux rôles ? Ce que l'Ordre propose

Plutôt que des nouveaux métiers, ce sont plutôt de nouveaux rôles infirmiers qui peuvent répondre de manière efficiente aux enjeux ci-dessus, en fonction des priorités de santé publique désormais bien connues.

Acteur central du suivi clinique et thérapeutique et de la définition des besoins de santé en collaboration étroite avec le médecin, l'infirmier est en effet à même de jouer également un rôle majeur dans l'amélioration de l'accès aux soins, leur coordination et leur qualité. C'est le seul professionnel de santé en mesure de le faire de manière globale, au plus près de l'activité médicale mais aussi dans le cadre d'un exercice autonome.

Trois modèles peuvent ainsi être développés en France, en plus des spécialités déjà prévues par le code de la santé publique (infirmier de bloc opératoire, infirmier anesthésiste, infirmière puéricultrice) :

- infirmier praticien spécialisé dans un champ médical : néphrologie, cardiologie, psychiatrie, gériatrie, premier recours, oncologie...
- infirmier clinicien : en soins palliatifs, pour l'éducation thérapeutique...
- infirmier référent coordonnateur : en oncologie, psychiatrie, gériatrie, maladies cardio-vasculaires, maladies rares...

Ces modèles nécessitent un investissement substantiel, à la fois politique (reconnaissance d'un nouveau rôle) et financier (financement de la formation spécialisée, intégration dans de nouveaux postes). Ils doivent être bien distingués des expertises ponctuelles multiples dont doivent bénéficier les infirmiers dans le cadre d'un développement professionnel continu adapté aux besoins d'actualisation de la pratique (D.U. douleurs, plaies et cicatrisations, éducation thérapeutique par exemple...).

Ils ouvriraient des perspectives précieuses, eu égard :

- aux besoins grandissant de santé : vieillissement de la population, traitement au long cours des malades chroniques, spécialisation des prises en charge (filiales), attention plus grande portée à la gestion intégrée de la maladie, dans la vie quotidienne à tous les âges (scolarité, entreprise...);
- aux restructurations de notre système de santé, modifiant de manière importante les pratiques soignantes aussi bien en établissements de santé (concentration des expertises autour de plateaux techniques spécialisés) que hors établissements (prise en charge de patients de plus en plus complexe à leur domicile);
- à la démographie des professions de santé, traitée jusqu'ici de manière fort sommaire et approximative.

Ces évolutions professionnelles correspondent à des standards internationaux existants et reconnus, tels que les définitions du Conseil International des Infirmières (CII) sur les pratiques avancées, les standards de pratiques des infirmières praticiennes au Québec, les standards de pratiques des "infirmiers prescripteurs" au Royaume-Uni, véritables "case managers", acteurs de l'observance et du suivi thérapeutique des patients chroniques en ambulatoire.

Ces modèles reposent sur une solide expertise clinique et médicale dans le champ concerné, précédée d'une formation supérieure appropriée (en néphrologie, cardiologie, psychiatrie, soins de "première ligne", soins palliatifs, gériatrie...). Ils apportent une réelle

valeur ajoutée, tant sur le plan clinique que sur le plan économique dans l'intérêt du patient (meilleur suivi et observance des traitements, anticipation des crises, amélioration de la qualité de vie, diminution des réhospitalisations.

Les mesures à prendre et leur financement devraient être définis sur le plan national :

- dans des plans de santé publique (cancérologie, maladies chroniques, maladies rares, urgences...) : reconnaissance d'un statut, limites et évaluation de l'insertion professionnelle, indicateurs de résultats ;
- selon une programmation cadrée et suivie : crédits et postes sanctuarisés pour assurer une réelle crédibilité à ces nouvelles compétences et un réel changement des pratiques médicales et infirmières, accompagnement réglementaire (quotas d'infirmiers, agrément des formations, programme de certification) ;
- avec les organisations professionnelles concernées, notamment les Ordres et les sociétés savantes, afin de définir les évolutions nécessaires au plus près de la clinique et des pratiques.

Le choix fait jusqu'ici, en France, de ne pas intégrer à l'université la formation initiale des infirmiers, contrairement à la plupart des pays européens (cf. le rapport Domergue 2010), est un handicap sérieux pour adapter leurs compétences et leurs qualifications à de tels développements. Il gêne, de fait, une articulation efficace entre la formation initiale et le développement professionnel continu.

Tous les scénarios peuvent être construits si, au préalable, la nécessité des évolutions ci-dessus est reconnue et si elles sont planifiées.

Les expériences étrangères sur ces thèmes apportent des enseignements tout à fait importants. Elles montrent la nécessité :

- d'une définition des problématiques avec les organisations professionnelles concernées en charge de la formation et de l'exercice : sociétés savantes, Ordres, syndicats, ministères ;
- d'un accompagnement réglementaire ad hoc dans le code de la santé publique (nouvelles spécialités infirmières..)
- d'un affichage politique fort et de financements dédiés (exemple de la consultation d'annonce pour le Plan cancer) ;
- d'études comparatives des pratiques pour évaluer les avancées en termes de résultats de soins ;
- d'une valorisation des nouveaux rôles et de leur intégration dans les pratiques existantes ;
- un renforcement de la formation existante avec la création d'une filière universitaire en sciences infirmières (LMD)

La valeur ajoutée infirmière reste méconnue en France. Le développement de nouveaux rôles infirmiers nécessaires à l'amélioration de qualité des soins et attendus par les professionnels doit, en plus des mesures préconisées au paragraphe précédent, accroître sa visibilité à deux niveaux :

- **la valeur ajoutée auprès du patient**, quant à la qualité et aux résultats des soins, grâce à un savoir spécifique complémentaire, voire une expertise, souvent acquis par des études complémentaires aujourd'hui non reconnues (D.U. douleur, D.U. soins palliatifs, D.U. plaies et cicatrisation...). Cette valeur ajoutée est très mal connue, car elle fait l'objet de très peu d'études, la profession ne bénéficiant pas d'un cursus universitaire complet qui lui permettrait l'accès à la recherche, comme c'est le cas dans de nombreux pays aux niveaux européen et international (cf. le rapport Domergue). L'expertise clinique

infirmière doit donc être mieux observée pour être mieux reconnue, tant du point de vue de l'image que financièrement ;

- **la valeur ajoutée au sein des équipes de soins et du système de santé** : bien que la profession joue un rôle crucial dans le système de santé et qu'elle représente à elle seule 65% des effectifs des auxiliaires médicaux, son activité reste souvent occultée, dans une organisation et un financement médico-centrés. L'infirmier est toujours considéré en France, contrairement à la majorité des pays européens (et bien que les textes réglementaires lui permettent une grande marge d'intervention) comme un simple acteur de second plan au service du médecin, alors que ses activités ne nécessitent pas toujours une approche médicale au sens strict du terme. La profession doit donc également bénéficier d'une meilleure reconnaissance de son rôle pivot, en complémentarité avec le médecin, dans l'analyse des besoins et la prise en charge globale du patient, que ce soit en établissement ou en ambulatoire.

La profession ne pourra durablement retenir ses membres et attirer des jeunes sans cette double reconnaissance, qu'il est donc urgent de hâter dans notre pays.