



Faculté de droit et de science politique

Master II Droit Santé Ethique

Parcours droits des professionnels et des établissements de santé

Ré-évolutions du métier d'infirmier

Sandrine BENOIT

Sous la direction de Madame Marie-Laure MOQUET ANGER

Jury :

Madame Marie-Laure MOQUET ANGER : Professeur agrégé de droit public,
Université Rennes 1

Madame Gaëtane TINOT-THOMAS : Docteur en Droit, Université Rennes 1, avocate
au barreau de Nantes

REMERCIEMENTS

A ma famille pour son soutien inconditionnel.

A Madame MOQUET-ANGER pour son aide précieuse et ses conseils avisés durant la réalisation de ce travail.

SOMMAIRE

Partie I : La pratique infirmière, un exercice en constante évolution

Chapitre 1 : La profession façonnée à travers les grandes périodes de l'histoire française

Section 1. Un métier étroitement lié à la place des femmes dans la société

Section 2. La collaboration infirmière – médecin

Chapitre 2 : La nature juridique des soins infirmiers

Section 1. Le concept de « soins infirmiers »

Section 2. Une profession réglementée

Partie II : Une réglementation insuffisante pour sécuriser l'évolution de l'exercice infirmier

Chapitre 1 : Le rôle des professions bousculé par la création du statut d'infirmier en pratiques avancées

Section 1. L'IPA, une réponse aux besoins de santé de la population

Section 2. Un changement historique dans la relation de soins avec le médecin

Chapitre 2 : La sécurisation de l'exercice infirmier

Section 1. Le rôle de l'Ordre infirmier

Section 2. Des hypothèses de sécurisation pour demain

ABREVIATIONS

ADELI : Autonomisation des Listes

ARS : Agence Régionale de Santé

BMR : Bactérie Multirésistante

CC : Code Civil

CDI : Contrat à Durée Indéterminé

CDM : Code de Déontologie Médical

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLIN : Commission de Lutte Contre les Infections Nosocomiales

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CPP : Comité de Protection des Personnes

CSP : Code de la Santé Publique

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DPC : Développement Professionnel Continu

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

HAS : Haute Autorité de Santé

HCPP : Haut Conseil des Professions paramédicales

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoire

IBODE : Infirmière de Bloc Opératoire Diplômée d'Etat

IFSI : Institut de Formation en soins infirmiers

IPA : Infirmière en Pratique Avancée

LMD : Licence, Master, doctorat

PA : Pratique Avancée

PACES : Première Année Commune aux Etudes de Santé

SDC : Structure Douleur Chronique

SIIPS : Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée

UDF : Union pour la Démocratie Française

UMP : Union pour un Mouvement Populaire

INTRODUCTION

En novembre 2002, le Pr Yvon BERLAND remettait au Ministre de la Santé Jean-François MATTEI un rapport¹ « *Démographie des professions de santé* ». Sur dix propositions, on pouvait lire dans la troisième « *redéfinir le contour des métiers, mettre en place un partage des tâches, créer de nouveaux métiers, faciliter les passerelles entre les différentes professions de santé* ».

Ce travail fut complété en 2007 par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins (DHOS)² qui avait ciblé les facteurs d'évolution de la société qui allaient impacter les métiers du soin et les faire évoluer dans les prochaines années : le vieillissement de la population, l'augmentation des pathologies chroniques, des soins de longue durée et l'implication des usagers aux décisions les concernant. De façon plus structurelle, ce sont les évolutions de la démographie des professions de santé, des conditions de leur exercice et du contexte organisationnel qui sont autant de facteurs identifiés comme allant profondément modifier l'exercice des professions de santé dans les quinze prochaines années.

La Loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) du 21 juillet 2009, dans son article 51 (Protocoles de coopération entre professionnels), a introduit un cadre légal à de nouvelles pratiques professionnelles pour les infirmières sous conditions de formation et de validation par la Haute Autorité de Santé (HAS) après avis du Haut Conseil des Professions Paramédicales³ (HCPP), des sociétés savantes et des ordres professionnels. Pour autant, cela ne s'est pas accompagné d'un nouveau statut ni d'une reconnaissance réglementaire d'un élargissement des actes professionnels infirmiers.

Le protocole de coopération 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), de transferts d'actes ou d'activités de soins et/ou de réorganisation des modes d'intervention auprès des patients.

¹ Rapport n°2002135 présenté par le Pr Y. BERLAND « Démographie des professions de santé », novembre 2002

² Un travail de monographie réalisé en 2007 par la DHOS dans le cadre de l'ONEMFPH (Observatoire National des Emplois et des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière)

³ Le HCPP a été institué par le décret n° 2007-974 du 15 mai 2007, JORF du 16 mai 2007. Cette instance de réflexion pour les professionnels paramédicaux remplace le Conseil Supérieur des Professions Paramédicales (CSPP) qui avait été créé le 14 septembre 1973.

Ces initiatives locales sont transmises par les professionnels ou par les établissements de santé à l'ARS. Celle-ci vérifie la cohérence du projet avec le besoin de santé, avant de le soumettre pour validation à la HAS.

Un protocole de coopération est validé dès lors qu'il répond à certaines exigences : celles relatives aux caractéristiques des professions des délégué(s) et délégant(s), à la liste des actes dérogatoires proposés, à l'information délivrée aux patients, aux activités de coordination entre professionnels, au programme de formation du délégué visant à acquérir les compétences nécessaires à la réalisation des actes ou activités délégués.

Pour les professionnels ou établissements de santé, il est également possible de se « raccrocher » à un protocole déjà validé et que l'on souhaite mettre en place. Cependant, le cadre du protocole de coopération est très strict et il faut correspondre en tout point au protocole initial : pour exemple, les poses de voies veineuse centrales sont autorisées au Centre de Lutte Contre le Cancer Léon-Bérard depuis 2015 entre médecins anesthésistes, délégants et infirmières anesthésistes et de bloc opératoire déléguées. Or, d'autres établissements ont souhaité appliquer les mêmes dispositions, mais entre chirurgiens, délégants et infirmières anesthésistes et de bloc opératoire. Les dossiers n'ont pas été acceptés. Il leur faut alors déposer un dossier complet à l'ARS, ce qui, en pratique, limite la possibilité d'évolution de l'exercice infirmier ou incite les établissements à mettre en place des organisations et des transferts d'acte sans autorisation. Cette complexité est reconnue par la HAS dans le bilan qui a été réalisé sur le dispositif fin 2014⁴. Elle reconnaît par ailleurs, que la lenteur du processus d'analyse et de validation, est un facteur déterminant d'abandon des dossiers déposés par les équipes. Elle précise également que « *Le dispositif a permis de légaliser d'anciennes pratiques, pour des équipes qui maîtrisent leurs pratiques*⁵. » Cet état des lieux de la HAS confirme l'existence de nombreux glissements de tâches pour la profession infirmière ainsi que pour d'autres professionnels de santé.

L'hyperspécialisation que requiert la pratique de la médecine et les nouvelles compétences développées par les infirmières ces dernières années, avec l'obtention

⁴ HAS : « Les protocoles de coopération – art 51 – Bilan du dispositif, évaluation 2014 », site HAS P 67

⁵ HAS : « Les protocoles de coopération – art 51 – Bilan du dispositif, évaluation 2014 », site HAS P 9

d'un diplôme universitaire et/ou d'un master, ont encouragé les équipes de terrain, et parfois les institutions, à mettre en place des transferts d'actes entre le médecin et l'infirmière hors cadre réglementaire, sans reconnaissance statutaire et financière pour l'infirmière. Il s'agit par exemple des ponctions de lymphœdèmes en post-chirurgie dans le cancer du sein. Cette pratique courante dans des établissements de santé peut être en partie expliquée par deux facteurs : la baisse de la démographie médicale et du nombre d'internes dans les établissements de santé et le souhait des infirmiers de s'approprier cet acte de soin. Le protocole de coopération a été validé en 2014, mais après de nombreuses années d'une pratique illicite pour l'infirmière.

On ne retrouve pas de données sur ces pratiques hors cadre réglementaire. On peut s'appuyer cependant sur le bilan de 2014 des protocoles de coopération pour connaître la nature des actes concernés qui portaient sur la réalisation d'un acte technique comme la pose d'une voie veineuse centrale, d'un ensemble d'activités requérant un niveau d'expertise plus élevé, telles les « *infirmières ressource douleur* », ou le suivi d'une population spécifique comme les patients diabétiques. Sont apparus alors différents titres pour évoquer ces nouveaux profils : infirmière clinicienne, praticienne, de coordination, stomathérapeute. Cela a introduit de nouvelles activités confiées aux infirmières : suivi et ajustement de l'insuline par l'infirmière, adaptation des traitements anticoagulants, ponctions de lymphœdèmes après un cancer du sein. Les exemples sont nombreux et concernent tous les secteurs d'exercice de l'infirmière (salariée, libérale).

En dehors des différents transferts d'activité qui relèvent de l'article 51 de la Loi HPST et qui n'étaient qu'au nombre de 38 protocoles autorisés entre 2010 et fin 2014⁶, toutes les autres initiatives prises en local sont hors du périmètre d'activités de l'infirmière inscrit dans le code de la santé publique. Des nouvelles modalités d'exercice comme l'éducation thérapeutique, ont introduit de nouvelles zones frontières avec le médecin et, il est bien difficile parfois d'identifier ce qui relève du champ d'exercice et de compétences de l'infirmière ou, du médecin. Certaines initiatives auraient pu relever du protocole de coopération mais, devant la complexité des dossiers et la lenteur des réponses apportées, elles se sont mises en place parfois sans aucun contrôle de la part de la hiérarchie ou alors avec la complaisance de celle-ci. Alors que le processus de validation des protocoles de coopération est très strict et porté par la HAS, celle-ci a

⁶ HAS : « Les protocoles de coopération – art 51 – Bilan du dispositif, évaluation 2014 », site HAS P17

dans le même temps laissé des transferts d'actes déjà initiés perdurer alors que ceux-ci ne sont pas autorisés car en cours de validation.

L'exemple du dossier de demande d'autorisation du Centre de Lutte Contre le Cancer Claudius REGAUD de Toulouse est assez emblématique pour illustrer la problématique actuelle et l'ambivalence de la HAS sur ce thème. Dès 2009, le Centre avait déposé un dossier pour un transfert d'acte qui portait sur la validation de la chimiothérapie par une infirmière en lieu et place d'un médecin, plus familièrement appelé « OK CHIMIO », pour certains protocoles thérapeutiques. Il s'agissait pour eux de se mettre en conformité avec une pratique déjà présente dans leur Centre. Après de nombreux allers et retours entre la HAS, le HCPP, les Ordres professionnels, celui-ci n'a jamais été validé sur le motif que le programme de formation proposé à l'infirmière ne pouvait répondre aux besoins de compétences que l'acte transféré nécessitait. De plus, cet acte ne relevant pas du champ d'exercice des internes de médecine mais d'un médecin sénior car estimé nécessitant une expertise en chimiothérapie, la position de l'Ordre des médecins n'a jamais été favorable pour qu'il soit transféré de principe aux infirmières. Pour autant, lors des visites de certification par la HAS, la pratique n'a pas fait l'objet d'une non-conformité ou d'une recommandation visant à faire stopper ce transfert de tâches non autorisé. Par la suite, ce transfert s'est généralisé dans bien des établissements de santé sans aucun contrôle depuis 2013⁷. A ce jour, Il n'y a pas de jurisprudence sur le sujet, ce qui peut amener plusieurs réflexions autour de la sécurisation de l'exercice qui, même sans cadre légal, ne semble ni mettre en insécurité les patients ni inciter la HAS à intervenir. Depuis au moins fin 2002 et la publication du rapport Berland, il était parfaitement mis en avant les glissements de tâches multiples entre professionnels tels les médecins et les infirmières, et un besoin de faire évoluer le cadre d'exercice des infirmières afin de le sécuriser.

Afin de clarifier et d'apporter un cadre légal à des transferts d'actes, certains établissements de santé ont fait le choix de déposer des projets de recherche en soins. Le CHU de ROUEN avait déposé un projet intitulé « Intérêt d'une consultation infirmière versus médical dans le processus de validation de la chimiothérapie » qui a été accepté en 2015 sans contrôle de la HAS, du HCPP ou de l'Ordre infirmier pour en vérifier la conformité au regard des compétences et du champ d'exercice de l'infirmière. En effet, le financement de projets de recherche en soins peut se faire de plusieurs

⁷ HAS : « Les protocoles de coopérations – art 51 – Bilan du dispositif, évaluation 2014 », site HAS, P68

manières : réponse à un appel à projet de la DGOS⁸, dossiers soumis aux groupements⁹, à la Ligue Contre le Cancer, et est très dépendant de la qualité du comité de validation et du rapporteur. Les projets peuvent ne pas être vérifiés par les Ordres professionnels, la HAS ou le HCPP. Les projets sont par contre systématiquement transmis au Comité de Protection des Personnes (CPP) afin de s'assurer que les droits des patients sont respectés.

En dépit de ces contradictions constatées, tolérées voire admises, au moins officieusement, la profession d'infirmière reste très règlementée dans le code de la santé publique et ne laisse pas de place à des initiatives en termes d'actes professionnels. Le montage juridique est très précis entre le médecin et l'infirmière concernant la réalisation des actes sur prescription, sur protocole, relevant de son rôle propre et avec ou sans présence du médecin.

C'est dans ce contexte en pleine mutation pour l'infirmière qu'il faut s'interroger sur le modèle juridique actuel et la sécurisation de son exercice car elle est particulièrement exposée au risque de glissement de tâches, de sanctions¹⁰ et de contentieux.

C'est aussi s'interroger sur la place et le rôle de l'Ordre infirmier dans l'évolution du métier de l'infirmière et comment il contribue à réguler et à sécuriser l'exercice infirmier tout en accompagnant le métier au regard des modifications des pratiques soignantes (virage ambulatoire, e-santé, téléconsultation, parcours de soins...).

Après 17 ans, suite au rapport BERLAND fin 2002, conscient du besoin de faire évoluer le champ d'exercice des professions de santé afin de répondre aux nombreux enjeux du système de santé, le 26 janvier 2016, la nouvelle Loi de modernisation du système de santé a introduit dans son article 119 la création d'un nouveau mode d'exercice en introduisant la notion de pratiques avancées : « *Les auxiliaires médicaux relevant des titres Ier 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.* » Priorité est donnée à la profession

⁸ Programme Hospitalier de Recherche et Paramédicaux (PHRIP)

⁹ Groupement Interrégional pour la Recherche Clinique et l'Innovation (GIRCI)

¹⁰ Disciplinaire et professionnelle

d'infirmière et le 18 juillet 2018¹¹, le décret 2018-629 a porté création de nouvelles modalités d'exercice pour l'infirmière en créant l'infirmière en pratique avancée (IPA). Il s'agit d'une profonde modification dans la prise en soins des patients et dans son rapport avec le médecin ainsi qu'avec l'équipe pluridisciplinaire autour du parcours des patients.

Cela soulève des réactions et des inquiétudes de la part des médecins et des infirmières ainsi que des gestionnaires d'établissement, qui s'interrogent sur le nouveau champ de compétences de l'IPA, sa capacité à réaliser en autonomie les actes professionnels, à réaliser des prescriptions,... Cela pose la question de la responsabilité des professionnels dans ce nouveau modèle d'organisation entre le médecin et l'infirmière ainsi que la rédaction des protocoles d'organisation qui devront préciser les conditions et le partage d'activité entre le médecin et l'infirmière. Il s'agit d'un modèle qui doit permettre d'améliorer l'offre et les inégalités d'accès aux soins en permettant aussi de recentrer le médecin sur son cœur d'activité et sur des activités à valeur ajoutée comme la recherche médicale.

En France, le métier de l'infirmière est en pleine évolution depuis quelques années, qu'il s'agisse de la réingénierie de la formation ou de l'augmentation de l'offre de formation continue, avec un risque de plus en plus élevé de glissement de tâches entre le médecin et l'infirmière en particulier. Les zones frontières d'exercice entre professionnels de santé sont de plus en plus fines et la délimitation de l'exercice imputable à l'une ou l'autre des professions, de plus en plus difficile à identifier.

A l'aube de l'implantation de l'IPA, il faut appréhender l'ensemble de l'exercice infirmier afin d'identifier les leviers qui permettraient une clarification des rôles et des activités par métier afin de sécuriser son activité. C'est analyser comment la profession s'est peu à peu professionnalisée au travers de son histoire professionnelle et de la place des femmes dans la société française.

Une première partie de notre travail de recherche sera consacrée à l'analyse de l'évolution constante de la profession d'infirmière à travers l'histoire (1) et la deuxième partie s'intéressera à une réglementation insuffisante à sécuriser les évolutions de l'exercice infirmier (2).

¹¹ Décret 2018-629 du 18 juillet 2018, JORF n°0164 du 19 juillet 2018 texte n°18

PARTIE I : LA PRATIQUE INFIRMIERE, UN EXERCICE EN CONSTANTE EVOLUTION

Edward T. Hall, anthropologue américain, spécialiste de l'interculturel écrit¹²: « *Savoir d'où l'on vient c'est savoir qui on est. L'homme ne peut échapper à l'emprise de sa propre culture* ». Décrypter l'histoire des infirmières permet de mieux appréhender la profession à l'aube des évolutions que le métier connaît depuis ces dernières années.

Ainsi, dans un premier temps, nous verrons comment la profession s'est façonnée à travers les grandes périodes de l'histoire française (chapitre 1) puis quelle est la nature et la qualification juridiques des soins infirmiers (chapitre 2).

Chapitre 1. La profession façonnée à travers les grandes périodes de l'histoire française

Considérées comme naturelles, dans le « *prolongement des compétences exigées de la sphère domestique* »¹³, les tâches réalisées par l'infirmière ont longtemps été considérées comme un dévouement et non comme un travail. Peu visible, non encadrée juridiquement jusqu'en 1902, nous verrons que la profession s'est nourrie de son passé, de celui de la place des femmes dans la société et s'inscrit dans la continuité d'un rôle ancien, vital pour le collectif du « prendre soin » de l'autre.

Ainsi, nous verrons comment le métier est étroitement lié à la place des femmes dans la société (section 1) puis comment la collaboration infirmière-médecin s'est façonnée à travers les grandes périodes de l'histoire française (section 2).

Section 1. Un métier étroitement lié à la place des femmes dans la société

Jusqu'en 1914, c'est le modèle patriarcal entériné dans le code civil napoléonien de 1804 qui domine. Les femmes sont mineures dans toute leur vie : elles passent de l'autorité de leur père à celle de leur mari. Le père a d'ailleurs des droits étendus sur ses enfants. De ce fait, les femmes n'ont aucun pouvoir politique : elles n'ont pas le

¹² EDWARD T. HALL., *La Dimension cachée*, seuil, 1971

¹³ KNIBIEHLER Y., *Cornettes et blouses blanches : les infirmières dans la société française (1880-1980)*, Paris, Hachette, 1984

droit de vote et ne peuvent pas aller devant les tribunaux ou signer seules un contrat. Leur mari gère leurs biens et le compte en banque du couple. Une femme ne peut travailler sans son autorisation. Cette réglementation est le reflet de la société patriarcale bourgeoise particulièrement développée au XX^{ème} siècle. Une lente évolution de la condition de la femme en France s'est toutefois opérée depuis les années 1950¹⁴, évolution qui a profondément influencé la professionnalisation du métier de l'infirmière. Nous verrons que par nature, le « prendre soin » est une tâche confiée aux femmes (&1) puis comment cette discipline est passée de l'apprentissage par l'action aux savoirs disciplinaires et à l'universitarisation (&2)

& 1. Le « prendre soin », une tâche par nature confiée aux femmes

Dès l'origine de l'humanité, on retrouve une division sexuelle du travail afin que l'espèce humaine survive en milieu hostile.

Il fallait, d'une part, assurer le maintien et la continuité de la vie, rôle que se sont appropriées les femmes, d'autre part lutter contre la mort et protéger l'espèce des menaces, rôle que se sont attribués les hommes. Particulièrement élaborés par les femmes autour de la fécondité, la fonction « soignante », le « prendre soin » se sont transmis de générations en générations par ces mêmes femmes pour construire le métier de l'infirmière. Ces savoirs se sont constitués à travers l'observation de la nature et transmise par les mains. En effet, l'enfant se représentait les soins par les gestes que sa mère lui prodiguait. La première figure de la « soignante » est alors la Matrone. Cette répartition des rôles a prévalu pendant des millénaires pour évoluer grandement en France au Moyen-Âge avec l'apparition des grandes épidémies.

A. Du soin fondé sur la charité à la laïcisation et à la technicisation du soin

1. Les soins consacrés

Les grandes épidémies, les guerres du Moyen-Âge amènent l'Eglise et les congrégations religieuses soumises spirituellement et moralement à son autorité à organiser les soins aux malades, aux indigents, aux mendiants, par charité et par amour de Dieu.

Le « Soin » consiste alors en une activité « sacrée » bénévole, un acte d'amour envers son prochain sans être considéré comme un travail à part entière. Dans les hospices et

¹⁴ Annexe 1 : Quelques dates marquantes dans l'histoire des femmes en France

les léproseries, les soins sont organisés sous la hiérarchie des religieuses et dispensés par les Sœurs hospitalières qui délèguent tout ce qui se rapporte aux activités de la vie quotidienne aux servantes ou aux « sous-infirmières ». Après la Révolution française de 1789, les ordres religieux sont supprimés mais le prestige des sœurs hospitalières, et des filles de la charité en particulier, pousse les révolutionnaires à les exclure de leur décret d'interdiction. Il faudra attendre le XIX^{ème} siècle pour que l'action des religieuses hospitalières soit de nouveau reconnue par l'Etat. Toute cette histoire riche d'avancées, de reculs, de questionnements et d'engagements a construit au fil du temps les contours de la fonction soignante.

2. De l'hospice à l'hôpital

L'infirmière britannique Florence NIGHTINGALE (1820-1910), dont la contribution à la guerre de Crimée (1853-1856) a permis de réduire le taux de mortalité chez les combattants de 40% à 2% par des soins respectant des règles d'hygiène corporelle et alimentaire strictes, a contribué à modifier l'approche du malade et la condition de l'infirmière. Le malade n'est plus simplement vu comme un soin ou une pathologie mais comme un individu qu'il faut prendre en charge dans la globalité de ses besoins. Elle introduit la nécessité d'accéder à un corpus de connaissances et une approche différente de la pratique médicale.

A la fin du XIX^{ème} siècle, la découverte par Louis PASTEUR (1854-1905) de l'asepsie à l'antisepsie conduit à la mise en place d'une politique d'hygiène sociale, de prévention des maladies et à une réorganisation profonde de l'hôpital. Cette évolution de la conception des hôpitaux fait passer leur statut de lieux de charité à celui d'établissements de soins. Le 7 octobre 1796, lors de la Révolution Française, les hôpitaux furent municipalisés¹⁵, mais il faut attendre 1941 pour qu'ils soient étatisés¹⁶.

La médicalisation qui se met en place à la fin du XVIII^{ème} siècle engendre nombre de conflits avec le personnel religieux mais va progressivement faire apparaître l'établissement de soins que nous connaissons aujourd'hui. La loi n° 7443 du 30 juin 1838, dite « *Loi des aliénés* », confie la gestion aux corporations religieuses des quelques asiles d'aliénés qu'elles avaient créés quelques années auparavant. Il s'agit de la naissance de la première externalisation du service public post-révolutionnaire. La

¹⁵ SAFON MO., Les réformes hospitalières en France, aspects historiques et réglementaires, Centre de documentation de l'IRDES, septembre 2017 P1-2 : Le 7 octobre 1796, la situation des hôpitaux étant devenue plus critique qu'auparavant, le Directoire remet aux communes la gestion des hôpitaux P2

¹⁶ Loi n°5060 du 21 décembre 1941, JORF du 30 décembre 1941

loi du 7 août 1851¹⁷ érige en établissements autonomes les hospices et hôpitaux jusqu'alors rattachés à la commune de leur lieu d'implantation.

La loi du 21 décembre 1941¹⁸ dite « Charte hospitalière » est d'importance et fixe les nouvelles institutions de l'hôpital. Elle tient compte de la naissance des Assurances sociales créées par la Loi du 5 avril 1928 et modifiées par la Loi du 30 avril 1930 pour ouvrir les hôpitaux à toutes les classes sociales. L'hôpital s'ouvre aux non-indigents ce qui va profondément modifier son organisation et son fonctionnement. La fonction de direction relève désormais du préfet ou du ministre et non plus du président de la commission administrative. Le directeur, agent appointé par l'établissement, est nommé par l'Etat. Il dispose du pouvoir de nomination sur l'ensemble du personnel, excepté le personnel médical¹⁹.

Les réformes hospitalières s'accroissent ensuite sous la Vème République²⁰, modifiant profondément l'organisation des soins sur le territoire et les besoins en compétences des professionnels de santé. Entre 1941 et 2016, dix réformes majeures vont s'efforcer d'adapter le service public hospitalier et le système de santé en général aux réalités du progrès des techniques médicales ainsi qu'aux impératifs de régulation des dépenses de santé.

Dans le même temps, afin de répondre aux besoins de santé de la population, les métiers non médicaux de la santé ont dû évoluer et certains se sont créés par scissiparité à partir de la profession d'infirmière qui reste la seule profession de type généraliste.²¹

¹⁷ Loi du 7 août 1851 sur les hôpitaux et hospices, JORF du 20 août 1944

¹⁸ Loi n°5060 du 21 décembre 1941, réorganisation des hôpitaux et des hospices civils, JORF du 30 décembre 1941

¹⁹ Nomination par le ministre ou le préfet du département.

²⁰ SAFON MO., Les réformes hospitalières en France, aspects historiques et réglementaires, Centre de documentation de l'IRDES, septembre 2017 P1

²¹ Par la naissance de techniques tel les manipulateurs d'électroradiologie médicale (diplôme d'Etat en 1967 en France), soit pour subvenir aux besoins spécifiques de populations particulières telles que les puéricultrices (diplôme d'Etat le 13 août 1947), les masseurs kinésithérapeutes (diplôme d'Etat le 30 avril 1946 et se substitue à la spécialité d'infirmier-masseur et aux gymnastes médicaux), les podologues (diplôme d'Etat le 30 avril 1946), les aides-soignants (diplôme d'Etat le 31 août 2007).

B. La division de la fonction soignante

1. Mieux répondre aux besoins de santé de la population

Cette division de la fonction soignante est la résultante de choix politiques, de progrès techniques et scientifiques, de l'allongement de la vie et, concomitamment, de l'apparition de nouveaux besoins en santé de la population.

Nous prendrons l'exemple des infirmières puéricultrices pour illustrer notre propos et montrer l'interaction entre la construction des métiers et le contexte dans lequel ils évoluent.

La mortalité infantile est alors de 70 pour mille en 1940 et passe à 110 pour mille pendant la seconde guerre mondiale. Le taux de natalité décroît également de 17,5 pour mille en 1930 à 14,5 pour mille en 1938. Durant la guerre, les lois relatives à la famille et à la natalité, prises de façon autoritaire et technocratique sous le régime de Vichy (primes à la famille, incitation à la maternité et répression de l'avortement,...) ne donnent pas les effets escomptés. A la libération, le pays doit faire face à des pertes humaines importantes, des problèmes de logement et de salubrité, de grande pénurie de charbon, de difficulté d'approvisionnement de la population en nourriture, le mauvais état de la population,... La situation est suffisamment alarmante pour que le Général DE GAULLE adopte très rapidement une série de lois et d'ordonnances. Le 2 mars 1945, DE GAULLE dit à l'assemblée Consultative provisoire « *c'est 12 millions de beaux bébés qu'il faut à la France en 10 ans* ». Le message est clair : il faut repeupler la France.

Dès 1945, est mis en place un Ministère de la Santé Publique et de la Population. La promulgation de l'ordonnance du 2 novembre 1945²² sur la protection maternelle et infantile traduit un passage de l'assistance à la protection.

Lors des Assises de l'Enfance les 24, 25 et 26 mai 1947, le professeur WALLON insiste, dans son discours d'introduction, sur la mise en œuvre d'une politique efficace, en particulier sur le lait et l'approvisionnement en ravitaillement des enfants et adolescents ainsi que la création de consultations prénatales et de nourrissons. C'est dans ce contexte d'après-guerre, avec la nécessité primordiale de lutter contre la

²² Ordonnance du 2 novembre 1945, JORF du 5 novembre 1945 page 7297

mortalité infantile et de favoriser la natalité que le décret n°47.1544 du 13 août 1947²³ institue le diplôme d'Etat de puéricultrice.

Au travers de cet exemple, nous pouvons constater que le « prendre soin » originel dédié à la femme, puis à l'infirmière, s'est, depuis le XXème siècle, modifié et enrichi de nouveaux besoins en compétences, sous l'impulsion de l'avancée des découvertes scientifiques et techniques et des nouveaux besoins de santé de la population.

Les professions de santé sont définies et classées dans le code de la santé publique²⁴. Cette façon de créer de nouveaux métiers a permis d'approfondir la spécificité des métiers mais a aussi introduit des « rivalités » puis que chaque métier se constitue un territoire d'activité spécifique avec des zones frontières parfois floues avec les autres corps de métiers. Des actes de soins peuvent relever de plusieurs métiers tels que l'injection d'un vaccin qui relève du champ médical, de l'infirmière (sous conditions) et maintenant du pharmacien.

2. Naissance de la pluridisciplinarité et du travail en équipe

Avec la division du travail soignant et la création des nouveaux métiers, surtout depuis les années 1950 en France, il est nécessaire de travailler en équipe, d'être capable de confronter ses idées, ses observations, ses choix thérapeutiques mais également de laisser une trace des décisions dans un document unique. Cela s'impose aux professionnels, qu'ils soient soignants ou non, de l'assistante médicale à l'infirmière en passant par le médecin, les psychologues, les diététiciennes, les assistants sociaux,... L'hyperspécialisation que nous connaissons aujourd'hui et l'introduction de nouvelles compétences en transversal dans la prise en soins des patients ont enrichi et permis d'améliorer globalement les soins mais ont dans le même temps complexifié les processus d'échanges d'informations. Le travail en équipes pluri professionnelles, pluridisciplinaires, génère de nouveaux risques pour les patients, les professionnels et les institutions.

²³ Décret n°47-1544 du 13 août 1947 instituant un diplôme d'Etat de puéricultrice pour former des infirmières à la petite enfance afin de faire face aux taux importants de mortalité et de morbidité infantiles de l'époque, JORF du 20 août 1947 page 8210

²⁴ Quatrième partie du CSP : Professions de santé, livre I Professions médicales, livre II Professions de la pharmacie et de la physique médicale, livre III Auxiliaires médicaux, aides-soignants,...

En 2014, la HAS a défini le travail en équipe comme « *le rassemblement des professionnels autour de buts communs et de la recherche de solutions afin d'améliorer la prise en charge du patient*²⁵. »

Travailler en équipe pluridisciplinaire est une notion forte intégrée dans le chapitre 2, « *Prise en charge du patient* » dans le manuel de certification de la HAS²⁶. La notion du travail en équipe évolue encore avec la notion de parcours de soins²⁷. Pour les professionnels, c'est une nouvelle façon de concevoir les soins de manière décloisonnée entre les secteurs d'activités au sein de l'hôpital, entre l'hôpital et la ville et entre les professionnels du libéral. Par ailleurs, tout va vite et très vite pour tous les professionnels. A l'ère de l'informatisation du dossier patient et des objets connectés, de la téléconsultation et autres outils informatiques, ces nouvelles pratiques ont introduit de nouveaux risques.

& 2. De l'apprentissage par l'action aux savoirs disciplinaires

Les plus anciennes transmissions infirmières concernant des patients remontent à 1780 et sont dues aux infirmiers de la Salpêtrière à Paris au sein de l'équipe de Jean-Baptiste PUSSIN, Gouvernant des Malades²⁸.

On ne retrouve pas d'écrits de ces savoirs avant le XIXème siècle et les travaux de Florence NIGHTINGALE, infirmière britannique qui publie en 1860 le premier ouvrage sur la pratique infirmière : « *Notes on Nursing: What it is and What it is Not.* ». Ce n'est qu'en 1878 que sont créés pour les infirmières les premiers cours municipaux le soir après leur journée de travail à l'hôpital de la Salpêtrière.²⁹

Nous verrons comment, dès le début des années 1900, la fonction d'infirmière s'est progressivement professionnalisée et a acquis au fil du temps une reconnaissance professionnelle par les compétences.

²⁵ Article HAS du 21 juillet 2014 « *Travailler en équipe* », site HAS

²⁶ HAS, Manuel de certification V2010, chapitre 2, prise en charge des patients, incitation au travail en équipe P47 à P78

²⁷ Stratégie Nationale de Santé (SNS) 2018-2022, <https://solidarite-sante.gouv.fr>

²⁸ Archive de l'AP-HP, La Salpêtrière « L'histoire de l'école d'infirmière de la Salpêtrière »

²⁹ Archive de l'AP-HP, La Salpêtrière « L'histoire de l'école d'infirmière de la Salpêtrière »

A. La professionnalisation de la fonction

La loi du 15 juillet 1893³⁰ institue l'assistance médicale gratuite et met l'Etat dans l'obligation d'organiser la formation au métier d'infirmière. La laïcisation des hôpitaux est concomitante avec l'enseignement laïc primaire, rendu gratuit et obligatoire par les lois Jules FERRY³¹ et Camille SEE³². Les enfants des classes « populaires » et les jeunes filles peuvent suivre l'enseignement, sans toutefois accéder au cycle secondaire. L'éducation est considérée comme un privilège des classes sociales supérieures, privilège qui reste avant tout celui des hommes.

Confortée par la loi de séparation des Eglises et de l'Etat de 1905³³, la sécularisation des hôpitaux s'étend lentement. De plus, la lente désaffection de la population pour la religion et la baisse des vocations contribuent fortement à diminuer la présence des religieuses à l'hôpital.

La disparition progressive du personnel congréganiste, reconnu jusque-là pour sa disponibilité totale 24h sur 24 et 7 jours sur 7, nécessite de multiplier les professionnels au service du malade pour compenser ce changement de modèle.

Progressivement, le métier passe de la position de « garde malade » à la fonction « d'infirmière », évolution qui se confirme avec la création en 1907 de la première école d'infirmières en France (Hôpital Salpêtrière) par le Docteur Désiré-Magloire BOURNEVILLE, médecin exerçant à l'Assistance Publique de Paris. A compter de 1902, cet enseignement est étendu à l'ensemble du territoire suite à la circulaire COMBES du 28 octobre³⁴ qui donne la première définition de l'infirmière « *L'infirmière telle qu'on doit la concevoir est absolument différente de la servante employée au gros ouvrage de cuisine, de nettoyage, etc. Elle est réservée aux soins directs des malades ; c'est la collaboratrice disciplinée, mais intelligente, du médecin et du chirurgien. En dehors de sa dignité personnelle qu'il est essentiel de sauvegarder, elle doit éprouver une légitime fierté d'un état que relèvent à la fois son caractère philanthropique et son caractère scientifique.* »

³⁰ Loi du 15 juillet 1893 institue l'assistance médicale gratuite, JORF du 18 juillet 1893

³¹ Loi du 21 décembre 1880 autorise l'enseignement secondaire public aux jeunes filles, JORF du 22 décembre 1880

³² Loi du 16 juin 1881 « établissant la gratuité absolue de l'enseignement primaire dans les écoles publiques, JOFR du 17 juin 1881

³³ Loi du 9 décembre 1905 concernant la séparation des églises et de l'Etat

³⁴ Circulaire n°7083 du 28 octobre 1902 rend obligatoire les écoles d'infirmières et donne la première définition de l'infirmière.

La notion de professionnalisation émerge lors de l'essor industriel avec l'apparition de la « travailleuse ». La femme sert son pays, participe à l'effort de guerre en investissant massivement, dès la première guerre mondiale, le monde du travail au travers de métiers jusqu'alors réservés aux hommes partis au front : institutrices, ouvrières, personnel hospitalier. Ce mouvement se poursuit par le décret du 27 juin 1922³⁵ qui crée le brevet de capacité professionnelle. Ce diplôme départemental consacre officiellement la qualité des bénéficiaires, l'enseignement restant presque exclusivement réservé aux femmes. Un conseil de perfectionnement, composé uniquement d'hommes, est chargé de régler les programmes d'études et de distribuer les brevets de capacité professionnelle d'infirmière. Le cursus s'étoffe après la seconde guerre mondiale puis se spécialise. Cependant, l'emploi d'infirmières diplômées d'Etat est seulement fortement recommandé, ce qui permet aux religieuses de rester dans les lieux de soins de longues années encore, comme au Centre de Lutte contre le Cancer de Lille (jusqu'en 1988).

Cette profession naissante est instruite par le corps médical et se place par conséquent sous sa tutelle pour la prescription du rôle et de la mission de l'infirmière. Les premières associations professionnelles se créent et œuvrent à la reconnaissance du diplôme. L'identité professionnelle de l'infirmière se structure autour de la formation et de l'acquisition d'un diplôme pour éviter toute confusion entre la « servante » et l'infirmière. Malgré ces évolutions, l'image de l'infirmière reste étroitement liée à celle de la religieuse. Comme nous l'avons déjà vu, avant la seconde guerre mondiale, beaucoup d'infirmières exerçaient bénévolement à l'hôpital.

La seconde guerre mondiale va tout accélérer : la conception de la fonction, l'organisation du travail, la reconnaissance d'un statut social plus élevé, une activité rémunérée.

Le 10 décembre 1948 à Paris, au Palais de Chaillot, les 58 Etats Membres de l'Assemblée Générale des Nations Unies adoptent la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme par laquelle l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), suivie par le Conseil de l'Europe, définit les quatre concepts fondamentaux qui fondent les théories des soins infirmiers : la personne, la santé, l'environnement, le soin infirmier. Ceux-ci forment un méta-paradigme de la science infirmière. Parallèlement, le Conseil

³⁵ Décret du 27 juin 1922 portant institution du brevet de capacité d'infirmières professionnelles, JORF du 1 juillet 1922 page 6880

International des Infirmiers (CII) élabore un code de déontologie³⁶ qui a pour vocation d'être adopté par les Etats.

La crise de mai 1968 va fortement influencer la profession, que ce soit à propos du droit de grève que des revendications salariales jusqu'alors inenvisageables. L'évolution de la tenue vestimentaire des personnels, la condition féminine dans la société, l'obtention du droit de vote³⁷, le développement du féminisme, les lois sur l'Interruption Volontaire de Grossesse³⁸ (IVG), le passage de l'infirmière célibataire et dévouée à la condition de femme mariée qui travaille, la contraception, ... autant de facteurs qui vont accroître le besoin de reconnaissance de la profession.

Il faudra attendre vingt ans de plus pour que les revendications, dont une coordination s'est fait le porte-parole avec le slogan « ni bonnes, ni nonnes, ni connes » lors des manifestations professionnelles de 1988 à 1991, aboutissent partiellement, occultant la question de fond sur l'autonomie de la profession vis-à-vis du corps médical (prise en charge holistique, le « care », l'éducation à la santé et la promotion de la santé). Le processus de reconnaissance sera surtout institutionnel, dotant chaque établissement public d'un service et d'une direction des soins infirmiers. Il se poursuit avec la création du Diplôme de cadre de santé en 1995³⁹. Parallèlement à ces avancées, une presse professionnelle se développe, des organismes de formations spécifiques se créent ainsi que des manifestations professionnelles : le Salon Infirmier à Paris, des congrès professionnels,...

Après de nombreuses réformes et suite aux accords de Bologne (1999), les études d'infirmière sont intégrées au cursus universitaire LMD (Licence Master Doctorat). L'infirmière exerce au sein d'une équipe pluridisciplinaire, est dotée d'un rôle propre et d'une capacité à prescrire. Passant d'exécutante pas ou peu qualifiée à une professionnelle responsable, l'infirmière analyse, définit la démarche de soins, gère la planification des soins et pose un diagnostic infirmier.

³⁶ Un code international de déontologie pour les infirmières a été adopté pour la première fois par le Conseil International des Infirmières en 1953. Il a été révisé et réaffirmé à différentes reprises, dont la plus récente en 2000.

³⁷ Ordonnance signée le 21 avril 1944 par le Général De Gaulle qui a élargi le droit de vote aux femmes.

³⁸ Loi dite VEIL n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse, JORF du 18 janvier 1975, page 739

³⁹ Décret n°95-926 du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé, JORF n°193 du 20 août 1995

B. Une reconnaissance professionnelle par les compétences

Lors d'un déplacement à Caen sur les formations de Santé, jeudi 5 juillet 2018, Madame Frédérique VIDAL⁴⁰ a annoncé deux mesures en faveur des étudiants en soins infirmiers : *« l'admission en institut de formation en soins infirmiers (IFSI) se fera via Parcoursup et les étudiants seront inscrits à l'université ce qui ouvrira les droits d'accès aux services universitaires. »*

Aujourd'hui, les études de soins infirmiers s'effectuent en France hors de l'Université. Ce n'est pas le cas dans tous les pays du monde et le modèle de département de sciences infirmières au sein des universités, développé en Europe du Nord ou en Amérique du Nord depuis le début du XX^{ème} siècle, s'est progressivement diffusé, notamment dans les pays dits émergents.

1. De l'apprentissage à l'acquisition des compétences

Il existe aujourd'hui 22 métiers de la santé accessibles par 25 formations, ce qui donne un paysage très complexe des professions de santé et des tentatives de rapprochement de l'Université difficile à mener de façon cohérente.

Marie-Françoise COLLIÈRE⁴¹ a abordé la question de la production des savoirs en soins infirmiers et leur intégration à une discipline universitaire. Selon elle, *« les savoirs sont nés de toutes les pratiques, et l'une des premières et fondamentales se retrouve autour de la fécondité. C'est en enfantant que les femmes ont acquis des savoirs de soins qu'elles ont transmis par les mains et par la parole aux autres femmes. C'est en cueillant des plantes qu'elles vont transformer et, avec l'apprentissage des pratiques alimentaires, vont inventer une « pharmacie » par l'utilisation de remèdes. »* Toutes ces connaissances sont à l'origine de la pratique infirmière. Les savoirs proviennent aussi de *« l'expérience personnelle du sujet et sont de ce fait empiriques : cette idée est renforcée par l'étymologie du mot « savoir » qui provient de « sapere » qui en latin signifie « saveur ». Celui qui « sait » est celui qui a « goûté ».* De plus les savoirs sont *« communautaires »* puisqu'ils sont le fruit d'une expérience de groupe. Il s'agit d'un

⁴⁰ Frédérique VIDAL, ministre de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'innovation sous la présidence d'Emmanuel MACRON.

⁴¹ COLLIÈRE MF., (1930-2005) historienne française et enseignante

patrimoine de connaissances empiriques qui seront transmis d'une part à l'oral, d'autre part par l'écrit.

Or, les femmes n'auront pendant longtemps pas accès à l'écriture. Ainsi, ces savoirs qui se sont développés et transmis par les femmes seront interdits par l'Eglise puis acculturés par la technicisation médicale. Lorsque la médecine, à la fin du XIX^{ème} siècle, va s'emparer des soins et de leur enseignement et va vouloir les décrire, elle va opérer une mise à distance du corps en technicisant le discours et en favorisant le passage d'un malade « sujet » à un malade « objet » de soins. Cette technicisation du discours imprègne encore en partie l'enseignement des soins d'aujourd'hui au détriment du travail de réflexion autour du « prendre soin » du corps qui pourrait d'ailleurs faire l'objet d'une discipline universitaire à part entière. En Australie, cette discipline porte un nom : la « somologie ».

2. Des compétences nouvelles

En France, les besoins de la population en matière de soins se sont profondément modifiés avec le vieillissement des personnes, l'augmentation des maladies chroniques, le dépistage et le traitement précoce de maladies graves. Ces changements modifient fortement les pratiques des professionnels dans les domaines sanitaires et sociaux. Pour accompagner cette évolution, les politiques se sont dotés d'un cadre juridique innovant avec la loi n° 2202-73 de modernisation sociale du 17 janvier 2002 qui introduit la validation des acquis de l'expérience. Le passage de la qualification à la compétence a imposé une refonte des systèmes de formation notamment pour les formations paramédicales. Dans ce contexte en mutation, le ministère de la santé a entrepris la rénovation du diplôme infirmier, selon un modèle de réingénierie permettant sa certification européenne (obtention d'un grade Licence). Le dispositif de formation a été construit à partir du référentiel de compétences issu du référentiel d'activités basé sur la fiche métier du répertoire des métiers de la fonction publique. Cela s'est traduit par l'arrêté du 31 juillet 2009⁴² relatif au diplôme d'Etat d'infirmier et la mise en place du nouveau programme en septembre 2009.

Dans la formation infirmière, l'apprentissage en situation a replacé les professionnels de terrains comme partenaires à part entière auprès des cadres enseignants

⁴² Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, JORF n°0181 du 7 août 2009 page 13203.

formateurs. Les instituts de formation se transforment : pensés comme « lieux de savoirs », ils deviennent « lieux de ressources ».

Les compétences s'acquièrent tout au long du parcours professionnel. La réforme de la formation professionnelle encourage et facilite l'accès à la formation continue⁴³. Le salarié bénéficie d'un compte personnel de formation depuis le 5 janvier 2015 dont il peut disposer selon certaines modalités⁴⁴.

Les spécialités historiques du métier infirmier (infirmier anesthésiste, infirmier de bloc opératoire, infirmière puéricultrice, cadre de santé) ont ajusté à ces nouveaux besoins leur référentiel de formation avec, comme pour les infirmiers de bloc opératoire diplômés d'Etat (IBODE), un allongement significatif de la durée de formation avec l'introduction d'actes dits exclusifs (ne pouvant être réalisés par des infirmiers non diplômés).

Dans bien des domaines d'activité, la formation initiale ne suffit plus. Aujourd'hui, il n'existe pas un recensement précis de toutes les formations accessibles pour les infirmiers en France, mais certaines sont indispensables pour l'exercice de la fonction comme, par exemple, pour l'infirmière « ressource douleur ».

On retrouve dans l'instruction DGOS du 19 mai 2011⁴⁵ destiné à la mise en place du dispositif des structures labellisées pour la prise en charge des douleurs chroniques, l'obligation de formation en gestion de la douleur aussi bien pour les médecins que pour les infirmiers⁴⁶ : « *une formation universitaire dans le domaine de la douleur est requise pour l'infirmière.* »

Le processus s'accélère et les postes infirmiers très spécialisés deviennent de moins en moins polyvalents et remplaçables. Outre la problématique de gestion des ressources humaines, c'est l'encadrement juridique de l'ensemble de ces nouvelles compétences et activités qui posent question car elles ne sont pas décrites dans les

⁴³ De plus, des dispositifs spécifiques imposent aux employeurs de plus de 300 salariés de proposer des conseils en évolution professionnelle et des entretiens professionnels au minimum tous les 2 ans.

⁴⁴ Formation professionnelle : « Guide pratique de la réforme » – novembre 2014 travail.emploi.gouv.fr

⁴⁵ Instruction DGOS n°2011-188 du 19 mai 2011 relative à l'identification et au cahier des charges des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique.

⁴⁶ Des compétences supplémentaires au diplôme d'infirmier en soins généraux sont de plus en plus nécessaires pour exercer une activité spécifique et peuvent s'acquérir par un diplôme universitaire (structure douleur, éducation thérapeutique, etc.) ou par une formation certifiante comme pour la stomathérapie.

actes professionnels des infirmières⁴⁷, il est donc difficile de dire si l'acte fait partie du champ de compétences des infirmières. Nous reviendrons plus loin sur ce point.

Section 2. La collaboration infirmière – médecin

Lors d'un discours de distribution de prix en 1905, l'infirmière idéale est présentée par le corps médical comme suit : « *Nous la choisirons autant que possible parmi ces vaillantes filles du peuple qui, à force d'intelligence et d'énergie, sont parvenues à s'instruire. (...) Nous la désirerions mariée et mère de famille, car il est des délicatesses de sentiment pour les faibles et les enfants qui ne s'épanouissent complètement que dans le cœur des mères (...).* »

Ce discours célèbre retranscrit bien la pensée médicale du début du XXème siècle. Même s'il est incontestable que la collaboration médecin – infirmière a nettement évolué en plus d'un siècle, nous verrons qu'il s'agit d'une histoire basée sur l'inégalité (&1) puis comment nous sommes passés de l'infirmière exécutante du médecin à l'infirmière responsable du patient (&2).

& 1. Une histoire basée sur l'inégalité (genre, statut, éducation)

En France, cette profession a été pensée par et pour le corps médical. L'infirmière est alors « conçue » comme un strict prolongement instrumental de la main du médecin, participant en cela à une division du travail médical de type décision pour l'un et exécution exclusivement obéissante pour l'autre, configuration tenace jusque dans le dernier tiers du XXème siècle.

A. Une collaboration asymétrique

La collaboration médecin-infirmière est récente et née avec l'arrivée des médecins à l'hôpital. Ainsi, il faut appréhender la question du genre dans la profession infirmière (1) au regard notamment de l'arrivée des femmes médecins et analyser la place qu'occupe l'infirmière aujourd'hui auprès du médecin (2).

1. La question du genre dans la profession infirmière

Les infirmières du début du XXème siècle sont en majorité des femmes issues de milieux ouvriers, pauvres et peu instruites. Les médecins sont des hommes, instruits,

⁴⁷ CSP Art. R. 4311-5

issus de milieux aisés. Les femmes ont peu de droits et subissent la volonté d'un père puis d'un mari.

En 1982, Marie-Françoise COLLIÈRE⁴⁸ explique que « *plus les gestes, les techniques se spécialisent, plus les médecins vont déléguer ou déléguer aux infirmières des actes que l'évolution rend de plus en plus accessoires, ou de moins en moins nobles comme la prise de la température, la pose de cataplasme,... On ne parle pas encore de soins infirmiers mais de soins donnés par des infirmiers qui ont alors un rôle purement exécutant : soumission et obéissance aux médecins sont absolument requises pour exercer ce métier.* »

Pendant très longtemps, les médecins interdisent aux femmes l'enseignement et la pratique de la médecine. Ce n'est qu'en 1875 qu'une française, Madeleine BRES, a pu obtenir un diplôme de docteur en médecine⁴⁹.

Aujourd'hui, en France, la profession infirmière compte 638 248 infirmiers en 2015⁵⁰ contre 616 573 en 2014 dont 109 025 exercent en libéral et 528 323 sont salariés. 87% sont des femmes dont 84% exercent en libéral et 88% en établissement de santé. Les infirmières spécialisées représentent 52 463 professionnelles dont 19 074 en tant qu'infirmières puéricultrices, 9 709 infirmières anesthésistes, 7 225 infirmières de bloc opératoire et 5 995 en qualité de cadres de santé.

Au 1^{er} janvier 2018, la France compte 217 107 médecins actifs inscrits au tableau de l'Ordre des médecins⁵¹. Les femmes médecins représentent plus de 50% des médecins actifs et 59% des nouveaux inscrits avec un âge moyen de 32 ans. La féminisation de la profession s'accélère puisqu'elles représentaient 26,1% de l'effectif total en 1986 contre 35,8% en 1999 puis 37,2% en 2004⁵².

La profession infirmière reste très féminine. La féminisation de la profession médicale modifie les relations avec les infirmières. Elles partagent certaines problématiques, notamment de compatibilité entre l'équilibre vie professionnelle et vie personnelle liées entre autres à la maternité, la gestion des enfants et du quotidien,... Les médecins

⁴⁸ COLLIÈRE MF., (1930-2005), historienne française, enseignante en soins infirmiers

⁴⁹ Ordre des médecins, Portraits de médecins, Madeleine BRES née GEBELIN 1842-1925, <https://www.conseil-national.medecin.fr>

⁵⁰ Rapport « La démographie des autres professions de santé (RPPS et ADELI) » publié par la DREES le 8 avril 2015

⁵¹ Site de l'Ordre national des médecins : chiffres clés médecins inscrits 2010-2018 P1-2

⁵² ADELI, ministère des solidarités, de la Santé et de la Famille – DREES. Enquête « Emploi » en continu 2003 et enquêtes « Emploi » annuelles, INSEE.

femmes n'hésitent plus aujourd'hui à demander des temps partiels ou à prendre un congé parental d'éducation. Les relations s'en voient profondément modifiées favorisant le décloisonnement entre les professions. Il faudra probablement attendre encore plusieurs années pour en mesurer l'influence sur les conditions d'exercice, l'impact sur les relations interdisciplinaires et les organisations de travail.

2. La place de l'infirmière dans la relation de travail avec le médecin

Les médecins sont des contributeurs directs à la charge en soins des infirmiers. Une part de l'exercice infirmier est prescrite par le médecin. La part de l'activité prescrite comparée à la part relevant de son rôle autonome est dépendante de son type d'exercice (libéral, salarié...), mais également du domaine d'activité (bloc opératoire, service d'oncologie, médecine du travail, maison de santé,...). Cette hétérogénéité rend difficile les travaux de recherche. Cependant, les estimations issues des SIIPS⁵³ permettent une approche intéressante de cette répartition dans les 2 grands domaines que sont le rôle prescrit et le rôle propre.

Cependant, cela mériterait d'être approfondi par un travail de recherche multicentrique dans des domaines similaires d'activités afin de rendre plus lisible la part consacrée au rôle prescrit.

Les médecins ont bien souvent une vision partielle de l'activité globale de l'infirmière. Ils n'appréhendent pas le métier dans toutes ses dimensions, bien souvent par méconnaissance. En effet, ils connaissent parfaitement le rôle de l'infirmière sur prescription (médicamenteux, actes techniques prescrits) puisqu'ils en sont la source. Cependant, ils pensent globalement bien connaître la fonction. A l'occasion de leurs études de médecine, les étudiants réalisent un stage infirmier obligatoire à l'issue de la PACES⁵⁴. L'objectif est d'acquérir les bases des soins infirmiers dans trois grands domaines (hygiène, contact patient et manipulations de base comme le change de perfusion, la prise de sang, la préparation des médicaments, la prise de tension,...). Il est regrettable pour la profession infirmière que ce stage donne l'impression aux médecins de pouvoir apprendre et appréhender ce métier en trois semaines. Cela est extrêmement réducteur pour la profession et ne donne pas une vision d'ensemble du métier aux médecins. Il serait bénéfique pour tous que ce stage, par ailleurs très

⁵³ SIIPS – Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée. Il s'agit d'évaluer la « charge en soins » des infirmiers.

⁵⁴ Le stage se déroule sur 3 semaines pour les étudiants en médecine (2 semaines pour les étudiants en odontologie)

intéressant, soit renommé et que les objectifs soient concertés entre les deux disciplines. De la même façon, des passerelles pourraient être envisagées pour permettre à des étudiants infirmiers de réaliser un stage d'observation auprès du corps médical afin de mieux comprendre leur fonction.

B. La singularité de la relation

Seul le médecin est habilité à prescrire un acte ou un soin à l'infirmière en dehors de l'infirmière elle-même dans certains domaines précis. Il s'agit d'une relation singulière, non hiérarchique, qui engage les professionnels (médecins et infirmiers) dans un contrat moral.

Le droit de la santé détermine les liens⁵⁵ et les conditions qui doivent impérativement être remplis pour que les infirmières puissent intervenir sur prescription médicale, ainsi que la nature des actes professionnels qu'elles sont autorisées à faire⁵⁶.

La pratique des soins par les infirmières comprend une part d'activité prescrite dépendante de la prescription médicale (1) ainsi qu'une part relevant de son « rôle propre » dont elles planifient et évaluent les réalisations (2).

1. Un exercice sur prescription médicale

Les modalités d'exercice avec le médecin sont parfaitement décrites dans le code de la santé publique avec une graduation de l'exercice en fonction de l'acte professionnel à réaliser. On distingue plusieurs natures de prescriptions médicales : la prescription médicale que nous pourrions qualifier de simple, la prescription « anticipée » par la rédaction d'un protocole, la prescription médicale qui impose la présence d'un médecin pour la réalisation d'un acte et l'obligation pour l'infirmier de participer avec le médecin à la réalisation d'une technique. Nous reviendrons plus loin sur ce point.

Il existe une seule dérogation à ces dispositions, dérogation que l'on retrouve précisée à l'article R.4311-7 et qui concerne la situation de l'urgence vitale au cours de laquelle l'infirmier pourra appliquer des prescriptions médicales orales qui devront néanmoins être régularisées dans un second temps par le médecin.

⁵⁵ CSP Art. R. 4311-1 «Ils exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur médico-social et médico-social et du secteur éducatif. »

⁵⁶ CSP Art. R. 4311-7 et suivants

2. Le rôle propre/rôle sale

La réforme des études infirmières en 1972⁵⁷ introduit le concept de « Plan de soins infirmiers », qui permet l'émergence d'une caractérisation spécifique du travail infirmier adossée à l'idée de prise en charge globale à la fois technique et humaine du patient. La loi du 31 mai 1978⁵⁸ marque ensuite une étape fondamentale dans le processus de professionnalisation, puisque les infirmières se voient reconnaître, au-delà du rôle délégué sur prescription médicale, un rôle sur des compétences propres. Toutefois, en dépit de ces avancées et de la qualification accrue des infirmières, leur place dans la division du travail sanitaire demeure totalement subordonnée au médecin : le rôle propre qui leur est attribué se cantonne en fait au domaine technique et le répertoire des actes qui leur sont spécifiques demeure extrêmement limité.

Aujourd'hui, le rôle propre de l'infirmière est plus étendu et la liste des actes est inscrite à l'article R. 4311-5 du CSP.

Pour appréhender les changements, nous pouvons citer l'exemple de la prise de la température corporelle, acte considéré comme sacré par la médecine au début du XX^e siècle et qui, par la suite, a été délégué aux infirmières avant de l'être aujourd'hui aux aides-soignantes. Il en va de même avec la prise de la tension artérielle, autorisée depuis 2005 aux aides-soignantes avec la création du diplôme d'Etat d'aide-soignant⁵⁹. A l'image des infirmières qui se voient réaliser des actes relevant précédemment des médecins, les aides-soignants se retrouvent de plus en plus investis dans le champ des soins infirmiers. Eux-mêmes commencent à déléguer aux agents de service hospitalier certaines tâches comme la distribution et/ou l'aide aux repas des patients.

& 2. De « l'infirmière du médecin » à « l'infirmière du patient »

En quelques décennies, nous sommes passés en France de l'infirmière assistante et soumise face au médecin à une infirmière autonome et responsable des patients dont elle s'occupe.

⁵⁷ « Observatoire des métiers » édition EMS 2005, Réforme des études infirmières faisant suite aux accords européens de 1967-1968, P69

⁵⁸ Loi n°78-615 du 31 mai 1978, JORF du 1 juin 1978

⁵⁹ Arrêté du 22 octobre 2005 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant.

Ainsi, la place du patient dans la relation de soin s'est profondément modifiée entre le médecin, l'infirmier et le patient (A) en accordant une plus grande place aux infirmières et en leur conférant une plus grande autonomie dans le champ de leur exercice (B).

A. La place du patient dans la relation de soin

La loi du 4 mars 2002⁶⁰ a incontestablement modifié le rapport que le corps soignant entretenait de façon historique avec le patient. Inscrit dans un modèle patriarcal, le patient était considéré, de par sa condition de malade ou de demandeur, comme non sachant et était placé en position de dominé et de vulnérabilité. Ainsi, il faut identifier les évolutions survenues dans la relation singulière qu'entretient le médecin avec le patient (1) ainsi que les nouveaux rapports entre les infirmières et les patients (2).

1. La relation singulière médecin-patient

Il faut distinguer la nature juridique de la relation médecin-patient de la relation singulière décrite dans le code de déontologie médicale.

Le régime juridique des relations entre le malade hospitalisé et la structure ou le personnel (médecin) dépend principalement de la nature juridique de l'établissement et, de fait, du statut du médecin qui le prend en charge (salarié, libéral).

Dès qu'il y a admission dans un service hospitalier ou lors d'une consultation, « dès lors que le médecin y exerce à titre libéral, il se forme à chaque fois entre le patient et le médecin un contrat médical au sens de la jurisprudence civile habituelle⁶¹. »

L'existence de ce contrat tacite lie le médecin au patient à partir du moment où le premier accepte de prendre en charge le second. Il s'agit d'un contrat synallagmatique comportant des droits et des obligations de part et d'autre. Plus précisément, c'est un contrat de moyens à la charge du médecin et non de résultats.

Indépendamment du lien qui lie le patient au médecin, la relation singulière que le médecin entretient avec son patient a été profondément modifiée et influencée par les principes et les valeurs morales véhiculés par la société de ces dernières années.

Grâce à l'analyse des différents codes de déontologie médicale qui se sont succédé depuis 1947, nous pouvons mesurer l'évolution de la représentation de la prise en

⁶⁰ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JORF le 5 mars 2002

⁶¹ ML MOQUET ANGER : « Droit hospitalier » 4^{ème} édition LGDJ P. 295

charge du malade au travers des valeurs qui y sont inscrites, et mieux appréhender la nouvelle relation médecin-patient dans son colloque singulier.

Alexandre JAUNAIT⁶² montre comment nous sommes passés des « Devoirs envers les malades » (article 23 - Titre 2) en 1947 à la création de « Devoirs généraux du médecin » en 1955. Le code de 1979 reformulera la problématique de l'euthanasie sous la forme de l'art 20 du titre I : « Le médecin doit s'efforcer d'apaiser les souffrances de son malade. Il ne doit pas provoquer délibérément la mort ».

Le code de déontologie de 1995 comporte quant à lui de nombreuses évolutions majeures avec l'introduction de 5 articles qui sont consacrés aux « Devoirs généraux et envers les patients ». Il se distingue très nettement des autres versions du code sur les questions de la mort et de la souffrance (articles 37 et 38) : ils sont maintenant énoncés au titre des « Devoirs envers les patients » et non plus comme des « Devoirs généraux ». En 1995, la notion de « dignité humaine » est inscrite et bénéficie d'une valeur constitutionnelle.

Le souci de conservation de la vie est un devoir général du médecin que l'on retrouve à l'article 2 du code de 1995. L'évolution de la relation médecin-patient, influencée par le paradigme des droits individuels, implique la reconnaissance des choix du patient face à la maladie et aux traitements, les questions de la douleur et de la mort devenant centrales dans l'organisation des devoirs médicaux.

2. La relation infirmière-patient

Pour définir la relation entre l'infirmière et le patient et questionner son évolution ces dernières années, nous pouvons faire référence à plusieurs définitions. L'article R. 4311-2 du CSP relatif à la profession de l'infirmière précise les domaines d'exercice (préventif, curatif ou palliatif), ainsi que « *les obligations de bienveillance, de valeur morale et éthique et de qualité et de soins basés sur les dernières données acquises de la science* ». Pour préciser l'intention donnée dans le soin et lui conférer toute sa dimension morale, Walter HESBEEN⁶³, infirmier et docteur en santé publique de l'Université catholique de LOUVAIN, donne la définition suivante : « *c'est porter une attention particulière à une personne qui vit une situation singulière, c'est-à-dire unique.* » Le « prendre soin » est sous-tendu par des valeurs humanistes. Ces valeurs

⁶² JAUNAIT A., thèse soutenue en 2005 « Comment pense l'institution médicale ? » Dalloz P 227-228

⁶³ HESBEEN W., Prendre soin à l'hôpital, inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante, Paris, inter édition, 1997, P 208

sont déclinées dans la déclaration des Droits de l'Homme, dans les règles professionnelles, puis reprises dans le code de déontologie des infirmiers⁶⁴. Les valeurs fondatrices du soin sont le respect de l'autre, la tolérance, l'intégrité, la responsabilité, la solidarité. L'humanité dans le soin permet la compassion, l'empathie et la prise en compte de l'autre dans sa singularité.

Enfin, « Soigner », selon Virginia HENDERSON⁶⁵, c'est « *aider l'individu malade ou en santé au maintien ou au recouvrement de sa santé (ou à l'assister dans ses derniers moments), par l'accomplissement de tâches dont il s'acquitterait s'il en avait la force, la volonté et les connaissances voulues. Et d'accomplir ses fonctions, de façon à l'aider à reconquérir son indépendance, le plus rapidement possible.* »

Au travers de la Stratégie Nationale de Santé (2018-2022), on perçoit nettement le changement de paradigme, les axes de ladite Stratégie ne visant plus seulement la qualité et la pertinence des soins, mais également des notions de justice morale avec l'égal accès aux soins des personnes en situation de vulnérabilité et des conduites favorables à la santé permettant à tous les soignants des approches différentes auprès des populations ciblées. Ces divers facteurs modifient profondément la relation entre les patients et les infirmiers, accordant une place plus importante à ces derniers sur le parcours de soins des patients et leur conférant un rôle autonome renforcé en lien avec l'équipe de soins⁶⁶.

B. Le rôle autonome de l'infirmière

Le souhait d'autonomie, le besoin de s'émanciper du joug médical doivent être questionnés pour en comprendre l'objectif recherché par les infirmières. Interconnectées à toutes les autres professions, elles ne peuvent exercer seules. Ainsi, il faut bien séparer le souhait d'indépendance et d'autonomie de la profession du désir d'une meilleure reconnaissance par le corps médical au travers d'une relation basée sur la confiance (1) et de la valeur accordée à son analyse clinique et à son diagnostic infirmier dans la prise en soins des patients (2).

⁶⁴ Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie, JORF du 27 novembre 2016, chapitre section 2, « Devoirs envers les patients » (R. 4312-10 à R. 4312-24 sur l'intérêt du patient et du cadre d'exercice)

⁶⁵ HENDERSON V., infirmière, enseignante, chercheuse américaine (1897-1996), « La nature des soins infirmiers » par V. HENDERSON et MF. COLLIERE InterEditions juin 1994 P84

⁶⁶ Art. 96 de la Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé JORF n°0022 du 27 janvier 2016,

1. Une relation basée sur la confiance

La confiance s'inscrit comme un postulat bilatéral de bienveillance entre les professionnels permettant de s'ouvrir à l'autre. Si la confiance est nécessaire à l'établissement de la relation, elle n'est pas suffisante à elle seule. Respect, écoute, attention, honnêteté sont autant de valeurs morales qui deviennent des éléments majeurs de la relation.

La relation très encadrée par le code de la santé publique entre le médecin et l'infirmière ne laisse pas assez de place à l'établissement d'une confiance mutuelle puisqu'il s'est agi pendant des décennies de prescriptions médicales descendantes et d'exécutions strictes de celles-ci par les infirmières. La part consacrée dans les différents codes de déontologie à ce lien est très faible alors qu'il est essentiel à la qualité de la relation et des soins prodigués.

Il n'est pas envisageable que les soignants se dénigrent entre eux, ne se fassent pas confiance, au risque de nuire à la qualité de la prise en soin des patients.

Précisons dès à présent qu'il ne s'agit pas seulement de règles de confraternité entre les soignants d'une même profession, comme nous pourrions nous en rendre compte au vu de l'évolution du CDM entre 1947 et 1995 puis du CDI de 2016 qui intègrent les mêmes dispositions que pour les médecins⁶⁷.

On peut s'étonner, à l'heure du travail en équipe (professionnels de santé et non-professionnels de santé), des parcours de santé, de soins, que le code de déontologie médicale ne détaille pas davantage les modalités attendues d'une bonne relation entre professionnels devant intervenir sur le parcours du patient (préventif, curatif, palliatif). D'ailleurs, le statut du patient est celui de « malade » alors qu'il serait peut-être plus adapté de parler aujourd'hui de « patient » ou « d'utilisateur » car tous ne consultent pas parce qu'ils sont malades. Par ailleurs, le fait d'entretenir de bons rapports, uniquement dans l'intérêt du « malade », n'impose pas l'obligation de recours à un autre professionnel plus compétent dans un domaine précis. Le travail en équipe pluridisciplinaire avec une orientation vers des professionnels infirmiers, par exemple,

⁶⁷ Le code de déontologie de 1995, dans sa sous-section 3 sur les « Rapports des médecins entre eux et avec les autres professionnels de santé » à l'article R. 4127-68, précise : « Dans l'intérêt des malades, les médecins doivent entretenir de bons rapports avec les membres des professions de santé. Ils doivent respecter l'indépendance professionnelle de ceux-ci et le libre choix du patient. » Puis est ajouté par le décret du 7 mai 2012 : « Avec l'accord du patient, le médecin échange avec eux des informations utiles à leur intervention ».

mais aussi avec des professionnels ne relevant pas du champ de la santé mais contribuant à l'intérêt du malade, reste rare.

La loi de santé du 26 janvier 2016⁶⁸ précise que, dans l'intérêt du patient, la loi autorise l'échange d'informations entre professionnels ou la divulgation de données à des tiers. De plus, elle redéfinit la notion d'équipe de soins en précisant qu'il s'agit « *d'un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique*⁶⁹, ».

Dans la section III du code de déontologie infirmier, article R. 4312-28, sont repris presque à l'identique les termes employés dans le CDM de 1995 sur les bons rapports que la profession doit entretenir avec les autres professionnels de santé.

Au regard des enjeux autour du travail en équipe pluridisciplinaire et des parcours de soins, on peut s'étonner que les codes de déontologie infirmiers et médecins n'insistent pas suffisamment sur la qualité des relations que les professionnels doivent entretenir entre eux dans l'intérêt de la prise en soins des patients. La notion de « bons rapports » étant imprécise, elle ne définit pas l'attendu des relations entre les différents professionnels et n'impose pas de règles de confraternité en dehors de sa corporation.

Le médecin n'a pas l'obligation de s'enquérir pour avis et/ou à prendre en compte les éléments de l'analyse clinique des infirmiers et leur diagnostic dans la prise en soins d'un patient, sauf dans le cadre de la procédure collégiale pour la mise en place de la sédation profonde⁷⁰. De la même façon, les infirmières n'ont pas l'obligation d'informer le médecin quand elles interviennent dans le champ de leur rôle propre⁷¹.

2. Raisonnement clinique et diagnostic infirmier

L'infirmier a la capacité de poser un diagnostic car il a un rôle autonome. Il contribue au diagnostic médical et à l'application des prescriptions. Le raisonnement clinique est défini par Margot PHANEUPH⁷² en 1996 comme « *un processus intellectuel et délibéré, structuré selon des étapes logiquement ordonnées, utilisé pour planifier des*

⁶⁸ CSP, art. L. 1111-15

⁶⁹ CSP, art. L. 1110-12

⁷⁰ Loi LEONETTI-CLAYES du 2 février 2016, créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, JORF n°0028 du 3 février 2016

⁷¹ CSP, art. R. 4311-3

⁷² PHANEUF M., formation universitaire en sciences infirmières, maîtrise en éducation et doctorat en didactique de la faculté de l'éducation de l'Université de Montréal.

*soins personnalisés visant le mieux-être de la personne soignée*⁷³ ». Ce processus intellectuel, qualifié de démarche de soins se réalise selon un immuable raisonnement : recueil de données, analyse et interprétation, élaboration du plan de soins, mise en œuvre du plan de soins et évaluation des résultats.

Le raisonnement clinique aboutit à la détermination d'un diagnostic qui doit être inscrit dans le dossier de soins infirmiers. Le diagnostic fera l'objet de transmissions ciblées afin qu'il soit partagé par toute l'équipe et qu'un suivi soit réalisé.

Le dossier infirmier, partie intégrante du dossier patient, contient une multitude d'informations qui doit servir la qualité et la pertinence des soins réalisés auprès du patient.

La prise en compte de ces éléments par les médecins est indispensable pour avoir une vision globale des soins qui sont prodigués par l'ensemble des acteurs intervenant auprès du patient. Nécessaire mais pas obligatoire. C'est pourquoi, dans un souci de cohérence et de coordination, les services sont amenés à réaliser des réunions de concertation afin de partager les observations, les actions et les résultats obtenus sur les patients. Il s'agit aussi de ne pas cloisonner les prises en soins par métiers sans passerelles entre eux. C'est un vrai défi pour les acteurs en santé car l'informatisation du dossier patient, même si elle a amélioré et rendu plus accessibles les données relatives au patient, a dans un même temps fractionné les prises en soins par les acteurs avec des recueils multiples rendant parfois difficile la vision globale du patient et de sa santé.

La prise en compte par les médecins des données issues du raisonnement des infirmières est très dépendante du médecin. L'avis des infirmières n'est pas toujours sollicité en service de soins alors que leur analyse et leurs points de vue auraient pu enrichir les échanges et influencer le choix thérapeutique.

Les infirmières souhaitent une meilleure reconnaissance de leur savoir-faire et une meilleure implication dans les décisions médicales et les choix thérapeutiques proposés aux patients, en particulier par le corps médical. Comme nous avons pu le constater, les relations professionnelles entre les médecins et les infirmiers ont

⁷³ LAVIGNE S., PhD, article dans « Prendre soin » du 22 avril 2016 « Raisonnement clinique : vestige du passé ou nécessité du présent ? »

profondément évolué ces dernières décennies sous l'influence de divers facteurs comme les avancées techniques et scientifiques et les droits des patients.

Ainsi, nous verrons comment s'est traduite dans le droit la nature juridique des « soins infirmiers » (chapitre 2).

Chapitre 2. La nature juridique des « soins infirmiers »

Parler de « soins infirmiers » fixe les soins comme appartenant à une catégorie de professionnels. Est-ce à dire que les « soins » réalisés le sont par des infirmières à un moment précis ? Ou veut-on dire que les soins seraient de nature infirmière, faisant référence à une spécificité par rapport à d'autres professionnels de santé qui réalisent également des soins ? Il faut donc clarifier les limites des soins infirmiers (section 1) puis comment la profession est devenue très règlementée (section 2).

Section 1. Le concept en « soins infirmiers »

La notion de « soin » comporte des acceptions plus ou moins larges. La dernière édition du dictionnaire de soins infirmiers (2005) propose la définition suivante : « action ou ensemble d'actions qu'une personne accomplit pour se soigner ou pour soigner autrui ». Et à « soigner » : « agir pour soi-même ou pour autrui afin d'entretenir la vie, de maintenir, restaurer et promouvoir la santé ».

Ainsi, soigner, prendre soin seraient le fait des infirmières. Mais que penser des autres professionnels de santé ou de professionnels qui n'appartiennent pas au monde reconnu de la santé, voire de métiers non reconnus (coupeur de feu, magnétiseur,...) qui pratiquent néanmoins des soins auprès de leurs patients ?

Ainsi, l'acte de soin doit être différencié de l'attention et de l'intention qui sont mises dans sa réalisation (& 1) et les « soins infirmiers » qui sont réalisés par d'autres professionnels de santé (& 2) définis.

& 1. L'attention et l'intention dans le soin

La réalisation d'un acte de soin se fait en plusieurs étapes, après une analyse et un raisonnement clinique, en prenant en compte la situation et l'environnement du patient.

Ainsi, il faut définir et délimiter la notion de soin (A) et comprendre la spécificité de la prise en soin des patients par les infirmières (B).

A. La définition du soin

Il faut différencier l'action du soin (1) et l'acte professionnel (2).

1. L'action du soin

Pour l'infirmier Philippe SVANDRA, docteur en philosophie, « *c'est au terme d'un long cheminement que s'est dévoilée à mes yeux la nature profonde du soin. Elle pourrait se résumer par cette formule lapidaire : le soin est l'expression agissante de mon humanité*⁷⁴ ». Cet éclairage significatif et déterminant est complété par Virginia HENDERSON⁷⁵. Le modèle proposé par cette infirmière américaine, retenu par un grand nombre de pays comme support exclusif d'une conception des « soins infirmiers », se traduit par le retour à l'indépendance de la personne accompagnée dans la satisfaction de ses besoins, le rôle infirmier compensant la dépendance provoquée. Cette appartenance à l'école des besoins limite donc la place de l'infirmière à une fonction de suppléance, voire de substitut. Il reste nécessaire de combiner les approches des différentes écoles de pensée pour rendre plus complète la substance même de la discipline infirmière.

Pour la théoricienne Hildegarde PEPLAU, deux hypothèses ont guidé son raisonnement. La première serait que « *la personnalité de l'infirmière fait une différence substantielle au niveau de ce qu'un patient peut apprendre durant l'expérience de sa maladie*⁷⁶ ». La seconde affirmerait que « *l'une des fonctions des soins infirmiers et de la formation en soins infirmiers est de contribuer au développement de la personnalité dans le sens de la maturité*⁷⁷ ».

Le soin relève bien d'une implication personnelle, exercée par une intention professionnelle éprouvée, dans le souci accordé à l'autre allant jusqu'à la responsabilité de garantir cette implication. Selon une approche intersubjective, nous pouvons resituer le prendre soin dans l'identification de l'autre en tant que sujet et de la

⁷⁴ SVANDRA P., « Comment développer la démarche éthique en unité de soins ? Pour une éthique de la responsabilité soignante » estem 1 aout 2005 P48

⁷⁵ HENDERSON V., rôle infirmier dans son ouvrage « La nature des soins infirmiers » InterEditions 1994

⁷⁶ Poletti R., « Les soins infirmiers : théories et concepts » édition Centurion, infirmières d'aujourd'hui, 1978, P44

⁷⁷ Poletti R., « Les soins infirmiers : théories et concepts » édition Centurion, infirmières d'aujourd'hui, 1978, P26

place qu'il nous octroie en nous reconnaissant nous-même sujet, donc légitimé dans la relation soignant-soigné à développer. Le soignant qui réalise un soin attend un résultat. Comme nous l'avons vu précédemment, le soin s'inscrit dans un objectif poursuivi qui peut être l'amélioration d'un symptôme (douleur,...), la réfection d'un pansement, une information utile, un soin d'hygiène.

On mesure alors le bénéfice ou non du soin sur la personne soignée et on réajuste seul, en équipe et avec le patient, le soin apporté.

2. Les actes professionnels

On peut dire d'un acte qu'il est la matérialisation concrète du soin en ce sens qu'il qualifie précisément en quoi a consisté l'agir du soin. On retrouve les actes professionnels ⁷⁸ au titre premier du chapitre premier, section première : actes professionnels (article R 4311-1 CSP). Il s'agit d'une liste allant de la scarification au collyre, de la réalisation d'un électrocardiogramme à la pose d'une sonde urinaire,...

L'acte professionnel a souvent un sens péjoratif et réducteur car il revêt souvent une connotation technique et semble dépourvu d'humanité. Pourtant, l'agir du soignant n'est pas dénué de relation humaine. En effet, pendant un acte, l'infirmière écoute, évalue, donne une information, répond aux questions, éduque le patient. Bien des mots définissent l'acte professionnel dans le langage courant des professionnels : soin, soin technique, acte de soin, acte technique, acte... La qualification est complexe puisqu'elle traduit l'agir de l'acte et la notion d'attention à l'autre que comporte l'idée du soin. Et finalement, les notions se confondent et il faut bien comprendre que derrière tout acte professionnel, il y a un soin et que les deux notions combinées permettent d'assurer la prise en soins holistique du patient en tenant compte de son environnement social et familial.

B. La prise en soins des patients par les infirmières

Alors que le soin peut être pratiqué par tous les professionnels de santé, on peut se questionner sur la qualification des soins dits infirmiers et relevant d'une spécificité pour la profession.

⁷⁸ Souvent nommés « décret de compétence »

1. La réalisation des « soins infirmiers », une spécificité infirmière

Employer les mots « soins infirmiers » fixe les soins comme appartenant à une catégorie professionnelle. Il est intéressant de s'interroger sur le sens de ces mots qui peuvent signifier deux aspects : le soin réalisé par un infirmier à un moment précis et/ou un soin qui serait de nature infirmier avec la possibilité ou non qu'il soit réalisé par un autre professionnel de santé.

Il faut plutôt entendre que la spécificité des infirmières se situe dans l'intention de la réalisation du soin avec la mise en place d'une démarche de soins en amont de toute action, permettant ainsi la prise en compte de la personne soignée tant dans sa globalité que dans son unicité.

La démarche de soins infirmiers est centrale dans l'activité des infirmières. Il s'agit d'effectuer un bilan de la situation, d'évaluer les besoins, de poser un ou des diagnostic(s) et d'établir un programme de soins.

La description de la démarche de soins infirmiers insiste sur les acquis à posséder pour pratiquer l'évaluation infirmière et le raisonnement clinique réflexif. Les publications de Virginia HENDERSON posaient déjà un regard holistique sur l'être humain. Les conceptions de soins infirmiers induisent les processus adoptés dans la pratique. L'approche anthropo-systémique développée par Pierre FORNEROD⁷⁹ prend de la distance par rapport à de nombreux modèles de soins infirmiers et insiste sur la notion de partenariat soignant-soigné et l'importance de l'environnement dans lequel s'effectue le soin.

2. Le diagnostic infirmier

Depuis la première édition de l'ouvrage de V. HENDERSON, publié par le Conseil international des infirmières sous le titre de *Principes fondamentaux des soins infirmiers*, l'étude des besoins fondamentaux de l'être humain a pris une place importante dans la formation des infirmières de nationalités et de langues différentes. La richesse de ses écrits montre que, même si elle reste mal comprise, son œuvre fait l'objet de nombreux enseignements. Le modèle était simple d'utilisation et a probablement facilité sa diffusion et son appropriation par les Etats.

⁷⁹ Fornerod P., 2005, La pratique du soin infirmier au XXI^e siècle. Repères conceptuels d'une pratique réflexive. Cahier n°106 de la section des sciences de l'éducation de l'Université de Genève.

Dans *Besoins fondamentaux de l'être humain*, il est question au départ de besoins universels que nous pourrions retrouver dans tous les pays. Les réactions du soigné sont analysées par rapport à un fonctionnement normal défini. Le professionnel cherche les déviations. A partir de ce point de vue causal, les infirmières ont envisagé les besoins fondamentaux de l'être humain et les ont interprétés par rapport à des normes. Après avoir identifié les manifestations de dépendance, elles ont identifié des étiologies. Chaque besoin a été envisagé séparément.

Virginia HENDERSON a présenté une conception du rôle de l'infirmière et situé les infirmières en tant que membres d'une équipe qui rassemble des professionnels de disciplines différentes. Elle a, en ce sens, contribué à donner une nouvelle identité aux infirmières. En effet, il importe pour elle que chaque professionnel assume un rôle essentiel, « *celui que, mieux que tout autre membre de l'équipe, il est apte à remplir*⁸⁰ ». Il s'agit d'un modèle humaniste. Elle relève néanmoins que l'infirmière « *doit aussi admettre le fait que son habilité à évaluer les besoins d'autrui est toujours plus ou moins limitée car, même entre êtres intimement liés, la parfaite compréhension est rarement atteinte*⁸¹ ».

Au début des années 2010, de nombreux travaux sont venus enrichir et modifier le concept originel de la démarche de soins en s'appuyant plutôt sur un modèle plus transversal des besoins fondamentaux, basé sur les résultats tenant compte de l'évolution de l'état de la personne. Il s'agit d'appliquer un raisonnement clinique qui aboutit à un jugement clinique basé simultanément sur des diagnostics infirmiers, des résultats, des interventions. Ce modèle prône également le recadrage continu de la situation⁸². Les infirmières ne sont pas extérieures à la démarche de soins infirmiers, elles en sont les partenaires avec la personne soignée pour co-inventer, co-construire le projet de soin. Le diagnostic infirmier est l'aboutissement de ce processus de raisonnement réflexif infirmier. En cela, il constitue une spécificité infirmière qui n'est pas retrouvée dans les autres professions paramédicales et qui relève bien du champ de la pratique infirmière.

⁸⁰ HENDERSON V., 2003 Idem, P. 14

⁸¹ HENDERSON V., 2003 Idem P. 18

⁸² BULECHEK G., BUTCHER H., McCLOSKEY DOCHTERMAN J., Classification des interventions de soins infirmiers. CISI/NIC, Masson, 2010

Même si la réalisation de la démarche de soins infirmiers apparaît bien comme une spécificité de l'exercice de l'infirmière, la réalisation de « soins infirmiers » peut être commune à d'autres professions de santé. (&2)

& 2. Les « soins infirmiers » réalisés par d'autres professionnels de santé

Comme nous avons pu le voir, les soins ne sont pas exclusivement infirmiers, mais peuvent avoir été réalisés par d'autres professionnels de santé. Il n'y a pas une « propriété définitive » d'une profession sur un soin. Il y a des répartitions d'activités et d'actes de soins entre professionnels, qui peuvent évoluer en fonction des réorganisations des compétences professionnelles.

A. Une évolution récente de la codification dans le code de la sécurité sociale

Ainsi, une profession peut se voir attribuer, en fonction des compétences qu'elle possède déjà ou qu'elle devra acquérir, des activités à réaliser. C'est ainsi que certains actes ont pu se voir confier à l'une ou l'autre des professions comme par exemple les injections, acte pendant longtemps assuré en grande partie par les infirmières, médecins et sages-femmes et maintenant partagé par plusieurs autres professions de santé comme les pharmaciens, les manipulateurs d'électroradiologie,...

1. La nomenclature de la sécurité sociale

La nomenclature de la sécurité sociale⁸³ annonce officiellement que les sages-femmes, profession médicale à compétence restreinte, peuvent facturer des « soins infirmiers » sans aucune précision sur lesdits actes. On peut s'interroger sur la réalisation d'actes de soins par une autre profession dont on admet qu'ils seraient par nature infirmiers. On ne retrouve pas de listes précises des soins infirmiers ciblés. Finalement, sans éléments restrictifs, on peut penser qu'il s'agit de tous les actes que les infirmiers sont habilités à réaliser selon le code de la santé publique (Art. R. 4311-1 et suivants). Cependant, dans l'article R. 4127-318 concernant l'exercice des compétences dévolues à la sage-femme, il n'est pas mentionné que celle-ci est habilitée à réaliser l'ensemble des soins infirmiers.

La posture de la sécurité sociale est troublante et n'a pas particulièrement été reprise par les professionnels concernés. Une des explications est peut-être l'histoire que les infirmières et les sages-femmes ont en commun.

⁸³ Site AMELI : Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) des sages-femmes mise à jour en juin 2018

2. Les sages-femmes et les soins-infirmiers

En effet, jusqu'à l'arrêté du 29 juin 2011⁸⁴ modifiant l'arrêté du 13 novembre 1964 relatif à la validation de titres pour l'exercice de la profession d'infirmière, les sages-femmes pouvaient faire valider ce titre pour exercer la profession d'infirmière et, de ce fait, se conformer aux dispositions du CSP régissant la profession d'infirmière. Aujourd'hui, aucune sage-femme ne peut se prévaloir de cet arrêté pour obtenir de l'Etat une validation de son titre pour exercer la profession d'infirmière. Cependant, le décret prévoit une exception : les sages-femmes qui exerçaient la profession d'infirmière avant l'arrêté du 29 juin 2011 en application de l'arrêté du 13 novembre 1964 peuvent continuer à exercer ces fonctions.

L'Ordre des sages-femmes précise que « *les sages-femmes sont habilitées à réaliser des soins infirmiers dans le cadre de l'exercice de [leur] profession* », insistant sur l'article L.4151-1 et suivants et R. 4127-318 du CSP. L'Ordre des sages-femmes précise : « *Vous ne pouvez pas effectuer les soins infirmiers qui n'ont aucun rapport avec votre champ de compétence (soins infirmiers auprès de personnes âgées, soins relevant de la mission d'aide-opératoire auprès du chirurgien)... Pour pouvoir pratiquer tous les soins infirmiers, vous devez aujourd'hui être titulaire du diplôme d'Etat d'infirmière ou avoir bénéficié d'une autorisation en tant qu'infirmière autorisée polyvalente délivrée avant le 29 juin 2011* ».

La reconnaissance par l'Assurance Maladie d'une nomenclature « soins infirmiers » pour facturer des soins réalisés par des sages-femmes pose la question des périmètres d'activité et de la spécificité des soins réalisés par les infirmières par rapport à d'autres professionnels de santé.

Ainsi, il convient de préciser le positionnement de la science clinique infirmière au regard des autres professions de santé (B).

B. La science clinique infirmière au regard des autres professions de santé

La science clinique infirmière représente et désigne l'ensemble des savoirs théoriques, cliniques, éthiques et pratiques issus des modèles conceptuels en soins infirmiers.

⁸⁴ Arrêté du 29 juin 2011 modifiant l'arrêté du 13 novembre 1964 relatif à la validation de titres pour l'exercice de la profession d'infirmière pour les sages-femmes, JORF n°0158 du 9 juillet 2011

1. Les grands courants de pensées de la science clinique infirmière

Il s'agit indiscutablement d'une spécificité infirmière. La science clinique infirmière est un courant de pensée qui représente plusieurs concepts (tant philosophiques que scientifiques) issus des réflexions portées sur la pratique clinique infirmière. Ils sont contemporains des courants de pensée philosophiques et humanistes, notamment sur les concepts de santé, de personne, d'environnement et de soins. Par une approche théorique et documentée, les théoriciens des soins infirmiers ont établi des modèles conceptuels qui ont permis de structurer les fondements du raisonnement clinique infirmier. Ces modèles ont contribué à définir le métier d'infirmier et à en asseoir la reconnaissance à travers l'histoire de la profession.

Il existe deux courants de pensée qui guident majoritairement la pratique clinique infirmière. Il s'agit de l'approche des relations interpersonnelles en soins infirmiers qui ont surtout été décrites par des infirmières interactionnistes, notamment par Hildegard PEPLAU⁸⁵, dans la lignée des travaux de Florence NIGHTINGALE. L'essence de cette théorie se fonde sur la création et l'analyse d'une expérience partagée entre l'infirmier et la personne soignée au travers de six rôles différents en fonction des situations.

L'autre courant est certainement le plus connu des professionnels de santé et des infirmiers. Il s'agit de l'approche des « *besoins primaires* » décrite par Virginia HENDERSON⁸⁶, infirmière, et par Abraham MASLOW, psychologue humaniste. Lorsque Virginia HENDERSON décrit quatorze besoins fondamentaux à satisfaire propres à l'homme, Abraham MASLOW les classe en cinq niveaux à assouvir pour atteindre ce qu'il nommera « l'accomplissement personnel ». Le modèle conceptuel décrit les réactions des personnes face à la perturbation des besoins fondamentaux et la motivation à s'améliorer en fonction des changements induits. En étudiant les réactions des praticiens face aux personnes dans ces situations, Virginia HENDERSON a mis en exergue leur rôle d'aidant, complétant le rôle de substitut proposé par Hildegard PEPLAU. Ce modèle sert de support de travail pour l'utilisation des diagnostics infirmiers.

⁸⁵ PEPLAU H., Docteur en éducation, Les relations interpersonnelles en soins infirmiers (traduction de l'édition américaine en 1988 par Anne Pietrasik), interEditions, Paris, France 1995

⁸⁶ HENDERSON V., Principles and Practice of Nursing, Macmillan, New York, 1978

2. Un premier pas vers la pratique avancée

La démarche clinique infirmière doit relever plusieurs défis. A la fois être centrée sur le patient et son entourage, ses besoins physiques, psychologiques et sociaux et répondre à des exigences de qualité de soins techniques, de traitement, de prise en soin en s'appuyant sur des savoirs et des compétences actualisées.

Cette situation a engendré, dès les années 1990, l'émergence de formations dites cliniques (plaies et cicatrisation, douleur, oncologie,...), des modes d'exercice très spécifiques (stomathérapie, éducation thérapeutique,...) sous des formes innovantes pour les infirmières (consultations, entretiens,...). L'évolution de la formation vers des masters qui permettent d'approfondir et de sanctionner des compétences cliniques, souligne la nécessité de progresser dans ce sens car la formation généraliste, il faut le reconnaître, ne dispense pas des connaissances suffisamment pointues et étendues pour répondre à cette demande.

Le développement de la pratique clinique passe d'abord par une reconnaissance de son utilité pour les personnes soignées et leur entourage. Mais elle doit se faire aussi par la profession elle-même qui doit reconnaître la pratique clinique comme indispensable au développement de la qualité des soins et au paradigme des sciences infirmières. C'est formaliser les expériences de terrain, de pratiques avancées. Il faut les identifier et les formaliser par la recherche pour qu'elles soient validées, transmissibles et qu'elles rentrent dans le corpus de connaissances de la profession.

Les infirmières n'ont malheureusement pas toujours conscience de l'expertise qu'elles ont développée dans des domaines particuliers et, par manque de temps, de moyens ou par ignorance, elles ne pensent ou ne peuvent pas formaliser cette expérience qui se retrouve perdue pour la profession.

La spécificité du travail infirmier doit apparaître plus fortement dans l'exercice quotidien des professionnels. La reconnaissance de la profession passera par une meilleure compréhension de leur exercice et du concept de « soins infirmiers » avec une clarification juridique nécessaire à l'heure de l'introduction de la pratique avancée pour les infirmiers. Nous reviendrons ultérieurement sur ce point.

Quels que soient les domaines, les filières, les spécialités, la base de la clinique reste la compétence. Pour faire évoluer la compétence, il faut expérimenter la clinique. Pour ce faire, il faut clarifier les périmètres d'exercice des professions et s'entendre sur la

terminologie à employer pour définir les soins autorisés aux infirmiers⁸⁷ et ceux réalisés par d'autres professionnels de santé.

Ainsi, nous devons comprendre la répartition légale et le montage juridique tel qu'il existe en France pour les professions paramédicales dans le Code de la Santé Publique (CSP) et, plus précisément, le cadre réglementaire du métier d'infirmier (section 2) pour mieux appréhender les problématiques qui se posent ou se poseront avec l'évolution de la profession et au regard des autres professionnels de santé.

Section 2. Une profession réglementée

L'exercice de la profession d'infirmière est encadré par le CSP⁸⁸.

Les infirmières sont communément décrites comme faisant partie des professions paramédicales. Ce terme ancien est aujourd'hui remis en question et on lui préférera le terme de professionnelles de santé comme inscrit dans le code de la santé publique⁸⁹. Cependant, ce changement n'est pas anodin pour décrire le positionnement des infirmières vis-à-vis des médecins. Le terme « paramédical » signifie « autour de la profession médicale » et on comprend tout de suite que l'appellation « professionnelle de santé » permet de mieux qualifier l'infirmière comme un acteur/partenaire du médecin et non plus comme une assistante qui réalise uniquement les soins prescrits par lui.

Le terme de profession paramédicale n'a pas de valeur légale en France. Le CSP définit les professions de santé qui ne sont pas exercées par les professions médicales. Les auxiliaires médicaux apparaissent dans le CSP au Livre III.

Ainsi, les infirmières sont des professionnelles de santé qui appartiennent au corps des auxiliaires médicaux.

& 1. Le statut d'auxiliaire médicale

En France, l'exercice des professions « d'auxiliaires médicaux » dépend de l'exercice des professions « médicales ». Ainsi, l'activité de l'infirmière est une dérogation à

⁸⁷ Art. R. 4311-1 CSP, Titre premier Profession d'infirmier ou infirmière, chapitre premier, règles liées à l'exercice de la profession, section première, actes professionnels

⁸⁸ CSP, Livre 3 Auxiliaires médicaux (Art. R. 4311-1 à Art. R. 4383-5)

⁸⁹ CSP Art. L. 4001-1

l'exercice illégal de la médecine (A) et ses actes professionnels sont dépendants du médecin (B).

A. Une « dérogation » à l'exercice illégal de la médecine

Le modèle juridique français est construit pour protéger le corps humain (1) et les conditions d'exercice de l'infirmière sont clairement décrites dans le code de la santé publique (2).

1. La protection du corps humain

Selon l'article. L. 1110-2, « *La personne malade a droit au respect de sa dignité* ». Le respect de la personne humaine fait partie des principes déontologiques fondamentaux qui s'imposent au médecin dans ses rapports avec ses patients. Depuis le Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant sur le code de déontologie des infirmiers, on retrouve dans l'art. R. 4312-3 du code de la santé publique le « Devoir d'humanité » et l'introduction du principe du respect de la dignité humaine⁹⁰.

Tout le système juridique des professionnels de santé est construit pour protéger le citoyen et s'appuie par essence sur l'article 16-3 du code civil qui précise qu' « *Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui. Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir*⁹¹. »

Seuls les médecins, par leurs qualifications et leurs titres, sont habilités à porter atteinte à l'intégrité du corps humain en cas de nécessité médicale ou dans l'intérêt thérapeutique, dans les dispositions prévues par ledit article.

Il faut comprendre que toute autre personne ne répondant pas à ces dispositions porte alors atteinte au corps humain et se trouve dans un exercice illégal de la médecine. C'est donc par dérogation donnée par la loi à l'exercice illégal de la médecine⁹² que les auxiliaires médicaux peuvent exercer, sous la responsabilité des médecins, à condition d'être qualifiés et d'avoir un exercice réglementé par un décret pris en conseil d'Etat

⁹⁰ CSP. Art. R. 4312-3 « L'infirmier, au service de la personne et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine. Il respecte la dignité et l'intimité du patient et de ses proches. Le respect dû à la personne continue de s'imposer après la mort »

⁹¹ CC, Art 16-3 modifié par la Loi n°2004-800 du 6 aout 2004 – art. 9 JORF 7 aout 2004

⁹² CSP, Art L. 4161-1, chapitre premier Exercice illégal

après avis de l'Académie nationale de médecine. La qualification se juge par un titre qui est un diplôme homologué et donc répertorié. L'Arrêté du 6 janvier 1962⁹³, fixant la liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant être également pratiqués par des auxiliaires médicaux ou par des directeurs de laboratoires d'analyses médicales non médecins, a été actualisé à dix reprises depuis 1962, le dernier datant du 13 avril 2007⁹⁴.

La réglementation des actes professionnels réalisés par les professions classées parmi les « Auxiliaires médicaux » dans le code de la santé publique, dépend de celle des médecins : sur prescription, en présence, en aidant le médecin, ... C'est la loi n° 78-615 du 31 mai 1978⁹⁵ modifiant les Art. L. 372, L473, L. 475, L. 476 du code de la santé publique relatif à la profession d'infirmier ou d'infirmière, relatif à l'exercice illégal de la profession de médecin, qui introduit la possibilité pour les infirmières d'accomplir des actes professionnels qui, jusqu'alors, étaient strictement réservés aux médecins.

Les infirmières sont donc autorisées, depuis maintenant 40 ans, à faire des actes de soins qui touchent au corps de la personne dans le cadre de leurs rôles propres, sans prescription médicale. Cependant, si leurs champs de compétences se sont élargis avec la reconnaissance de leur rôle autonome, passant du statut d'auxiliaires (assistantes, exécutantes) à celui de professionnelles de santé contribuant directement et de façon autonome (au sein d'une équipe de soins) au rétablissement ou au maintien de l'état de la personne, le code de la santé publique reste toujours classifié de la même façon et les infirmières sont toujours des auxiliaires médicales.

2. Les conditions d'exercice

Les conditions d'exercice pour les infirmières sont parfaitement décrites dans le code de la santé publique. « *Sont habilités à exercer les professionnels titulaires du diplôme d'Etat d'infirmière.*⁹⁶ » Il est délivré par le préfet de région aux candidats ayant suivi, sauf dispense, l'enseignement préparatoire au diplôme d'Etat d'infirmière et ayant validé l'enseignement théorique et pratique ainsi que les stages constitutifs de la formation.

⁹³ Arrêté du 6 janvier 1962, JORF du 1 février 1962 page 1111

⁹⁴ Arrêté du 13 avril 2007, JORF n°88 du 14 avril 2007 page 6861

⁹⁵ Loi n°78-615 du 31 mai 1978 modifiant les art. L473 (définition de la personne exerçant la profession d'infirmière), et publiée au JORF du 1 juin 1978

⁹⁶ CSP Art. D. 4311-16

Pour pouvoir exercer en France, les infirmières doivent être inscrites au tableau de l'Ordre des infirmiers et ce, quel que soit leur mode d'exercice. Le décret du 10 juillet 2018⁹⁷ relatif à l'établissement des listes nominatives d'infirmières salariées en vue de leur inscription au tableau de l'Ordre vient renforcer cette obligation légale. La portée de ce décret est souvent méconnue des infirmières et des employeurs. Cela s'explique en grande partie par les controverses qui ont animé la création de l'Ordre en 2006⁹⁸ et son manque de reconnaissance par la profession elle-même. De plus, les employeurs tardent à mettre en place ces dispositions car ils craignent de dégrader le climat social en contribuant à contraindre l'infirmière à s'inscrire, et de se retrouver mis en défaut en employant des infirmières non inscrites au tableau de l'Ordre et donc dans un exercice illégal de la médecine.

B. Des actes professionnels dépendant du médecin

Les actes professionnels peuvent se faire sur la base d'une prescription médicale ou en application d'un protocole prescrit par anticipation selon des modalités précises.

La prescription médicale est un acte purement médical qui ne peut être délégué. Pour encadrer cet acte singulier, deux codes le régissent : le code de la sécurité sociale et le code de la santé publique qui contient le code de déontologie médicale⁹⁹.

Le cadre réglementaire est très précis : la prescription doit être écrite, qualitative, quantitative, datée et signée par le prescripteur. Seule dérogation possible pour les infirmières, le caractère urgent d'une situation qui ne permettrait pas de remplir ces conditions. La prescription orale ne répond pas au cadre réglementaire de la prescription. Même si ce type de prescription a nettement diminué ces dernières années, il n'en demeure pas moins que ce principe existe encore en dehors de tout cadre réglementaire et répond encore bien souvent à une contrainte qui permet d'éviter un déplacement (nuit, garde, astreinte,...).

La prescription d'actes professionnels aux infirmières est inscrite dans plusieurs articles du CSP, ceux-ci précisant le cadre dans lequel la prescription doit impérativement être réalisée : sur prescription ou protocoles préétablis écrits, datés et signés¹⁰⁰, sur

⁹⁷ Décret n° 2018-596 relatif à l'établissement des listes nominatives des infirmiers et des pédicures-podologues salariés en vue de leur inscription au tableau de l'ordre, JORF n°0159 du 12 juillet 2018

⁹⁸ CSP Article L. 4312-1 du code de la santé publique introduit par la loi n°2006-1668 du 21 décembre 2006

⁹⁹ Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004, JORF n°183 du 8 août 2004 page 14150.

¹⁰⁰ CSP Art. R. 4311-7, Art. R. 4311-8

prescription à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment¹⁰¹, sur prescription si elle participe à la mise en œuvre par le médecin de différentes techniques¹⁰².

Pour les infirmières, la prescription médicale représente une grande partie de leur activité auprès des patients. Il est très difficile de déterminer la part de cette activité dans leur exercice tant elle dépend du domaine, du contexte et de la place qui sont donnés à leur rôle propre dans l'activité. Les résultats issus des SIIPS (Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée) ne permettent pas de donner un chiffre fiable. Il faudrait compiler, en fonction des modes d'exercice, l'ensemble des tâches réalisées ainsi que le temps consacré à chacune d'entre elles pour en mesurer la charge.

Afin de comprendre la complexité à la mesurer, il faut se rappeler que l'intervention d'une infirmière auprès d'un patient se fait exclusivement après une prescription, que ce soit pour une intervention à l'hôpital (hospitalisation) ou au domicile. Ainsi, les actes relevant de son rôle propre ne peuvent être prodigués qu'après une première prescription médicale. Les actes relevant du rôle propre de l'infirmière sont les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie, et visent à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. L'article R. 4311-5 précise les actes concernés par le rôle propre de l'infirmière.

Dans un service de soins palliatifs, on peut supposer que le rôle propre de l'infirmière est plus important que dans un service de réanimation. Dans tous les cas, et en l'absence de données probantes, on peut émettre l'hypothèse d'une variable allant de 20% de prescriptions médicales à 80% en fonction des unités de soins.

Pour le médecin, l'exercice de l'infirmière est principalement centré sur l'application des prescriptions. Le manque de traçabilité des actes relevant du rôle propre des infirmières rend souvent invisible pour le médecin leur travail et leur contribution dans le rétablissement des patients.

¹⁰¹ CSP Art. R. 4311-9

¹⁰² CSP Art. R. 4311-10

& 2. Infirmière, une profession généraliste

Le métier d'infirmière, comme celui de médecin, est une profession généraliste qui intervient dans un champ très large d'exercice et qui est, de ce fait, amené à collaborer avec d'autres professionnels intervenant auprès du patient (professionnels de santé, acteurs du médico-social,...). Comme le médecin, l'infirmière a un rôle de coordination et de centralisation des informations et des interventions des professionnels qui l'amène à intervenir dans différents secteurs d'activités.

Ainsi, cette fonction généraliste ne cesse d'évoluer et de repousser les limites de son exercice compte tenu de l'évolution des besoins de la population et des progrès techniques et scientifiques. Des zones frontières d'exercice entre les professionnels de santé (A) augmentent ainsi le risque d'exercice illégal alors que la profession reste très encadrée par des règles professionnelles (B).

A. Des zones frontières d'exercice entre les professions de santé

Même si nous développerons particulièrement les zones frontières d'exercice avec le médecin, celles-ci se posent également avec d'autres professionnels de santé, notamment les pharmaciens qui ont aujourd'hui la possibilité de réaliser des injections vaccinales en officine¹⁰³ ou des actions d'éducation thérapeutique..., communes également aux médecins et en partie aux infirmières.

Depuis la loi du 13 août 2004, tous les médecins, quelles que soient leurs modalités d'exercice, sont soumis à une obligation d'évaluation de leurs pratiques professionnelles. Il faudra attendre 2009 pour que ce dispositif soit étendu aux 17 autres professions de santé sous l'appellation Développement Professionnel Continu (DPC). En 2016, le dispositif a évolué. Chaque professionnel de santé doit justifier sur une période de trois ans de son engagement dans la démarche de DPC : actions de formation, d'analyse, d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles et de gestion des risques.

Le développement des évaluations des pratiques professionnelles par l'ensemble des professions modifie profondément les limites des professions en cela qu'elles explorent, expérimentent des pratiques dont elles évaluent ensuite la pertinence afin de

¹⁰³ Art. L. 5125-1-1 A du CSP et Art. L 1411-11 du CSP modifié par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016

confirmer ou d'infirmer les hypothèses. Les résultats peuvent alors avoir un impact sur les métiers car cela peut remettre en cause la répartition des actes entre professionnels.

Par exemple, au travers d'une multitude d'EPP réalisées par le comité de lutte contre les infections nosocomiales au niveau national, le principe d'isolement strict du patient en cas de Bacille multi-résistant (BMR) n'est plus préconisé et on applique aujourd'hui le principe des précautions complémentaires (limitation des allées et venues du nombre de visiteurs et des protections individuelles à porter en fonction du cas clinique). Il s'agit jusqu'à présent d'une prescription médicale stricte, au même titre que les contentions physiques pour un patient. La justification de celles-ci portait sur l'isolement et le confinement du patient en chambre afin de protéger les autres patients et de limiter le risque de contamination. Mais ce principe est une atteinte à la liberté d'aller et venir, composante de la liberté personnelle protégée par les articles 2 et 4 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789 et qui constitue une liberté fondamentale au sens de l'article 521-2 du Code de justice administrative. La demande des CLIN est de faire évoluer le droit de prescription réservé aujourd'hui aux seuls médecins aux infirmières en vertu de leur rôle propre. De ce fait, la prescription peut être réalisée par l'un ou l'autre des métiers, l'objectif étant d'être le plus réactif possible pour la mise en place des précautions complémentaires à l'annonce du statut du patient.

B. Un exercice très encadré

La création du code de déontologie des infirmiers, le 25 novembre 2016¹⁰⁴, vient asseoir la reconnaissance d'une autonomie pour la profession. Près de 70 ans après les médecins et les sages-femmes, les infirmiers se dotent de leurs propres règles d'exercice professionnel. Le code de déontologie des infirmiers comprend l'ensemble des droits et devoirs des infirmiers, quels que soient leurs modes ou lieux d'exercice. Il clarifie notamment les relations avec les patients, les autres membres de la profession et les autres professionnels de santé.

Le code de déontologie vient se substituer à l'ensemble des règles professionnelles figurant depuis 1993 aux articles R.4312-1 et suivants du code de la santé publique. Il s'agit donc d'une modernisation et d'un enrichissement de ces « règles

¹⁰⁴ Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016, JORF n°0276 du 27 novembre 2016

déontologiques » afin de mieux prendre en compte les évolutions majeures observées ces vingt dernières années, notamment le développement du droit des patients, la prise en charge des maladies chroniques (du très grand âge, la question de la fin de vie), les restructurations hospitalières (le virage ambulatoire,...), la recherche de productivité et ses conséquences en termes de rythme de travail (qualité de vie des professionnels).

Ainsi que nous avons pu le constater, le champ de compétences des infirmières s'est considérablement élargi ces dernières années. Conformément au décret du 13 avril 2007, remplacé par l'arrêté du 30 mars 2012, l'infirmière peut prescrire à son patient certains dispositifs médicaux, sous réserve de remplir les conditions suivantes : l'infirmière agit pendant la durée d'une prescription médicale d'une série d'actes infirmiers et dans le cadre de ses compétences.

L'exercice de la profession est très encadré. Même si le code de déontologie peut être considéré comme une véritable avancée pour la profession, il n'en demeure pas moins que l'activité de l'infirmière reste très dépendante du médecin et le descriptif des actes qu'elle est habilitée à réaliser très codifié.

L'évolution des besoins de la population en matière de santé, combinée aux avancées scientifiques et techniques des dernières années, ont encouragé les infirmières à expérimenter et à étendre leur activité dans des domaines hier réservés exclusivement aux médecins. Nous verrons les problématiques que cela pose et comment la réglementation est insuffisante à sécuriser l'évolution de l'exercice infirmier (Partie 2).

PARTIE 2 : UNE REGLEMENTATION INSUFFISANTE POUR SECURISER L'EVOLUTION DE L'EXERCICE INFIRMIER

En juillet 2003, le Professeur Yvon BERLAND remettait à Monsieur Jean-François MATTEI¹⁰⁵ le rapport de mission « *Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences* ». Ce rapport concluait sur la nécessité de mettre en place des transferts de compétences¹⁰⁶ en respectant un cadre précis, en premier lieu, le renforcement de la formation des professionnels.

Ainsi, de nouveaux besoins en compétences pour les infirmières ont émergé et contribué à la création de nouveaux profils infirmiers dont celui d'infirmière en pratiques avancées (IPA)¹⁰⁷.

Nous verrons comment le rôle des professions de santé a été bousculé par la création du statut d'infirmier en pratiques avancées (Chapitre 1) et comment, sur la base d'une nouvelle répartition des rôles entre les médecins et les infirmières, nous pouvons envisager de sécuriser l'exercice de l'infirmière (chapitre 2).

Chapitre 1. Le rôle des professions bousculé par la création du statut d'infirmier en pratiques avancées

La profession d'infirmière est la seule profession de santé généraliste. Quels que soient le lieu d'exercice, la nature des activités, l'infirmière est amenée à collaborer étroitement avec les autres intervenants du champ de la santé.

Ainsi, la création de l'IPA est une réponse aux besoins de santé de la population (section 1) tout en modifiant profondément la relation historique de soins entre le médecin et l'infirmière (section 2).

¹⁰⁵ Pr Jean-François MATTEI, Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées dans le gouvernement dirigé par Jean-Pierre RAFFARIN du 7 mai 2002 au 31 mars 2004.

¹⁰⁶ Rapport d'étape Yvon BERLAND octobre 2003 « *Coopération des professions de santé : transfert de tâches et de compétences* » La documentation française P46

¹⁰⁷ Arrêté du 18 juillet 2018 et publié au JORF n°0164 du 19 juillet 2018

Section 1. L'IPA, une réponse aux besoins de santé de la population

L'évolution des besoins en santé et la spécialisation des activités ont modifié profondément les exigences en compétences des infirmières. Devant les nouveaux besoins, des profils distincts d'infirmières sont apparus sans que celles-ci bénéficient pour autant d'une reconnaissance spécifique (&1). C'est autant de fragilité pour la profession qui perd bien souvent ces savoirs quand l'activité s'arrête faute d'une structuration de celle-ci et de travaux de recherche. La création du statut d'IPA est une reconnaissance des nouvelles compétences infirmières. Son exercice reste cependant très encadré par le médecin (&2).

& 1. De nouveaux profils d'infirmières

Ces dernières années ont vu la multiplication de nouveaux profils infirmiers dont les quatre plus grandes tendances sont : les infirmières expertes, souvent titulaires² d'un diplôme universitaire, les infirmières de recherche clinique, les infirmières coordinatrices et les infirmières expérimentant les pratiques avancées. Il s'agit aussi de nouvelles modalités d'exercice : consultations, recherche clinique, coopérations entre professionnels, éducation thérapeutique.

La création du statut d'Infirmier en Pratiques Avancées le 26 janvier 2016 est une innovation majeure pour notre système de santé et vient clarifier et sécuriser en partie l'exercice des infirmières. Les IPA dispose de compétences élargies, à l'interface de l'exercice infirmier et de l'exercice médical. On parle d'un nouveau métier intermédiaire. Cependant, même s'il s'agit d'une grande avancée pour notre système de santé, cela génère dans le même temps de nombreuses interrogations et inquiétudes de la part des professionnels de santé (A) face à un dispositif qui reste à préfigurer pour le médecin et l'infirmière, mais également au regard des autres professionnels de santé (B).

A. Une inquiétude des professions

La pratique avancée, qui concerne aujourd'hui les infirmières mais qui aura vocation à être étendue aux autres professions de santé, permet en partie de répondre au vieillissement de la population et à la croissance des maladies chroniques. Les infirmières en pratiques avancées peuvent assurer le suivi de patients atteints de maladies chroniques et peuvent prescrire des examens complémentaires, demander des actes de suivi et de prévention ou encore renouveler ou adapter, si nécessaire,

certaines prescriptions médicales. Ces changements ne sont pas sans générer des réactions humaines induites non négligeables de la part des professionnels.

1. Du corps infirmier

Des pays avaient déjà pris des dispositions pour légitimer ce nouveau mode d'exercice et la France fait figure de retardataire. Le Royaume-Unis et le Canada¹⁰⁸ ont ainsi créé la catégorie des « infirmières praticiennes » entre 1960 et 1970. Depuis, c'est plus de 60 pays dans le monde qui ont implanté des rôles de pratiques avancées infirmières.

C'était donc une attente forte de la profession mais, comme tout changement, elle s'accompagne d'inquiétudes et de résistances, même de la part du corps infirmier. Il ne s'agit pas pour les infirmières de devenir des « super infirmières » ou des « petits docteurs ». C'est bien un élargissement du champ de compétences et une plus grande autonomie qui sont souhaités sans que soit pour autant abandonnée toute la spécificité de l'exercice infirmier qui repose sur la prise en soin holistique des patients.

C'est aussi redéfinir les contours et les articulations avec l'ensemble des autres professions mais également avec les infirmiers de soins généraux, experts, de coordination, de spécialités,... La rédaction d'un protocole d'organisation précis entre le médecin et l'IPA soulève des interrogations et des inquiétudes sur l'autonomie et les responsabilités des professionnels, et risque d'entraîner des confusions entre pratiques avancées et coopérations entre professionnels de santé. Nous reviendrons ultérieurement sur ce point.

La question de la rémunération est posée et à ce jour, toujours en discussion auprès de l'ensemble des fédérations hospitalières et auprès de la CNAM. Agnès BUZIN¹⁰⁹ a affirmé lors de la journée sur l'implantation de l'IPA en France le 1er décembre 2018 à Paris : « (...) *La reconnaissance et la mise en place du diplôme d'IPA sont des progrès majeurs au service de la revalorisation des professions paramédicales, de l'amélioration de l'offre de soins. Ce rôle clé des infirmières et infirmiers, j'ai souhaité le réaffirmer dans le projet « Ma Santé 2022 », qui fait de votre profession un pilier essentiel sur lequel repose notre système de santé. Je le rappelle : vous êtes les forces vives de ce système.* »

Les infirmières se sont massivement inscrites dans les 11 premières universités (8

¹⁰⁸ ICS, Infirmière Clinicienne Spécialisée et IPS, Infirmière Praticienne Spécialisée

¹⁰⁹ Ministre des solidarités et de la santé

régions) proposant la formation d'IPA. En 2 mois, ce sont plus de 440¹¹⁰ inscriptions qui ont été enregistrées, dont 80% venues du secteur libéral et 20% de l'hospitalier. C'est un signe d'autant plus fort de l'engouement suscité par ce nouveau statut que les conditions de prise en charge financière de la formation et de la rémunération ne sont pas encore arrêtées¹¹¹. Dans la fonction publique hospitalière, il s'agira d'une nouvelle grille indiciaire¹¹², au même titre par exemple que les infirmières anesthésistes. Pour l'exercice libéral, les discussions sont toujours en cours de négociation entre les infirmières (syndicats représentatifs des infirmiers, Ordre infirmier) et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM). Il s'agira probablement d'un forfait. Les infirmières auront probablement une activité mixte (IDE soins généraux et PA). Les infirmières libérales auront un intérêt certain à se regrouper avec des équipes de soins pour augmenter le potentiel d'activités.

2. Du corps médical

La création de ce corps intermédiaire de professionnels de santé inquiète la profession médicale car cela doit amener à clarifier le rôle du médecin auprès du patient. Même si cette décision s'inscrit dans la continuité des réflexions sur la coopération entre professionnels de santé datant des années 1980¹¹³ en France, approfondies ensuite par les rapports Berland, elle suscite des réactions et inquiétudes, en particulier sur deux points. Tout d'abord, c'est la nature des missions confiées à l'infirmière qui est interrogée. Au-delà du discours sur l'amélioration de l'offre de soins, ce sont la perte d'activité et le sens qui est donné à l'activité médicale dans ce nouveau paysage de la santé qui questionnent.

En effet, comment imaginer confier des actes de prescription qui relevaient jusqu'à présent du domaine médical exclusif aux infirmières ? Ces transferts d'actes professionnels sont perçus comme pouvant dénaturer les études médicales. Il est interpellant pour certains médecins d'imaginer qu'une infirmière pourra, dès septembre 2019, réaliser seule des consultations, des examens cliniques, des prescriptions.

¹¹⁰ 2^{ème} journée nationale de l'infirmière de pratique avancée – 1 décembre 2018 – discours d'ouverture, LECOINTRE B., Présidente de l'Association Nationale Française des infirmières, Infirmiers et Etudiants (ANFIIDE)

¹¹¹ Dr Michel VARROUD-VIAL, conseiller médical soins primaires et professions libérales, direction générale de l'offre de soins : journée implantation de l'IPA 1 décembre 2018

¹¹² Agnès BUZIN : réponse du 2 avril 2019 à la question écrite du député Jean-Michel JACQUES sur la question de la rémunération des IPA

¹¹³ Site de l'Ordre des médecins : article publié le mardi 12 juin 2018 « Réflexion autour d'une formation spéciale pour la pratique avancée » Dr Patrick BOUET, Président de l'Ordre National des Médecins

Après la promulgation de la loi du 26 janvier 2016 créant le statut d'IPA, il aura fallu 18 mois de travaux entre les différents corps professionnels (médecins, infirmières) puis avec les fédérations hospitalières et les organisations professionnelles pour définir les contours de ce nouvel exercice ainsi que le cadre réglementaire avec les autres professionnels de santé.

Aujourd'hui, les activités que pourra réaliser l'infirmière en pratique avancée sont définies par arrêté¹¹⁴, mais celles-ci devront se faire dans un cadre réglementaire très précis : le protocole d'organisation. C'est la deuxième source d'interrogation pour la profession. La population des patients concernés est parfaitement décrite dans un arrêté¹¹⁵, et la source d'inquiétude porte plutôt sur les actes confiés à l'infirmière et le niveau d'autonomie qui lui sera donné. En effet, le protocole d'organisation doit être rédigé *a minima* par le médecin et l'infirmière, et pourra être différent pour une même pathologie et pour d'autres professionnels de santé. Selon certains médecins, le terme de « coordination » de parcours ne doit pas entraîner une confusion sur les notions de diagnostic médical et de diagnostic collégial ou d'équipe¹¹⁶.

Même si les textes législatifs ont réaffirmé la place du médecin dans le dispositif, des zones d'ombre subsistent, en particulier sur les responsabilités en cas de plainte et/ou de demande de réparation d'un préjudice. Il convient de lever les ambiguïtés pour instaurer un climat de confiance entre les médecins et les infirmières en pratiques avancées.

B. Une implantation à préfigurer pour les professions de santé

1. Un nouveau mode d'exercice pour l'infirmière

La plupart des professionnels infirmiers qui ont commencé la formation d'IPA en septembre 2018 en s'inscrivant à l'un des trois domaines proposés (les pathologies chroniques stabilisées, l'oncologie et l'onco-hématologie, la transplantation rénale), ne savent pas encore comment seront implantées leurs nouvelles modalités d'exercice sur le parcours de soins et la place qu'elles occuperont vis-à-vis du médecin.

Bien que la France n'en soit qu'aux prémices d'une implantation officielle des pratiques

¹¹⁴ Arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée. Publié au JORF n°0164 du 19 juillet 2018 texte n°22

¹¹⁵ Arrêté du 18 juillet 2018 fixant la liste des pathologies chroniques stabilisées. Publié au JORF n°0164 du 19 juillet 2018 texte n°21

¹¹⁶ Site de l'Ordre National des Médecins : Pratiques avancées, lentement mais sûrement. Article du 12 juin 2018

avancées, une réflexion de plusieurs années a conduit à sa récente reconnaissance législative. Suite au premier rapport du Pr BERLAND qui avait alerté sur la démographie des professions de santé, un deuxième rapport avait été réalisé afin d'étudier les potentielles coopérations entre les professionnels de santé avec une identification des tâches et des compétences à opérer pour répondre aux besoins de santé de la population française. Des expérimentations ont été autorisées par la loi française depuis 2004 et mises en œuvre jusqu'en 2007.

L'évaluation de ces expérimentations indiquait des résultats plutôt positifs, conduisant d'une part à l'établissement d'une recommandation de pratique clinique sur le transfert de compétences, et d'autre part, l'introduction, dans l'article 51 de la loi Hôpital Patient Santé Territoire de juillet 2009, de la possibilité de coopération entre professionnels de santé, permettant une dérogation d'actes entre les champs de compétences de deux professionnels de santé. Pour les infirmières, c'est une opportunité d'évolution professionnelle et une véritable reconnaissance de leur expertise. Cependant, sans statut et valorisation de leurs nouvelles compétences, les équipes de soins n'ont pas été encouragées à déposer des dossiers et ainsi faire reconnaître le transfert d'acte.

En 2015, le rapport d'évaluation des protocoles de coopération¹¹⁷ mis en œuvre sur le territoire français a mis en avant plusieurs limites à ce dispositif. D'un point de vue administratif, le processus de validation du protocole de coopération est lourd et chronophage pour les équipes souhaitant y recourir. Il n'est pas financé et pose particulièrement des difficultés pour la médecine de ville. La formation des professionnels est un autre point critique car difficilement reproductible et non harmonisée puisque dépendante des équipes. Le bilan évoquait également des « transferts d'actes qui ne leur étaient pas dévolus, de façon informelle, avec l'accord implicite des acteurs impliqués¹¹⁸. »

Le nouveau mode d'exercice de l'infirmière en pratique avancée, contrairement à l'exercice dans le cadre des protocoles de coopérations entre professionnels, reconnaît d'emblée les nouvelles compétences¹¹⁹ qui doivent permettre de légaliser d'anciennes pratiques. Cette reconnaissance par la formation légitime la revalorisation salariale de

¹¹⁷ Site de la HAS, « Les protocoles de coopération art 51 : bilan du dispositif, évaluation 2014 » validés en novembre 2015

¹¹⁸ Site de la HAS, « Les protocoles de coopération art 51 : bilan du dispositif, évaluation 2014 » validés en novembre 2015 » P27

¹¹⁹ Arrêté du 18 juillet relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée. Publié au JORF n°0164 du 19 juillet 2018 texte n°43

l'infirmière et lui confère un statut à part.

2. Une extension de son champ d'exercice

Plutôt que de transférer un acte spécifique entre deux professionnels de santé, une nouvelle réflexion a émergé en 2011¹²⁰ avec la création de professions intermédiaires en santé. Ces métiers se différencieraient des métiers socles par un niveau élevé de compétences, de qualification master, conduisant à une prise de responsabilités identifiées. La création d'une fiche métier n'est pas encore publiée par le Ministère de la Santé mais les fédérations hospitalières, sur la base des décrets de juillet 2018 décrivant le périmètre d'activité et des actes, travaillent chacune pour définir un référentiel de compétences et d'actes et déterminer les conditions futures de rémunération des IPA.

C'est dans ce contexte qu'a émergé l'infirmière en pratique avancée¹²¹. Le décret précise les listes des prescriptions médicales que l'infirmière exerçant en pratique avancée est autorisée à pratiquer, en décrivant les actes concernés et le niveau d'autonomie dans chaque domaine d'activité. L'infirmière pourra dès lors, sous couvert de répondre à des critères précis, « *renouveler ou adapter une prescription médicale, prescrire et interpréter certains examens de biologie médicale, demander des examens (actes de suivi et de prévention), pratiquer des actes sans prescription médicale et en interpréter les résultats et enfin, prescrire des dispositifs médicaux* ».

L'IPA exerçant en pratique avancée dispose de compétences élargies par rapport à celles de l'infirmier diplômé d'Etat, validées par le diplôme d'Etat d'Infirmier en pratique avancée délivré par les universités dans les conditions définies aux articles D. 636-73 à D. 638-81 du code de l'Education.

& 2. IPA, une autonomie très encadrée

Publiés le 19 juillet 2018 au journal officiel, deux décrets et trois arrêtés sont venus préciser le cadre global pour former les infirmières en pratique avancée et définir les

¹²⁰ Site du Ministère des Solidarités – Santé « Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire. Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer », janvier 2011, présenté par Laurent HENART, Yvon BERLAND et Danielle CADET

¹²¹ Décret n°2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice I.P.A. et publié au JORF n°0164 du 19 juillet 2018

conditions d'exercice de ces nouvelles professionnelles¹²². Ainsi, l'IPA exerce au sein d'une l'équipe pluridisciplinaire (A) et le protocole d'organisation définit les modalités de son intervention (B).

A. La place de l'équipe pluridisciplinaire dans l'exercice de l'IPA

L'IPA doit exercer au sein d'une équipe pluridisciplinaire en assurant le suivi des patients qui lui seront confiés par le médecin selon des conditions très précisément décrites dans le décret n°2018-629¹²³.

Le patient dont elle assure le suivi doit lui être confié par le médecin en charge du patient et dans l'un des domaines dont elle aura acquis les compétences lors de sa deuxième année de formation (les pathologies stabilisées et les polyopathologies courantes en soins primaires - l'oncologie et onco-hématologie - la maladie rénale chronique, la dialyse, la transplantation rénale). Elle suivra alors les patients selon les modalités prévues par l'équipe.

Il est nécessaire que l'implantation des IPA corresponde à un besoin de santé, local voire territorial, et à une volonté des acteurs concernés (établissements de santé, médecins de premier recours,...) d'améliorer les soins en rendant plus efficiente l'organisation des professionnels de santé. Le rôle de l'IPA doit être parfaitement intégré dans le parcours de santé du patient, avec cependant une difficulté qui apparaît déjà pour l'exercice libéral. En effet, on peut penser que pour prendre en soins des patients, l'IPA devra être intégrée à des réunions de concertation entre professionnels (RCP). Hormis les regroupements de professionnels libéraux type « maisons de santé » qui ont déjà intégré des RCP pour discuter des dossiers patients, l'exercice isolé en cabinet va rendre difficile pour l'infirmière l'exécution de ce prérequis et, dans tous les cas, nécessitera une organisation différente de son temps de travail. Dans les faits, il sera aisé de justifier l'importance d'intervenir dans un parcours de soins (et c'est toujours le cas), beaucoup moins d'être partie prenante et acteur, et pas seulement dans l'exécution d'un suivi d'un patient selon les termes définis dans le protocole d'organisation. La plus-value de l'intervention de l'IPA est la prise en soins holistique du patient dont il faudra qu'elle évalue les pratiques professionnelles et développe des

¹²² Décret n°2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice I.P.A.

Décret n°2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'Etat d'I.P.A

Arrêté 18 juillet fixant la liste des pathologies chroniques stabilisées prévues à l'art.4301-2 du CSP

Arrêté 18 juillet fixant les listes permettant l'exercice IPA en application de l'art.4301-3 du CSP

Arrêté 18 juillet relatif au régime des études en vue du DE d'IPA

¹²³ JORF n°0164 du 19 juillet 2018 texte n°18

projets de recherche en soins¹²⁴ : « *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 formations. Il contribue à la production de connaissances en participant aux travaux de recherche relatifs à l'exercice infirmier.* »

La plupart des professionnels ayant travaillé sur l'implantation de nouvelles pratiques dans les systèmes de santé ont mis en évidence plusieurs facteurs indispensables¹²⁵. Ainsi, l'arrivée d'une IPA dans une équipe pluridisciplinaire nécessite un temps d'acceptation et un degré de confiance. Le soutien de l'ensemble des acteurs de soins est fondamental afin de développer une légitimité et une crédibilité clinique. Les équipes médicales et les managers ont un rôle important, ils permettent cette congruence et apparaissent comme des facilitateurs à l'implantation¹²⁶.

Il est incontournable que le champ de compétences de l'IPA soit respecté et que l'équipe exerce de façon sereine, dans le respect du protocole d'organisation défini, afin d'éviter toute confusion et glissement de tâches¹²⁷.

La fonction de pratique avancée doit être synonyme de complémentarité sur le parcours de soins au sein d'une équipe pluridisciplinaire, dans un système organisé et parfaitement structuré.

B. Le protocole d'organisation, un prérequis

Il s'agit d'un nouveau cadre légal qui lie les infirmières aux médecins dans leur pratique professionnelle : « *Dans le cadre du travail en équipe entre le ou les médecins, le ou les infirmiers exerçant en pratique avancée conformément à l'article R. 4301-1, un protocole d'organisation est établi* ». Nous verrons, d'une part, en quoi consiste la rédaction du protocole (1) et, d'autre part, nous nous interrogerons sur les nouvelles responsabilités qui vont incomber aux acteurs concernés (2).

¹²⁴ Décret n°2019-629 du 18 juillet 2018, JORF n°0164 du 19 juillet 2019

¹²⁵ DICENSO A., BRYANT-LUKOSIUS D., MARTIN-MISENER R., DONALD F., ABELSON J., BOURGEAULT I., et al., « Factors enabling advanced practice nursing role integration in Canada », *Nursing leadership*, 2010 ; 23 Spec n°2010 : 2011-38.

¹²⁶ CONTANDRIOPOULOS D., BROUSSELLE A., DUBOIS C.A., PERROUX M., BEAULIEU M.D., BRAULT I., et al., "A process-based framework to guide nurse practitioners integration into primary healthcare teams: results from a logic analysis", *BMC health services research*, 2015; 15(1): 1-11.

¹²⁷ Arrêté 18 juillet relatif au régime des études en vue du DE d'IPA

1. La rédaction du protocole

Le protocole doit préciser le ou les domaines d'intervention, les modalités et la régularité de prise en soins, les modalités et la régularité des échanges d'information entre le médecin et l'IPA, les modalités et la régularité des réunions de concertation pluridisciplinaire, les conditions de retour du patient vers le médecin. Le protocole doit être signé par le ou les médecins et par le ou les IPA, porté, le cas échéant, à la connaissance de l'équipe de soins et figurer dans le dossier du patient. Le protocole d'organisation est un élément essentiel à l'activité de l'IPA puisque c'est lui qui précisera par écrit le cadre légal de son exercice et de son intervention auprès du patient et de l'équipe de soins.

En effet, même si le domaine d'intervention de l'IPA est parfaitement décrit, c'est bien le protocole d'organisation qui délimite son exercice. Autrement dit, l'IPA a acquis des compétences dans un ou des domaines pendant son parcours de formation qu'elle sera plus ou moins autorisée à exercer en fonction des limites que posera le médecin qui lui confiera le patient. Pour chaque activité, orientation, évaluation clinique, ajustement de traitement et prescription, le protocole d'organisation doit comprendre tous les actes autorisés, l'autonomie accordée à l'infirmière et les modalités de retour vers le médecin en cas de difficultés. Le protocole d'organisation est contraignant pour l'IPA et il est impératif qu'elle respecte les conditions qui auront été écrites et signées par elle et le médecin.

Pour l'exercice en établissements de santé, on peut espérer qu'il n'existera pas autant de protocoles d'organisation que de praticiens et bientôt d'IPA, et que les pratiques avancées seront harmonisées. A l'heure de la rédaction des protocoles d'organisation dans les établissements de santé pour les premières IPA diplômées, il s'agit d'une préoccupation importante pour les directions d'établissement de santé. Pour l'exercice libéral, c'est une difficulté majeure car l'IPA sera implantée sur un territoire donné avec plusieurs médecins qui pourront potentiellement lui confier des patients. Il faudrait imaginer une harmonisation des protocoles d'organisation en libéral sur un territoire de santé, sans pour autant oublier que l'exercice de la médecine reste personnel. Le médecin est en droit de confier ou non son patient à une IPA : *« L'exercice de la médecine est personnel ; chaque médecin est responsable de ses décisions et de ses*

actes¹²⁸ ».

Contrairement aux protocoles de coopération entre professionnels¹²⁹, le protocole ne sera pas soumis à une instance de validation, y compris dans un établissement de santé. Il s'agit d'un protocole décidé et validé entre le médecin et l'IPA au sein d'une équipe. La portée juridique du protocole est presque inter-individus. Cela laisse une grande liberté aux acteurs et, dans le même temps, leur confère une grande responsabilité sur les modalités qui seront décidées.

2. La responsabilité des acteurs

Il s'agit d'une nouvelle forme de lien entre le médecin et l'infirmier au sein d'une équipe de soins (pluri professionnelles et/ou pluridisciplinaires).

Le « protocole d'organisation » est avant tout un transfert du champ de l'activité médicale.

Le médecin transfère en effet un domaine précis de son activité médicale à l'infirmière en pratique avancée. Il fait le choix du patient puis, après information de celui-ci sur les nouvelles modalités de prise en soins par l'IPA, sans refus de sa part, le confie alors à l'IPA.

L'infirmière est alors responsable de ses actes et de ses décisions. Trois articles particuliers du code de déontologie des infirmiers précisent la responsabilité qui incombe à l'infirmière : l'article R. 4312-32 « *l'infirmier est personnellement responsable de ses décisions ainsi que des actes professionnels qu'il est habitué à effectuer* », l'article R. 4312-10 « *L'infirmier agit en toute circonstance dans l'intérêt du patient. Ses soins sont consciencieux, attentifs et fondés sur les données acquises de la science... Il ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience, ses compétences ou les moyens dont il dispose* » et l'article R. 4312-12 « *Dès lors qu'il a accepté d'effectuer des soins, l'infirmier est tenu d'en assurer la continuité...* ».

Le protocole d'organisation doit être rédigé par le médecin et l'IPA, chaque item devant faire l'objet d'une concertation afin de définir les activités transférées et les modalités de réalisation. Il y aura certainement plusieurs étapes dans son élaboration,

¹²⁸ CSP Article R4127-69

¹²⁹ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, Article 51

notamment l'étape préalable de la réflexion et de la rédaction. Dès accord entre le médecin et l'IPA sur les grands principes du protocole d'organisation, le médecin fait le choix, parmi sa patientèle, du ou des patient(s) qui pourraient être confiés à l'IPA. Il doit informer le patient et, sans refus de sa part, l'adresser à l'IPA après signature nominative dudit protocole, ajusté en fonction des spécificités du patient. On peut également imaginer des protocoles d'organisation plus généraux, communs à plusieurs médecins et IPA, qui seront inscrits dans les parcours de soins des patients et s'imposeront comme nécessaires à la qualité du suivi des patients. Le protocole devra néanmoins être signé par un médecin référent et/ou traitant et l'IPA, et consigné dans le dossier du patient.

En l'absence de recul sur l'exercice de l'IPA, on ne peut qu'évoquer les risques dans le champ des responsabilités qui pourraient incomber au médecin qui confie (le patient correspond-il aux critères du décret ?), à l'IPA qui accepte (IPA a-t-elle les bonnes compétences ?), à l'IPA qui suit le patient selon les modalités prédéfinies (les modalités sont-elles suffisamment précises ?) et assure une information qualitative et quantitative en fonction du protocole d'organisation au médecin (la saisine du médecin en cas d'écart avec le suivi est-elle effective ?).

Pour les professionnels de santé, la responsabilité qui leur incombe signifie *« l'obligation de répondre d'un dommage devant la justice et d'en assurer les conséquences civiles, pénales, disciplinaires, soit envers les victimes, soit envers la société¹³⁰ »*. Le médecin, comme les autres professionnels de santé, ne répond que de sa faute personnelle. Selon les nouvelles dispositions liant le médecin et l'IPA dans leur exercice de l'activité médicale, en particulier sur le suivi des patients, on peut imaginer qu'il sera difficile de dénouer qui du médecin ou de l'IPA sera responsable en cas de préjudice et de demande de réparation. Un arrêt récent de la cour de cassation (1^{ère} Civ, 3 nov. 2016) sur « l'oubli d'une compresse » pose la question du fondement en droit sur lequel s'appuie la cour de cassation pour rejeter son pourvoi au motif que la responsabilité personnelle implique que soient identifiés le professionnel ou l'établissement de santé auxquels la faute est imputable ou qui répondent des conséquences.

Afin de pouvoir néanmoins indemniser les victimes d'accidents médicaux lorsqu'un dommage corporel est causé par un membre indéterminé d'un groupe de personnes

¹³⁰ Marie-Laure MOQUET-ANGER, Droit Hospitalier, LGPD, 4^{ème} édition, P. 437

identifiées et agissant de concert pour des motifs similaires¹³¹, les professionnels sont condamnés solidairement sauf s'ils apportent la preuve de l'absence de faute ou d'une cause étrangère.

Comme nous venons de le voir, le protocole d'organisation introduit un nouveau lien professionnel entre médecin et infirmière. Les nouvelles modalités d'exercice entre le médecin et l'IPA entraînent des changements dans la relation de soins historique (section 2) en la rendant plus symétrique et confraternelle.

Section 2. Un changement historique dans la relation de soins avec le médecin

Il ne s'agit plus pour l'infirmière en pratique avancée d'exécuter une prescription médicale prescrite par le médecin mais bien d'apporter sa contribution et son expertise au bénéfice du patient.

Ainsi, la relation se modifie et devient plus symétrique (&1) en instaurant de nouveaux devoirs pour le médecin et l'IPA et des droits pour le patient (&2).

& 1. Vers une relation plus symétrique

A. La relation de confiance

Tout ne peut être rédigé dans un protocole en médecine, tant cette discipline est soumise au principe d'incertitude et aux facteurs humains. Au-delà d'un protocole d'organisation qui serait parfaitement rédigé et clair, c'est bien une relation de confiance qui doit s'instaurer entre le médecin et l'infirmière en pratiques avancées et qui conditionnera la réussite de ce transfert d'activité.

L'article R. 4301-5 souligne « *Le médecin, après concertation avec le ou les infirmiers...* », Puis l'article R. 4301-4 précise « *...de patients qui lui sont confiés* ». Deux notions ressortent fortement et sont un véritable changement dans la relation de soin entre le médecin et l'infirmière. Celle de « concertation » où l'on perçoit tout de suite le partage d'informations entre personnes compétentes pour échanger et prendre des décisions concernant une situation. Et l'autre est celle du patient « *confié* » par le médecin à l'infirmière.

¹³¹ CC Article 1240, « Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer », Article 1241, « Chacun est responsable du dommage qu'il a causé non seulement par son fait, mais encore par sa négligence ou par son imprudence ».

Le médecin va confier le suivi de son patient à l'IPA. Il existe des similitudes dans le fait pour un médecin de confier son patient à un autre médecin et/ou un spécialiste. Le code de déontologie médicale, comme nous l'avons vu précédemment, détaille peu les modalités de la relation que le médecin doit avoir avec les autres professionnels de santé, hormis que celle-ci doit être bonne.

On peut naturellement supposer qu'une bonne collaboration entre les médecins et les IPA sera un déterminant important de la qualité des soins prodigués au patient. Il existe malheureusement très peu de données issues de la littérature pour étayer ce point et déterminer les leviers et les stratégies qui sont à mettre en œuvre.

Ce qui est sûr, c'est qu'il faudra accompagner la mise en place de l'IPA afin que chacun puisse trouver sa place dans un climat de bonne entente confraternelle et de confiance.

B. Les échanges professionnels

Le protocole d'organisation doit préciser « *les modalités et la régularité des échanges d'information entre le médecin et l'IPA*¹³² » (1) ainsi que les modalités de ré-adressage du patient au médecin en cas de difficulté (2).

1. La transmission des informations

La transmission des informations doit être convenue au moment de la concertation autour du dossier du patient. Celles-ci doivent être fréquentes, qualitatives et répondre au besoin du médecin et de l'équipe de soins au sens large. Elle doit être tracée dans le dossier patient et accessible aux autres professionnels intervenant dans l'équipe de soins¹³³.

Le partage d'informations avec le médecin et l'équipe de soins est un incontournable. Celui-ci doit être sécurisé et conforme au règlement européen sur la protection des données personnelles (RGPD). L'outil qui doit servir de support à l'information est le Dossier Médical Partagé (DMP). Selon les données issues de l'Assurance Maladie, le 16 avril 2019, c'est plus de 5 millions de dossiers qui ont été créés en France depuis 2004. Il reste que ce chiffre, certes en forte croissance ces derniers mois, est largement insuffisant au regard du besoin de transmission d'informations entre professionnels et des parcours de soins.

¹³² Art. R. 4301-4 alinéa 3

¹³³ Art L. 1110-12 du CSP portant sur le partage d'information en équipe de soins

Le partage d'informations, entre une même équipe de soins comme dans un établissement de soins, s'est vu nettement amélioré avec l'avènement du numérique et du dossier patient au début des années 2010. L'enjeu en termes de confidentialité se porte plus sur la délimitation de l'équipe de soins et du type d'information que chaque professionnel doit avoir en fonction de sa place et de ses compétences dans l'équipe de soins.

En revanche, concernant le partage d'informations entre les différentes équipes de soins intervenant dans le parcours du patient, des efforts devront être faits pour inciter la population française à créer son Dossier Médical Partagé afin de sécuriser et de faciliter le partage d'informations et ne pas mettre en défaut les professionnels¹³⁴. Aujourd'hui, le téléphone, le mail, le courrier donné au patient, le fax ou la messagerie sécurisée type Apycript sont largement utilisés par les professionnels afin de répondre à leur obligation de continuité des soins selon les articles R. 4127-32¹³⁵ et R. 4127-45¹³⁶ du code de déontologie médicale consacrés aux devoirs envers les patients.

2. Le ré-adressage du patient au médecin

Indépendamment des situations prévues dans le protocole d'organisation, l'IPA a l'obligation de ré-adresser le patient au médecin¹³⁷. De plus, le protocole d'organisation, rédigé en concertation entre le médecin et l'IPA et porté à la connaissance de l'équipe de soins, doit prévoir les conditions de retour les plus plausibles en fonction de l'état du patient : article 4301-6 « *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* ».

Cette appréciation de l'état clinique du patient et de son évolution clinique, même si elle peut comporter des éléments objectifs de surveillance tels des résultats d'examen clinique, comprend aussi une part d'incertitude et de choix qui s'offrent pour le professionnel dans son colloque singulier avec le patient. Les médecins et les infirmières sont soumis, par leurs codes de déontologie respectifs, à la liberté de

¹³⁴ CSP : Art. R. 4301-5 : « La transmission de ces informations se fait par des moyens de communication sécurisés »

¹³⁵ « Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à... »

¹³⁶ « Indépendamment du dossier médical prévu par la loi, le médecin tient pour chaque patient une fiche d'observation qui lui est personnelle... »

¹³⁷ CSP : Art. R. 4301-5: « 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... »

prescription qui sera celle qu'ils estiment la plus appropriée en la circonstance : pour les médecins, « *Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles*¹³⁸ ». Pour les infirmières, « *L'infirmière est personnellement responsable de ses décisions ainsi que des actes professionnels qu'elle est habilitée à effectuer. Elle ne doit pas exercer sa profession dans des conditions qui puissent compromettre son indépendance, la qualité des soins ou la sécurité des personnes prises en charge*¹³⁹ ».

Des différences d'appréciation et de conduite à tenir à l'occasion du suivi d'un patient interviendront inévitablement, mais il est à espérer que le lien de confiance entre les deux professionnels permettra la liberté des échanges et les réajustements, sans altérer la qualité des prises en soins et sans compromettre l'intérêt du patient. Le protocole d'organisation est le support du cadre d'exercice de l'infirmière auprès du patient, mais il ne doit surtout pas être restrictif sur la capacité de l'infirmière à prendre des initiatives qui lui semblent les plus appropriées en la circonstance. En cas d'absence du médecin signataire du protocole, il faudra prévoir un deuxième médecin pouvant être la personne ressource de l'IPA en cas de difficulté. Ce sont autant de situations qui devront être précisées à l'usage.

& 2. Le respect des droits du patient

L'application du protocole d'organisation introduit de nouvelles obligations pour les médecins envers les patients : information sur les nouvelles possibilités de son suivi par une IPA et prise en compte de son droit à refuser (A). Nous verrons dans quelles mesures le patient est libre de choisir son praticien alors que c'est le médecin qui confie son patient à l'IPA (B).

A. Information et droit de refus

Le médecin doit informer oralement le patient des modalités prévues de prise en charge par l'infirmière en pratiques avancées. Pour compléter cette information, il doit lui remettre un document écrit précisant ces dispositions, daté et signé par lui et qui figurera en annexe du protocole d'organisation qui, lui-même, doit être daté et signé par le médecin et l'infirmière en pratique avancée. Il doit être précisé dans le document la composition de l'équipe, la fréquence à laquelle le médecin souhaite revoir le patient en consultation, le droit de refus du patient d'être suivi par une IPA sans conséquences

¹³⁸ CSP : Art. 4127-8

¹³⁹ CSP : Art. 4312-32

sur sa prise en charge, les conditions de retour vers le médecin et les modalités garantissant la confidentialité des données personnelles dans la transmission des informations entre le médecin et l'infirmière.

L'information est le préalable nécessaire au recueil du consentement. Pour qu'il y ait consentement libre et éclairé, il faut que le malade ait reçu une information claire, loyale et appropriée. L'article L. 1111-2 du CSP organise désormais ce droit à l'information dont la méconnaissance peut engager la responsabilité du praticien ou de l'établissement de santé¹⁴⁰.

Alors que l'information à transmettre au patient est précise (orale/écrite), on peut s'étonner qu'il n'y ait pas de recueil du consentement aux soins du patient prévu dans les dispositions du décret 2018-629 du 18 juillet 2018. A l'heure où sont réaffirmés dans notre système juridique les droits de la personne humaine et l'autonomie de sa volonté à consentir aux soins, eu égard à la qualité et la quantité de l'information que le médecin doit donner, il aurait pu être envisagé d'aller au bout du raisonnement et de recueillir son accord signé plutôt que de supposer qu'il est d'accord à défaut d'avoir exprimé son refus ce qui, en droit, peut-être questionné.

Dans le décret sur les IPA, l'article R. 4301-6 al 3 précise les éléments d'information qui doivent être donnés aux patients : « *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. 1110-8¹⁴¹* ». Le patient peut refuser la proposition après avoir reçu l'information par le médecin et celle-ci pourra être consignée à défaut d'être exigée.

On peut évoquer plusieurs hypothèses à l'absence de consentement écrit et tracé dans le dossier du patient qui seraient plus politiques et pratiques que juridiques. En effet, l'absence de recueil écrit d'un consentement peut être une forme d'incitation à la mise en place de l'IPA en la facilitant tout en orientant et/ou en limitant le patient dans son choix. Par ailleurs, il est plus facile de faire une information générale (orale, écrite) et de considérer que sans retour de la part du patient, celui-ci accepte, que de devoir recueillir sa signature, de prévoir éventuellement un deuxième temps de rencontre avec le médecin pour laisser le temps de la réflexion, puis de devoir conserver une trace du consentement (signature) dans le dossier patient.

¹⁴⁰ MOQUET-ANGER ML., Droit hospitalier, 4^{ème} édition, LGDJ, P344

¹⁴¹ « *Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé...* »

Cette disposition questionne le respect du choix du patient, sa liberté de choisir son professionnel de santé et l'impartialité du médecin à orienter vers une IPA les patients.

B. Le droit du malade au libre choix de son praticien

Le principe du libre choix est un principe fondamental, rappelé par la loi du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé et codifié à l'article L. 1110-8 du code de la santé publique¹⁴². De plus, l'article 6 du code de déontologie médicale précise que « *Le médecin doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son médecin* ».

Les modalités d'intervention de l'IPA auprès du patient sont claires : le médecin doit identifier le patient, l'informer et s'assurer que celui-ci ne s'oppose pas à se faire suivre par une IPA.

On peut se demander si le patient a réellement le choix de son praticien pour son suivi (médecin ou IPA à condition d'être éligible). Comme nous l'avons vu précédemment, le médecin est libre de ses prescriptions et de ses choix et rien ne le contraint à confier ses patients. Le suivi par l'IPA peut être proposé ou non par le médecin. En effet, en amont de la proposition au patient, d'autres arbitrages sont à réaliser : le choix du médecin de confier son patient à une IPA, le choix de l'IPA par le médecin et le choix du médecin et de l'IPA d'accepter ensemble les modalités du protocole d'organisation.

Pour le patient, le choix devient restreint et pourra être sensiblement différent en fonction de l'offre existante sur son territoire et de la volonté des médecins d'avoir recours ou non à ce dispositif pour leurs patients. Qu'en sera-t-il du patient qui souhaitera être suivi par une IPA alors que le médecin n'y est pas favorable pour des raisons non liées à son état de santé ? De la même façon, si le choix du médecin se porte sur une IPA et que le patient en souhaite une autre ? Nous pouvons citer l'exemple d'un patient qui aurait déjà une IDE libérale diplômée en pratiques avancées, mais à laquelle le médecin traitant ne souhaiterait pas avoir recours, préférant en choisir une autre.

Le choix de l'IPA ne revient pas au patient mais au médecin qui aura préalablement convenu et rédigé un protocole d'organisation avec elle. Il ne s'agit pas d'un choix pour le patient portant sur le professionnel qui assurera le suivi, mais des modalités du suivi

¹⁴² L'article L. 1110-8 du CSP précise que « *Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé...est un principe fondamental de la législation sanitaire* ».

entre un médecin et une IPA. D'ailleurs, en régime hospitalier, des réflexions sont en cours pour intégrer l'IPA sur le parcours de soins du patient et pour proposer l'ensemble du processus de prise en soins au patient, rédigé dans un plan personnalisé de soins. Le choix pour le patient pourrait être général et porter sur l'offre proposée par l'établissement de santé et non sur le professionnel en tant que tel.

Il n'est pas prévu dans les textes que le patient puisse demander à être suivi par une IPA si celles-ci est éligible. Il ne s'agit pas d'un droit à se faire suivre par une IPA. Nous pouvons cependant avancer, par analogie avec le point précédent, que le patient, dans tous les cas, ne pourrait exiger d'être suivi par une IPA pour deux raisons : si l'offre n'existe pas ou s'il n'est pas convenu de protocole d'organisation entre le médecin et l'IPA. C'est donc bien d'une discussion qui doit avoir lieu à l'occasion d'une consultation médicale afin de convenir de la meilleure stratégie thérapeutique et des modalités pour y parvenir en incluant le patient dans la décision.

C'est pourquoi, il pourrait être imaginé, dans un second temps du déploiement de l'IPA, le recueil du consentement du patient sur le protocole d'organisation afin de mieux l'associer aux décisions le concernant. De plus, afin d'en faciliter la rédaction aux professionnels dans un cadre parfaitement sécurisé, il faudra imaginer un recueil des différents protocoles afin d'en faire une synthèse au niveau national qui permettra l'harmonisation de ceux-ci, et proposer des recommandations de bonnes pratiques.

Chapitre 2. La sécurisation de l'exercice infirmier

L'exercice infirmier n'est pas sécurisé. La création de l'IPA et la mise en place des parcours de soins sont autant d'opportunités que doit saisir la profession pour améliorer et clarifier son intervention avec l'ensemble des acteurs en santé.

Ainsi, l'Ordre Infirmier, qui représente l'ensemble de la profession, doit être mieux reconnu, entendu et consulté (section 1) afin de pouvoir faire évoluer et sécuriser le métier de l'infirmière (section 2).

Section 1. Le rôle de l'Ordre infirmier

L'Ordre infirmier ne peut être abordé sans évoquer l'Ordre des médecins. La société, en se «médicalisant», a conféré aux médecins un statut particulier dans le paysage français et un pouvoir très influent auprès de l'Etat sur tous les sujets relatifs à l'activité médicale.

Il ne s'agit pas de considérer la création de l'Ordre infirmier uniquement comme un effet miroir de celui des médecins. Face aux évolutions de l'exercice¹⁴³, il était impératif que soit créée une entité suffisamment forte et légitime, rassemblant l'ensemble de la profession, afin qu'elle devienne un acteur incontournable et participe à la transformation du système de santé.

Nous verrons que la création de l'Ordre a renforcé la place des infirmières dans le paysage sanitaire en leur conférant de nouveaux droits mais aussi des obligations (&1) permettant une régulation par la profession elle-même, avec la création d'une juridiction ordinale (& 2).

& 1. De nouveaux droits et obligations pour les infirmiers

L'Ordre infirmier veille au maintien de l'éthique et de la déontologie de la profession. Ainsi, l'ensemble de la profession est soumis à un nouveau cadre juridique (A). Nous verrons comment la création du code de déontologie infirmier le 27 novembre 2016¹⁴⁴, se substituant aux règles professionnelles en vigueur depuis 1993¹⁴⁵, va intégrer le nouvel exercice de l'IPA (B).

A. Un cadre juridique, des règles éthiques

La création de l'Ordre infirmier est une avancée majeure pour la profession et un virage historique dans sa reconnaissance vis-à-vis des autres professionnels de santé. Cependant, beaucoup d'infirmières ne mesurent pas l'intérêt de cette nouvelle structuration de la profession et continuent, 13 ans après sa création, à en contester la légitimité.

L'objet n'est pas de détailler l'organisation et les missions de l'Ordre infirmier mais d'identifier les difficultés qui se sont posées à la création de l'Ordre, notamment dans

¹⁴³ Création de l'IPA, extension du champ d'exercice des IBODE, des IDE de soins généraux

¹⁴⁴ Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers, publié au JORF n°0276 du 27 novembre 2016 texte n°44

¹⁴⁵ Décret n°93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmières, publié au JORF n°41 du 18 février 1993

l'élaboration d'un code de déontologie (1), puis de comprendre le refus de beaucoup d'infirmières de s'inscrire aux tableaux de l'Ordre et de se maintenir dans un exercice illégal (2).

1. La difficile création de l'Ordre infirmier

Alors que les expérimentations de 2004 à 2007 sur la coopération entre professionnels de santé faisait l'objet d'un bilan positif¹⁴⁶ et inaugurerait la création de l'IPA dans les années à venir et celle de métiers intermédiaires, des organisations infirmières s'étaient regroupées dès 2005 en un collectif destiné à faire aboutir un projet de création d'un Ordre professionnel. Le contexte était propice aux réformes pour la profession et encourageait à mieux se structurer et se rendre visible pour être un interlocuteur incontournable des réformes du système de santé à venir. La profession voulait prendre les décisions les concernant et ne plus être soumise aux décisions prises par d'autres professionnels, en particulier les médecins.

Le 13 juin 2006, fut déposée la proposition de loi des députés UMP Maryvonne BRIOT et Richard MALLIE créant un Ordre national des infirmiers, proposition qui sera adoptée par l'Assemblée Nationale en deuxième et dernière lecture le 14 décembre 2006 (J.O. no 299 du 27 décembre 2006 page 19689).

Alors que la création de l'Ordre était souhaitée par une partie de la profession, dans le même temps, de nombreuses contestations se sont élevées, jugeant en particulier le montant de la cotisation obligatoire annuelle¹⁴⁷ trop élevé. Seuls 50 000 infirmiers étaient inscrits au tableau de l'Ordre au 23 mars 2010, soit près de 4 ans après le premier appel à cotisation¹⁴⁸.

Sous la pression, le Conseil National de l'Ordre infirmier décide, le 29 mars 2011, contre l'avis de sa Présidente, de baisser le montant de la cotisation ordinale des salariés à 30 euros. Cette décision n'empêche pas qu'un plan de restructuration soit

¹⁴⁶ Site HAS « Coopération entre professionnels de santé : conditions de succès et retour sur les expérimentations de 2004 à 2007

¹⁴⁷ Le premier appel à cotisation a eu lieu en septembre 2009. Plusieurs syndicats (CGT-CFDT-FO-CFTC-UNSA-SUD santé) appellent les professionnels au boycott du paiement de cette cotisation.

¹⁴⁸ Discours à l'assemblée nationale : COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES Mardi 23 mars 2010, Présidence de M. Pierre MEHAIGNERIE, Président de la commission

adopté le 31 mai 2011 par le Conseil National afin de réduire considérablement les charges. Mais ces mesures s'avèrent trop tardives et le partenaire financier de l'Ordre national des infirmiers¹⁴⁹ décide d'abaisser la ligne de crédits consentie à l'Ordre, plaçant celui-ci en situation d'impossibilité de faire face à ces charges. Acculée, Dominique LE BOEUF démissionne de la présidence le 8 juillet. Le 29 juillet 2011, l'Ordre National des infirmiers envisage de se déclarer en cessation de paiement auprès du Tribunal de grande instance de Paris, ce qui entraînerait de facto sa disparition. Le Ministre de la Santé, Xavier BERTRAND, consent à apporter son soutien au projet de restructuration établi par l'Ordre.

Contre toute attente, dans la nuit du jeudi 9 au vendredi 10 avril 2015¹⁵⁰, contre les avis du gouvernement et de la commission des affaires sociales, les députés votent un amendement supprimant l'Ordre. Cette décision fait l'objet d'un vent de contestation de la part de nombreuses organisations infirmières. Au terme d'un débat au cours duquel la commission des affaires sociales et le Gouvernement apportent leur soutien à l'Ordre, l'amendement n'est pas adopté.

Ces nombreux rebondissements et leur médiatisation ont largement entamé la confiance des infirmières et rendu opaque le fonctionnement de l'Ordre. Ces difficultés n'ont pas facilité les débats avec l'Etat autour de l'émergence de l'IPA car les discours n'étaient pas concertés entre les différentes associations professionnelles infirmières et les organisations syndicales, ne permettant pas l'émergence d'un discours fort, cohérent et clair.

Ainsi, l'Ordre est ressorti fragilisé de ces premières années et celui-ci peine encore aujourd'hui à trouver sa place dans le paysage sanitaire français et face à des syndicats et associations professionnels qui en contestent la légitimité auprès des professionnels. Les polémiques et la suspicion d'une mauvaise gestion et d'une cotisation onéreuse perdurent dans l'inconscient collectif et sont un frein à la reconnaissance de l'Ordre par les infirmières. Cependant, les infirmières ont depuis la Loi du 21 décembre 2006¹⁵¹ une obligation d'inscription au tableau de l'Ordre, condition impérative pour un exercice légal de la profession infirmière.

¹⁴⁹ Banque de l'Ordre infirmier ayant refusé de continuer à couvrir le déficit de l'Ordre National.

¹⁵⁰ Article « Les députés suppriment l'ordre des infirmiers », Le Monde.fr, 10 avril 2015

¹⁵¹ Loi n°2006-1668 du 21 décembre 2006 portant création d'un Ordre national des infirmiers art 2 publié au JORF n°299 du 27 décembre 2006 page 19689

2. Une inscription obligatoire au tableau de l'Ordre

Sécuriser l'exercice infirmier ne doit pas uniquement s'envisager comme en lien avec les pratiques professionnelles et les glissements de tâches. C'est également, pour les infirmières, respecter le cadre légal de leur exercice qui prévoit l'inscription au tableau de l'Ordre infirmier. Toutes les infirmières, quels que soient leur mode d'exercice et leur statut, doivent répondre à cette obligation. L'IPA devra donc continuer à répondre à cette obligation après obtention de son diplôme d'Etat.

Jusqu'à la création de l'Ordre infirmier, le seul critère d'accès était celui de la compétence attestée par la détention du diplôme d'Etat. La personne qui en était détentrice avait seulement pour obligation de l'enregistrer auprès du service de l'Etat compétent, en l'espèce le service ADELI des DDASS.

On peut encore entendre, dans des discussions entre soignants, ou lire sur les réseaux sociaux, que l'inscription des infirmières à l'Ordre n'est pas obligatoire. Pourtant la loi est claire, comme le stipule l'article L. 4311-15 du CSP: « *Nul ne peut exercer la profession d'infirmière s'il n'est pas inscrit au tableau de l'ordre des infirmiers* ». Que l'infirmière soit salariée dans le secteur privé ou public ou qu'elle exerce en libéral, elle a donc l'obligation d'être inscrite à l'Ordre infirmier.

Les employeurs d'infirmières doivent transmettre la liste des professionnelles au Conseil National de l'Ordre Infirmier (CNOI) chaque trimestre civil¹⁵². Le Conseil identifie les infirmières qui ne sont pas inscrites au tableau et procède à leur inscription provisoire dans l'attente de la communication des pièces nécessaires à l'instruction du dossier. Le conseil départemental ou interdépartemental informe sans délai le professionnel et la structure qui l'emploie de cette inscription provisoire et communique à l'infirmière concernée la liste des pièces à fournir dans un délai de quatre mois, en vue de son inscription au tableau. Les infirmières libérales s'inscrivent elles-mêmes.

Malgré cette obligation d'inscription, au 31 décembre 2018, seules 280 856 infirmières étaient inscrites au tableau de l'Ordre pour un total d'infirmières en exercice estimé à 638 248¹⁵³.

¹⁵² Décret n°2018-596 du 10 juillet 2018 relatif à l'établissement des listes nominatives des infirmières en vue de leur inscription au tableau de l'Ordre, publié au JORF du 12 juillet 2018 texte 13

¹⁵³ Rapport sur « La démographie des autres professions de santé (RPPS et Adeli) » publié par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) le 8 avril 2015

Face à cette situation, l'Ordre a pris des mesures pour inciter les employeurs ou les professionnels concernés à régulariser leur situation avec des campagnes d'information dans les établissements de santé, des courriers envoyés aux professionnels. Ces multiples interventions ont fait réagir les syndicats professionnels et les fédérations hospitalières. L'Ordre a justifié ces interventions en expliquant que les infirmières exercent leur profession en toute illégalité et qu'il était de son devoir d'informer le parquet en cas de non-inscription des professionnels. Didier BORNICHE¹⁵⁴, Président de l'Ordre, a rappelé, dans un courrier transmis à la FHF en 2014, « *qu'en cas de non inscription d'un infirmier au tableau, l'Ordre se trouve dépourvu de la compétence d'infliger une quelconque sanction disciplinaire* ». Quant aux informations au Parquet, elles sont indispensables « *dans la mesure où le Procureur de la République dispose de compétences à l'égard des infirmiers qui ne trouveraient pas à s'appliquer en cas de défaut d'inscription* ».

L'absence de contrôle n'incite pas les employeurs à se mettre en conformité et ils sont particulièrement frileux à appliquer l'article D. 4311-52 concernant les transmissions des listes nominatives au Conseil National de l'Ordre Infirmier. En effet, si l'Ordre applique strictement le dispositif et transmet au parquet l'identité des infirmiers qui, au terme de la procédure d'inscription, n'ont toujours pas régularisé leur situation, l'employeur devra prendre des mesures pour suspendre le contrat de travail des professionnels concernés. Les conséquences seraient immédiates avec des fermetures massives d'unités de soins et une paralysie du premier recours, conséquences qui impacteraient nécessairement la prise en soins des patients. Cependant, en laissant cette situation évoluer sans que des mesures soient prises pour inciter fortement les employeurs à respecter la Loi, l'Ordre infirmier dans son ensemble et la profession en particulier s'en trouvent fragilisés, cette dernière restant maintenue dans un exercice illicite.

B. La déontologie des infirmiers

Il aura fallu attendre le 26 novembre 2016 pour que le code de déontologie des infirmiers soit officiellement effectif et ce, par décret¹⁵⁵. Il s'agit d'un apport réglementaire important qui affirme un peu plus les valeurs de la profession.

¹⁵⁴ Président de l'Ordre infirmier de 2011 à 2017

¹⁵⁵ Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016, publié au JORF n°0276 le 27 novembre 2016 texte 44

Ainsi, nous verrons les principaux apports entre les règles professionnelles de 1993 et celles posées par le code de déontologie du 26 novembre 2016 (1), puis les valeurs qui sont partagées par la profession (2).

1. Des règles professionnelles au code de déontologie

Les premières règles professionnelles propres à la profession d'infirmière ont été édictées par le décret n° 93-221 du 16 février 1993¹⁵⁶ relatif aux règles professionnelles.

La loi du 21 décembre 2006 portant création de l'Ordre prévoyait que celui-ci prépare un code de déontologie, édicté par la suite sous la forme d'un décret en Conseil d'Etat. Malgré la présentation d'un projet en 2010, aucun gouvernement n'a pris acte de ce code. L'ordre a fini par déposer un recours devant le Conseil d'Etat, qui a enjoint le gouvernement à publier un code. C'est ainsi que près de 70 ans après la publication du code de déontologie des médecins ou de celui des sages-femmes, un code équivalent, consacré à la profession des infirmiers, a vu le jour. Le décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers réunit 90 articles précisant l'ensemble des droits et obligations des infirmiers, qu'ils exercent en tant que libéraux ou salariés. Il clarifie notamment les relations avec les patients, les autres membres de la profession mais aussi avec les autres professionnels de santé.

Le code s'organise autour de quatre objectifs principaux : l'intérêt du patient¹⁵⁷, l'autonomie de la profession infirmière¹⁵⁸, la protection des intérêts de la profession¹⁵⁹, l'accroissement des prérogatives de l'Ordre national des infirmiers¹⁶⁰.

Comme pour le code de déontologie des médecins, notamment sur le thème de la dignité de la personne humaine, en plus des dispositions de 1993, ont été ajoutés à l'article R. 4312-3 du CSP le respect de la personne après sa mort ainsi que le respect

¹⁵⁶ Décret n°93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers, publié au JORF n°41 du 18 février 1993

¹⁵⁷ Le code érige diverses règles relatives au secret professionnel, à la liberté pour le patient d'être informé ou non sur son état de santé, au refus ou à l'interruption des soins, à l'obligation de transparence sur les tarifs, devoir d'information en cas de maltraitance...

¹⁵⁸ Clarification sur le rôle de l'infirmier notamment en termes d'échanges avec le patient et les autres professionnels de santé, champ de compétences élargi, autonomie dans l'application d'une prescription médicale et possibilité de réaliser ses propres prescriptions...

¹⁵⁹ Règles relatives à la confraternité, l'entraide, la probité, l'interdiction de la publicité et de toute dérive commerciale nuisant à l'image de la profession...

¹⁶⁰ Précisions sur ses fonctions disciplinaires mais aussi celles relatives aux autorisations de remplacement, d'implantation de cabinets secondaires ...

de l'intégrité et de la dignité de la personne privée de liberté (article R. 4312-17 du CSP).

Le code de déontologie fixe des règles professionnelles dont l'application est confiée à une juridiction ordinaire, contrairement aux règles professionnelles de 1993. Cela signifie que le contrôle du respect de la déontologie est confié aux tribunaux spécialisés de l'Ordre des infirmiers. On assiste à la concrétisation d'une discipline professionnelle dont la profession elle-même est le juge.

La morale professionnelle qui est portée par le code de déontologie infirmier n'est pas toujours perçue par les infirmières, de même que les obligations qu'il leur impose dans leur pratique au quotidien. Pourtant, la déontologie, vaste ensemble de principes à valeur morale¹⁶¹, est aujourd'hui commune et partagée avec d'autres professions de santé.

2. Des valeurs partagées par une profession

La déontologie des professions de santé a longtemps été un droit coutumier issu de la profession elle-même. Aujourd'hui intégrée dans la partie réglementaire du CSP, elle tend à devenir un droit commun depuis le début des années 1990 et n'est applicable qu'à la profession qu'elle régit. Il y a quelques années, certains magistrats refusaient de s'y référer, mais aujourd'hui, ils n'hésitent plus à évoquer des articles issus des codes pour rappeler les devoirs des professionnels tels le respect de la dignité de la personne humaine, la non-discrimination, l'obligation d'information ou encore le consentement du patient.

Afin de mesurer la portée du code de déontologie, il est important d'en comprendre la signification. Le Doyen SAVATIER définit la déontologie « *comme l'étude des devoirs qui incombent aux médecins dans l'exercice de leur profession. Ainsi, la déontologie tend à se confondre avec les usages et traditions fixant les règles d'exercice de la profession* ». Il donne aussi la définition suivante du Code : « *Un recueil officiel de préceptes de morale professionnelle imposés aux médecins*¹⁶² ».

Même si de nombreuses voix parmi les infirmières s'élèvent encore pour critiquer les articles du code de déontologie infirmier en lui reprochant d'être trop calqué sur celui

¹⁶¹ Cours « Responsabilité médicale » Maître Gaëtane TINOT-THOMAS, avocate, master 2 DES 2018-2019 Rennes 1

¹⁶² Cours « Responsabilité médicale » Maître Gaëtane TINOT-THOMAS, avocate, master 2 DES 2018-2019 Rennes 1

des médecins, il n'en demeure pas moins que son intérêt majeur est qu'il repose sur des valeurs communes partagées entre les médecins et les infirmières.

En effet, on retrouve les mêmes dispositions rédigées dans des parties identiques, comme par exemple les devoirs généraux ou les devoirs envers les patients. Les évolutions législatives sont intégrées de la même façon et imposent donc en toute cohérence les mêmes obligations pour les professionnels de santé envers les patients. Bien qu'inscrits dans d'autres textes, ce sont les droits fondamentaux de la personne humaine qui sont expressément consacrés au bénéfice des malades par la loi KOUCHNER du 4 mars 2002¹⁶³ et intégrés dans les articles des codes de déontologie, ce qui élève l'exercice infirmier, lui conférant une dimension morale fondée et une éthique professionnelle.

Pour la plupart des infirmières, ces notions restent pourtant abstraites et peu connues. Pour autant, d'autres mots sont posés pour définir ces concepts, comme le « care », le « cure » et la prise en charge holistique des patients, qui traduisent bien l'attention qui doit être portée à l'autre dans une vision holistique de ses besoins et qui s'inscrivent bien dans les droits fondamentaux rappelés dans la loi du 4 mars 2002. Cette différence de vocabulaire reste un frein à l'acceptation par les infirmières des différentes parties du code de déontologie et des valeurs qui y sont inscrites. Il y a un grand travail de transcription à mettre en l'œuvre pour que les infirmières s'approprient le code de déontologie dans leur exercice quotidien, qu'elles perçoivent l'intérêt pour la profession et qu'elles utilisent celui-ci pour faire évoluer leur métier.

Pour les médecins, le code de déontologie est ancien et bien intégré par la profession elle-même ; pour les infirmières, il s'agit d'un grand changement de paradigme qui renvoie à des devoirs plus nombreux dans leurs rapports avec les patients, les autres membres de la profession et les autres professionnels de santé. Le code de déontologie infirmier permet d'appréhender dans un même document les devoirs et obligations qui apparaissaient antérieurement à la création du code dans d'autres textes, ce qui diluait les obligations incombant aux infirmières en ne leur permettant pas d'avoir une vision globale de celles-ci.

C'est l'Ordre national des infirmiers qui veille à maintenir les principes éthiques et à développer la compétence, qualités indispensables à l'exercice de la profession. Les

¹⁶³ Marie-Laure MOQUET-ANGER, « Droit hospitalier » 4^{ème} édition, LGDJ, P 311

dispositions de l'Article L. 4126-1 et suivants concernant l'action disciplinaire sont applicables aux infirmiers par renvoi de l'article L. 4312-9.

Ainsi, nous aborderons dans le paragraphe suivant la saisine de la juridiction ordinaire dans le contexte de défiance de la part des infirmières.

& 2. Une juridiction ordinaire

L'Ordre national des infirmiers a été créé par la loi pour protéger les patients et les usagers, assurer la sécurité des soins et veiller au respect des devoirs et de la probité des professionnels. A cette fin, l'Ordre est constitué de chambres disciplinaires qui siègent dans chaque région. Composées d'assesseurs élus par les conseillers de l'Ordre et d'infirmiers aux modes d'exercice variés, ces chambres sont présidées par des magistrats de tribunaux administratifs ou de cours administratives d'appel.

La Chambre disciplinaire nationale rend des jugements en appel des décisions des chambres de première instance. Elle est présidée par un conseiller d'Etat et composée également d'assesseurs élus, tous infirmiers.

A. La procédure disciplinaire

L'infirmière, de par son indépendance professionnelle, est responsable des actes qu'elle accomplit. Elle peut voir sa responsabilité engagée en cas de faute civile, faute pénale ou faute disciplinaire, les trois régimes de responsabilité pouvant se cumuler.

Nous n'aborderons ici que la responsabilité disciplinaire, responsabilité exclusivement professionnelle, puisqu'il s'agit de juger une infirmière par les membres de la profession en fonction de règles professionnelles, ceci en vue de prononcer une sanction, la victime n'ayant pas de place directe dans ce procès.

La publication récente du Code de déontologie est une véritable base pour le contentieux disciplinaire puisque inscrivant précisément les devoirs incombant aux infirmières.

Ainsi, la plainte contre une infirmière peut être formulée par toute personne qui a un intérêt à agir. Il s'agit le plus souvent d'un patient ou d'un confrère, mais parfois aussi d'un employeur qui, en cas de sanction disciplinaire, doit informer l'Ordre national qui étudiera s'il instruit ou non le dossier en contentieux ordinaire (moralité du professionnel). Les faits susceptibles de porter atteinte à l'intérêt collectif de la profession ne sont pas

précisés dans la Loi¹⁶⁴. Il faut se référer aux critères posés par la jurisprudence. Il s'agira ainsi des infractions commises par une infirmière dans l'exercice de ses fonctions et de nature à porter atteinte à la considération de l'ensemble de la profession, c'est-à-dire un fait susceptible de jeter le discrédit sur la profession.

En vertu de l'article L.4312-9 du CSP, la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre peut prononcer une sanction disciplinaire à l'encontre d'une infirmière condamnée par une juridiction pénale. Dès lors, il appartient à la justice d'informer au plus vite l'Ordre de toute condamnation devenue définitive. Ainsi, quelle que soit l'infraction visée dans la condamnation et même s'il n'existe aucun lien avec l'exercice de la profession, le parquet doit informer le Conseil national de l'Ordre, une condamnation pénale étant de nature à remettre en question la moralité professionnelle d'une infirmière.

En cas de dépôt de plainte, celui-ci s'effectue devant le Conseil départemental de l'Ordre qui devra tenter une conciliation entre les parties. Cette procédure amiable est un préalable obligatoire avant toute autre suite contentieuse. Les conflits peuvent porter sur les tentatives de détournement de patientèle, la publicité, le dénigrement, la régularité du lieu d'installation, l'exercice multiple illicite, la violation du secret professionnel, le défaut d'assistance, le défaut de qualité des soins, ... (liste non exhaustive). Il en ressort trois possibilités : la conciliation totale, la conciliation partielle, la non-conciliation. L'Ordre estime à environ 50% les différends qui trouvent une solution amiable.

En cas de non-conciliation, la plainte, accompagnée du procès-verbal de non-conciliation, sera adressée à la Chambre disciplinaire de première instance compétente. Il s'agit d'une juridiction appartenant à l'Ordre administratif et qui suit donc les règles de la procédure administrative. Le Conseil départemental dispose alors, s'il le juge utile, de la faculté de s'associer ou non à la plainte. Cette procédure est écrite et contradictoire avec la représentation possible par un avocat mais non obligatoire. La décision rendue pourra faire l'objet d'un appel devant la Chambre nationale de l'Ordre.

Cependant, les chambres disciplinaires ne peuvent être déclarées compétentes pour juger une affaire qui relève de ses prérogatives que si l'infirmière est inscrite au tableau

¹⁶⁴ L'article L. 4312-7 du code de la santé publique précise, « le conseil national peut devant toutes les juridictions exercer tous les droits réservés à la partie civile relativement aux faits portant un préjudice direct ou indirect à l'intérêt collectif de la profession d'infirmière (...). »

de l'Ordre des infirmiers. Et c'est bien sur ce point qu'aujourd'hui se crispent toutes les attentions car en effet, comme nous l'avons vu précédemment, seules 280 000 infirmières étaient inscrites au 31 décembre 2018 sur environ 680 000 infirmières en exercice.

L'Ordre national des pédicures podologues, créé en 2004, a un message très clairement affiché concernant cette question sur son site internet, celui-ci apparaissant avant les modalités d'inscription et de cotisations obligatoires, alors que pour l'Ordre d'infirmier, rien n'est précisé sur le site concernant les sanctions en cas de non inscription : « *Nul ne peut exercer la profession de pédicure-podologue (...) s'il n'est inscrit au tableau tenu par l'ordre. Toute personne même titulaire d'un diplôme d'état qui exerce la profession sans être inscrit au tableau se rend coupable d'exercice illégal de pédicurie-podologie et encourt une sanction pouvant aller d'un an d'emprisonnement et de 15.000 € d'amende* ». S'ensuit un rappel des textes du code de la santé publique.

Quand les professionnels sont inscrits au tableau de l'Ordre et que la chambre de première instance est compétente pour juger l'affaire, nous verrons que la jurisprudence porte essentiellement sur 3 articles du code de déontologie : le respect de la dignité et de l'intimité du patient (Art. R. 4312-2), l'intérêt du patient (Art. R.4312-29) et la confraternité (Art. R. 4312-12).

B. La jurisprudence de la chambre disciplinaire nationale

Conformément à l'article L. 4312-7, le Conseil national de l'Ordre des infirmiers est chargé de veiller au respect de ces dispositions par tous les infirmiers inscrits à son tableau. « *Les infractions à ces dispositions sont passibles de sanctions disciplinaires, sans préjudice des poursuites pénales qu'elles seraient susceptibles d'entraîner* ».

La Chambre disciplinaire nationale rend des jugements en appel des décisions des chambres de première instance. Elle est présidée par un conseiller d'Etat et composée également d'assesseurs élus, tous infirmiers. A titre d'information, l'Ordre met à disposition sur son site internet une sélection de la jurisprudence de la chambre disciplinaire nationale qui totalise 29 affaires entre 2011 et 2019. Sur la base de ces données, il semblerait, si celles-ci sont représentatives de l'ensemble des jugements rendus par la chambre disciplinaire nationale, que les jugements portent en grande partie sur des affaires concernant l'exercice libéral avec plusieurs articles du code

particulièrement utilisés : le respect de la dignité et la continuité des soins¹⁶⁵, l'intérêt du patient¹⁶⁶, la confraternité¹⁶⁷ et la concurrence déloyale¹⁶⁸.

A la lecture des jugements publiés sur le site de l'Ordre des infirmiers, les griefs jugés par la chambre de première instance portent sur des situations de maltraitance, le manquement à des règles d'hygiène sans dispenser des soins avec conscience, l'entente entre confrères, des calomnies.

Les sanctions disciplinaires ordinaires sont méconnues des professionnels, pourtant, elles sont loin d'être sans conséquences pour l'exercice du professionnel. Les sanctions pouvant être prononcées par les juridictions disciplinaires vont de l'avertissement au blâme, de l'interdiction temporaire d'exercer de 3 mois à 1 an à la radiation du tableau de l'Ordre. Les conséquences sont immédiates sur les revenus du professionnel exerçant en libéral qui ne peut se faire par ailleurs remplacer. Les conséquences pour l'infirmière exerçant en tant que salariée peuvent aller de l'interruption du contrat de travail, si le motif est l'exercice illégal¹⁶⁹, à la rétrogradation au poste d'aide-soignant.

L'exercice illégal de la profession médicale n'est pas un motif fréquent de sanction disciplinaire. Malgré les glissements de tâches que l'on peut constater dans beaucoup d'établissements de santé mais également en libéral, c'est aussi l'ignorance des champs de compétences et la complexité à démêler ce qui relève d'un métier ou d'un autre qui ne permet pas toujours d'identifier pour un professionnel, qu'il soit non soignant ou soignant, le glissement de tâches.

Ainsi, dans une affaire emblématique de la chaîne de responsabilités jugée en 2003 et ayant entraîné la mort d'un enfant de 19 mois pour déshydratation en février 1999 à l'hôpital Trousseau¹⁷⁰, établissement de AP-HP, il y a eu sept condamnations dont un médecin, une aide-soignante, un cadre de santé et la Directrice de l'hôpital. Trois infirmières ont également été condamnées à 4 mois de prison avec sursis et à 1000

¹⁶⁵ Article R. 4312-2 du CSP

¹⁶⁶ Article R. 4312-26 du CSP

¹⁶⁷ Article R. 4312-29 du CSP

¹⁶⁸ Article R. 4312-42 du CSP

¹⁶⁹ Au-delà des conséquences judiciaires, il convient de préciser que tous les contrats directement liés à l'exercice illégal de la profession peuvent être annulés sur la base des articles 1133 et 1108 du code civil. Il s'agira, par exemple, des contrats de travail, des contrats de prêt ou bien encore des contrats d'assurance en responsabilité civile. En effet, la cour de cassation a rappelé « qu'une assurance garantissant l'exercice illégal d'activités professionnelles est nulle comme contraire à l'ordre public » (Cass.1ère civ. 5 mai 1993 n° 91-15401).

¹⁷⁰ Décision de justice du tribunal correctionnel de Paris du 3 septembre 2003, N° d'affaire : 9926432046

euros d'amende. Selon le code pénal (art. 121-7), « *est complice celui qui, sans réunir lui-même les faits constitutifs de l'infraction, en a favorisé la commission par son aide, son abstention ou sa provocation à la commettre* ». En effet, les infirmières du service n'ont pas été attentives aux inquiétudes d'une mère et ont pris des décisions médicales, les médecins ont quitté le service sans laisser suffisamment de consignes de surveillance, une aide-soignante de nuit a, faute d'effectif suffisant, travaillé comme une infirmière et, in fine, des responsables sont restés passifs devant des dysfonctionnements chroniques du service.

Section 2. Des hypothèses de sécurisation pour demain

La sécurité des soins est une exigence croissante et légitime de tous les usagers de la santé et de tous les patients, dans un contexte où les événements indésirables, graves ou non, sont encore fréquents. La HAS préconise, pour y faire face, de renforcer la notion de travail en équipe, encourage les professionnels à s'engager dans une démarche de sécurité maximale, et incite à améliorer la qualité et la coordination des soins en partenariat avec les usagers.

& 1. Un enjeu pour les patients, les professionnels de santé et l'Etat

A l'ère de la mise en place des IPA, la sécurisation de l'exercice infirmier devra passer par une clarification des rôles entre les professionnels de santé (A) et une extension des spécialités infirmières (B).

A. L'IPA, une opportunité de clarifier le rôle des professionnels

1. Les parcours de soins

La notion de parcours de soins est ancienne et n'a jamais été autant d'actualité qu'aujourd'hui à l'heure du numérique, du partage d'informations virtuelles, de la e-santé et de la téléconsultation. La mise en place des parcours de soins doit être vue comme une opportunité de clarifier les rôles des différents intervenants et de les repositionner dans leur champ de compétences. La création de l'infirmière en pratique avancée oblige les équipes de soins et les directions d'établissements de santé à revoir leurs organisations et les modalités d'interventions des professionnels auprès des patients tout au long du parcours de soins.

L'objectif de la mise en place des parcours de soins est de deux types, en dehors de la

performance médico-économique : diminuer le nombre d'intervenants auprès du patient en améliorant sa satisfaction et coordonner le rôle des acteurs pour éviter les ruptures de continuité de soins. Un troisième objectif pourrait être ajouté comme la règle des 5 B pour l'administration du médicament : médicament au Bon patient, avec le Bon médicament, à la Bonne dose, sur la Bonne voie au Bon moment¹⁷¹. Concernant l'intervention des professionnels sur le parcours de soins, il pourrait être proposé : la Bonne compétence, au Bon patient, pour le Bon soin, au Bon moment.

La Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019¹⁷² relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, annonce, dans son titre I, sa volonté de décloisonner les parcours de formation et les carrières des professionnels de santé. Il s'agit de renforcer les coopérations entre les professionnels et d'améliorer l'accès aux soins des patients. Les IPA permettront d'améliorer l'accessibilité aux soins des patients tout en redonnant du temps aux médecins. Ce temps, ils pourront le mettre à profit sur d'autres tâches comme la promotion de projets de recherche clinique.

Pour les professionnels de santé, le décloisonnement des formations permettra une meilleure compréhension du rôle de chaque métier et améliorera la collaboration entre les professionnels de santé. C'est tout l'enjeu de la mise en place des parcours de soins. Les infirmières en soins généraux, expertes, spécialisées et en pratique avancée, devront collaborer et trouver leur place sur le parcours de soins du patient. C'est aussi clarifier pour l'ensemble des profils infirmiers les périmètres d'activités avec les autres professionnels de santé. L'objectif majeur des parcours de soins est bien de simplifier et de rendre plus faciles les parcours de soins pour les patients.

2. L'IPA et l'équipe de soins

L'IPA exercera au sein d'une équipe de soins. L'arrêté du 25 novembre 2016¹⁷³ fixe le cahier des charges de l'équipe de soins en définissant la notion d'équipe et les modalités du partage d'information. L'IPA fait partie de l'équipe de soins qui interviendra auprès du patient. Son positionnement et ses missions sur le parcours de soins sont définis par le protocole d'organisation.

A l'heure de l'informatisation du dossier patient, la sécurisation du partage

¹⁷¹ HAS : Administration du médicament, partie 2 « Mettre en œuvre », 2.2 « règle des 5B », P27

¹⁷² Publié au JORF n°0172 du 26 juillet 2019 texte n°3

¹⁷³ Arrêté du 25 novembre 2016 fixant le cahier des charges de définition de l'équipe de soins, publié au JORF n°0280 du 2 décembre 2016 texte n°32

d'informations entre les professionnels est un enjeu majeur pour les équipes. En effet, il s'agira de bien définir pour l'IPA, au travers du protocole d'organisation, les éléments et le niveau d'information qui devront être partagés avec les différents professionnels de l'équipe.

Les équipes soignantes n'ont généralement pas conscience que certains éléments du dossier patient n'ont pas à être partagés avec un professionnel comme les diététiciennes, les assistantes sociales, les psychologues. A l'heure du développement de la transversalité, c'est un point qu'il faudra traiter et clarifier pour ne pas exposer en particulier les IPA à la violation du secret professionnel¹⁷⁴ et protéger les données à caractère personnel des patients.

B. Vers une extension des spécialités infirmières

Après la création de l'IPA, il n'est pas prévu à ce jour une évolution du métier de l'infirmière dans d'autres domaines d'activité. Il s'agit plutôt d'une extension du champ d'exercice des spécialités actuelles. Pour l'IPA, après les trois options initiales, pathologie chronique stabilisée, oncologie et oncohématologie, insuffisance et transplantation rénale, c'est une quatrième option qui s'ouvrira à compter de la rentrée 2019 dans les universités habilitées : santé mentale et psychiatrie¹⁷⁵.

Pour les infirmières de bloc opératoire diplômées d'Etat, le décret du 27 janvier 2015¹⁷⁶ relatif aux actes infirmiers relevant de la compétence exclusive des infirmiers de bloc opératoire correspond à une extension du champ de compétences et d'une reconnaissance de la spécificité du métier.

La Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019¹⁷⁷ relative à l'organisation et à la transformation du système de santé prévoit un renforcement du rôle de coordination des infirmières sur le parcours de soins. Les infirmières pourront « *adapter la posologie pour certains traitements figurant sur une liste fixées par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de la Haute Autorité de santé, dans le cadre d'un protocole inscrit dans le cadre d'un exercice coordonné. L'infirmière peut prescrire des substituts nicotiques et des*

¹⁷⁴ L'article 226-13 du code pénal dispose que : « *La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende* »

¹⁷⁵ Décret n°2019-836 du 12 août 2019 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée mention psychiatrie et santé mentale. Publié au JORF n°0187 du 13 août 2019 texte n°25

¹⁷⁶ Décret n° 2015-74 du 27 janvier 2015 relatif aux conditions de réalisation de certains actes professionnels en bloc opératoire, publié au JORF n°0024 du 29 janvier 2015

¹⁷⁷ JORF n°0172 du 26 juillet 2019

*solutions et produits antiseptiques ainsi que du sérum physiologique à prescription médicale facultative*¹⁷⁸ ». Un décret devra préciser les conditions.

Ces changements doivent être accompagnés auprès des professionnels par des actions de formation et des évaluations de pratiques professionnelles. Ces nouvelles mesures législatives doivent permettre de décloisonner les secteurs d'activité en favorisant le partage d'informations, favoriser le travail en équipe et rompre avec la notion de corporation. Un équilibre devra être trouvé entre les professions pour leur donner un même poids politique et de décision. A la lecture des textes législatifs et au travers des annonces du gouvernement, on perçoit une ambivalence entre une réforme de grande envergure concernant les professionnels de santé autour de la création des parcours, des métiers intermédiaires, et le maintien des prérogatives et du rôle historique du médecin dans le paysage sanitaire français.

Face aux nouveaux besoins de la population, les infirmières, et en particulier l'IPA, ont un rôle majeur à tenir. Il faut que l'Ordre infirmier soit absolument plus fort et reconnu par la profession infirmière pour que les professionnels soient mieux reconnus comme partenaires de l'Etat.

Les évolutions de l'exercice infirmier sont l'occasion de repenser la classification des métiers dans le code de la santé publique pour une meilleure reconnaissance et un positionnement plus juste de la profession dans le système sanitaire français.

& 2. Une classification des métiers dans le CSP plus conforme à l'exercice infirmier

La création de l'Ordre infirmier, du code de déontologie et aujourd'hui de la pratique avancée est une reconnaissance incontestable d'une nouvelle autonomie pour la profession. Malgré tout, celle-ci est mal perçue par les professionnels en exercice qui se voient toujours très dépendants du médecin. Et c'est bien là toute l'ambivalence de la profession infirmière : un souhait d'une plus grande autonomie dans son exercice et celui d'un cadre d'intervention validé et confié par le médecin. Il est nécessaire de clarifier les rôles des professionnels (A) et de définir un nouveau modèle juridique entre le médecin et l'infirmière (B).

¹⁷⁸ CSP, Article L4311-1

A. Une clarification nécessaire des rôles et de la place des professionnels

Il n'est pas rare de constater que les infirmières en unités de soins attendent la validation d'un médecin, faisant parfois perdre du temps dans la mise en place d'un acte de soins, alors que cela relève de leur rôle propre. Interpellées, elles en conviennent mais cependant préfèrent que le médecin donne son accord. Elles disent manquer d'autonomie et ce constat alimente d'ailleurs de nombreux commentaires sur les réseaux sociaux. Les soins relevant du « rôle propre » doivent en effet faire uniquement l'objet d'une information au médecin.

Cela conduit à deux réflexions : les infirmières méconnaissent le cadre réglementaire de leur exercice et les différents modes pour lesquels elles sont habilitées à intervenir auprès du patient ; par ailleurs, elles ne s'affirment pas suffisamment auprès des médecins ou dans l'équipe de soins pour mettre en avant leur autonomie via leur « rôle propre ».

Au même titre qu'il faudrait réformer le titre « d'auxiliaire médicale », celui de « rôle propre » n'est plus adapté ainsi que le titre de « paramédicale » au profit de « professionnel de santé ». Comme nous avons pu l'aborder précédemment, il faudrait réformer le système juridique, notamment l'article 16-3 du CC¹⁷⁹, pour l'adapter à l'activité des professionnels de santé d'aujourd'hui. Certains actes médicaux pourraient être réalisés par d'autres professionnels de santé, sans accord préalable du médecin mais à condition qu'il existe une prescription initiale telle la prescription d'entrée pour une hospitalisation et pendant la durée de celle-ci. Cela modifie la philosophie de la structuration actuelle du modèle juridique selon lequel seul le médecin est habilité à porter atteinte à l'intégrité du corps humain, puisque cela n'est plus tout à fait vrai. L'infirmière peut également intervenir auprès d'un patient sans prescription préalable et en toute autonomie, comme par exemple dans les dispositions prévues dans le décret n°2016-683 du 26 mai 2016 relatif à la délivrance de la contraception d'urgence par les infirmiers scolaires qui prévoit que « *l'infirmière, après avoir recherché les modalités les plus appropriées en fonction de l'âge et de la personnalité de l'élève...peut administrer la contraception d'urgence...* », sans qu'une condition impose l'information au médecin.

B. Vers un nouveau modèle juridique entre le médecin et l'infirmière

Le partage des tâches entre médecins et infirmiers est un sujet d'actualité. Les

¹⁷⁹ « Seuls les médecins, par leur qualification et leur titre sont habilités à porter atteinte à l'intégrité du corps humain en cas de nécessité médicale ou dans l'intérêt thérapeutique... »

expériences se multiplient et le nombre de publications sur le sujet témoigne d'un climat de questionnements tant du côté du gouvernement que du côté des personnes de terrain. Le contexte actuel de pénurie de médecins sur certains territoires et la complexité croissante des pathologies chroniques sont autant de défis à relever.

Dans des pays comme le Royaume-Uni et le Canada, les infirmières ont, depuis plusieurs dizaines d'années, acquis des compétences étendues sous couvert d'une formation complémentaire avec des activités de substitution ou de complémentarité entre le médecin et l'infirmière.

Au Royaume-Uni, l'expérience du recours aux infirmières en pratiques avancées remonte aux années 1970. Leur champ de pratique n'est pas défini par une législation spécifique, ce qui réduit les obstacles à la modification de leur champ de pratique. Son rôle est cependant bien défini dans le système de santé du Royaume-Uni. Dans ce modèle, le patient peut soit consulter un médecin généraliste, soit une infirmière praticienne avancée, soit les deux. Par ailleurs, les infirmières de pratiques avancées sont toutes autorisées à prescrire des médicaments sous réserve d'avoir effectué une formation complémentaire existante depuis 1990. Elles peuvent prescrire des produits stupéfiants pour les soins palliatifs, incluant les opiacés, mais pas les produits narcotiques.

Au Canada, les infirmières de pratiques avancées ont la compétence pour prescrire et interpréter des tests diagnostic, pour prescrire des médicaments hors stupéfiants et même pour exécuter des procédures spécifiques dans leur champ d'exercice, une fois le diagnostic de la maladie posé par le médecin. Elles sont des acteurs majeurs en termes de promotion et de prévention de la santé. En 1993, au Canada, une faculté de sciences infirmières a ouvert ses portes en proposant des filières doctorales.

Comme nous pouvons le constater, le partage des tâches existe déjà dans d'autres pays, sous couvert d'une adaptation de la législation et de formation complémentaire. La tendance montre qu'il se développe sur deux modes : la substitution, c'est-à-dire remplacer un médecin par une infirmière, ou la complémentarité, autrement dit travailler ensemble en répartissant les tâches entre les deux catégories professionnelles.

Il subsiste beaucoup d'inconnues quant aux avantages et aux inconvénients apportés par ces nouveaux types d'organisation. Très peu d'études recueillent l'opinion des

professionnels de terrain ou des patients. Les publications sont rares sur le sujet et très dépendantes de l'organisation globale du système de soins du pays, de sa culture et du rôle de l'infirmière dans le parcours de soins.

CONCLUSION

Les nouvelles modalités d'exercice de l'infirmière nécessitent une clarification aussi bien de leur référentiel d'activités que du cadre juridique dans lequel ces activités s'inscrivent. C'est une plus grande réactivité et souplesse qu'il faut imaginer pour actualiser régulièrement la liste des actes médicaux qui relèvent de l'activité médicale et celle relevant des autres professionnels de santé afin que la réglementation soit en concordance avec les activités réalisées par les infirmières et intègre leurs nouvelles compétences et champ d'exercice.

C'est une graduation de l'exercice qu'il faut introduire dans le code de la santé publique avec des référentiels d'activité clairs par type d'exercice au même titre que les spécialités infirmières¹⁸⁰. Il faut également s'accorder sur les intitulés et les définitions de poste car aujourd'hui, il règne une grande variété d'appellations et presque autant de types d'activités comme les infirmières de coordination que l'on emploie très fréquemment pour tout et presque son contraire. La reconnaissance de ces statuts est attendue par la profession et permettrait la prise en compte de ces nouvelles compétences et une valorisation dans le cadre de son exercice pour ne plus laisser à la discrétion des employeurs les conditions de rémunération quand cela est pris en compte.

Le modèle juridique français, basé essentiellement sur l'exercice du médecin et prévoyant une « dérogation » à l'atteinte à l'intégrité du corps humain pour les « auxiliaires médicaux », doit être repensé, car, en toute autonomie, certains actes relevant du rôle propre des professionnels de santé peuvent être réalisés indépendamment de la validation d'un médecin. Le terme de professionnels de santé semble mieux intégrer les « auxiliaires médicaux » et permet une meilleure reconnaissance de la réalité de leur exercice et de la place qu'ils occupent dans le système de santé. Il faut bannir le terme « paramédicaux » qui n'a pas de réalité dans le code de la santé publique et limite l'intervention de ces professionnels à celle qui entoure l'activité médicale. C'est un terme pourtant fréquemment employé dans le langage courant qu'il faut substituer par une terminologie plus adaptée aux nouveaux modes d'exercice. Pour les infirmières, il faut surtout s'affranchir du joug médical et

¹⁸⁰ Infirmière de bloc opératoire, infirmière anesthésiste, et infirmière puéricultrice

continuer leur processus de professionnalisation qui doit se faire en complémentarité mais avec une reconnaissance mutuelle des périmètres d'exercice.

Dans la continuité du processus des accords de Bologne, les infirmières s'inscrivent dans un système Licence, master, Doctorat dit LMD depuis 2009. Ce système se veut commun avec une grande partie des pays d'Europe, avec l'objectif de création d'un "Espace Européen de l'Enseignement Supérieur".

En France, les infirmières ont un grand travail à mener pour faire évoluer leurs pratiques, faire reconnaître leurs spécificités et adapter les textes qui régissent leur métier. C'est bien toute une profession qui doit s'inscrire dans ce changement, de l'infirmière de soins généraux qui doit faire reconnaître sa spécificité à l'infirmière experte qui doit affirmer son savoir ciblé, de l'infirmière de spécialités qui doit adapter ses pratiques en lien avec les innovations à l'infirmière en pratiques avancées qui doit trouver sa place dans le parcours de soins et expérimenter ses nouveaux savoirs.

L'exercice infirmier est en grande partie sécurisé et conforme aux dispositions du code de la santé publique. Cependant, devant les nouveaux besoins en santé et avec le développement des formations courtes de type diplôme universitaire, de nouvelles spécialités infirmières ont vu le jour sans reconnaissance réglementaire et accomplissent des actes qui ne relèvent pas toujours du champ de compétences de l'infirmière.

Même si la création des IPA est une formidable avancée pour la profession, elle devra être ajustée et précisée dans les années à venir avec les protocoles d'organisation qu'il faudra recenser, contrôler afin de mieux délimiter le domaine d'intervention des IPA et faire évoluer la réglementation la concernant. Il faudra ajuster la formation et légitimer l'intervention des infirmières auprès des patients dans les conditions prévues par les textes sans dépendre uniquement du souhait des médecins à les intégrer ou non dans le parcours de soin. Il faut expérimenter le dispositif et se laisser le temps de promouvoir des projets de recherche en soins pour en mesurer la pertinence et l'intérêt pour les patients. La collaboration médecin – infirmière doit se faire de façon sereine, en confiance, car il s'agit d'un gage de qualité pour le patient.

La Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé ¹⁸¹ prévoit des modifications dans les champs d'exercice pour

¹⁸¹ JORF n°0172 du 26 juillet 2019

l'infirmière mais pas de nouvelle spécialité pour la profession. Dans certains pays, l'organisation des soins est modifiée selon une approche « top-down » : ce sont les instances de santé publique qui enclenchent le changement, souvent au nom de l'efficacité ou sous le couvert de moindres dépenses. A l'inverse, dans l'approche « bottom-up », ce sont les acteurs de terrain qui initient le changement. Dans la pratique des soins en France, ces deux approches existent mais, malheureusement, les infirmières ne sont pas encore suffisamment investies dans la recherche en soins et publient peu sur leurs pratiques. Comme nous l'avons vu précédemment, s'agissant de pratiques hors champs de compétences, celles-ci ne sont tout simplement pas abordées et diffusées, même au sein des établissements de santé.

Afin d'améliorer le travail en équipe et éviter les glissements de tâches, il faut favoriser les passerelles entre les professions dès la formation initiale. Imaginer plus de partage et une meilleure compréhension des périmètres d'exercice en faisant travailler les professions ensemble. Des expérimentations et simulations en santé ont lieu au CHU de Caen, proposant aux étudiants médecins et infirmiers des exercices de travail en équipe autour de la dégradation de l'état de santé des patients. C'est aussi travailler sur la confiance dont nous avons vu qu'elle était essentielle pour une bonne collaboration entre le médecin et l'infirmière.

Il faut que les infirmières s'affranchissent de leur passé et osent s'affirmer face au corps médical. Ce n'est qu'à force de dialogue et de questionnements qu'une évolution sera possible. C'est investir le champ de la recherche en soins en ne laissant pas les médecins apposer leurs noms en tant que coordonnateurs des projets alors qu'il s'agit d'un projet infirmier qui concerne leur pratique professionnelle. Cette reconnaissance d'un exercice autonome, contribuant directement à l'amélioration de l'état de santé des patients par des décisions issues du raisonnement clinique infirmier et inscrit dans le plan de soins, ne pourra se faire sans une meilleure compréhension du rôle de l'ensemble des acteurs auprès des patients.

C'est parler, au mieux, d'une seule voix en reconnaissant dans l'Ordre infirmier son rôle de régulateur de la profession et d'interlocuteur auprès de l'Etat.

La transformation du système doit être vue comme une opportunité de faire évoluer les métiers, le regard porté sur la profession d'infirmière. Mais il faut agir pour ne pas apporter plus de confusion et augmenter les risques d'exercice illégal pour l'infirmière. Les infirmières seront de plus en plus nombreuses dans les années à venir. Les zones

de désertification médicale vont perdurer des années encore avec de nouveaux comportements qui vont renforcer ces difficultés chez les médecins comme l'augmentation du travail à temps partiel et, avec la féminisation de la profession, le nombre de congés maternité à remplacer pour assurer la continuité des soins.

Afin de poursuivre ce travail, il faudrait analyser les différents modèles juridiques de l'exercice infirmier dans les différents pays de l'Union Européenne afin de voir comment ils ont répondu à la problématique de l'évolution de l'exercice infirmier et à sa sécurisation juridique.

En parallèle, c'est la formation qui doit être développée avec une intégration complète à l'Université et la création de diplômes intermédiaires, sur le modèle du Royaume-Uni, et la création d'une faculté des sciences infirmières et d'un doctorat en science clinique infirmière.

Les enjeux sont multiples pour la profession mais elle a su montrer par le passé qu'elle était prête à les relever à condition de la laisser s'exprimer et prendre pleinement sa place dans le paysage sanitaire français, au même titre que d'autres acteurs en santé.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES :

CORNU G., Vocabulaire juridique, 11ème édition, PUF, 2016.

LAUDE A., MOURALIS J-L., PONTIER J-M., Droit de la santé, Lamy.

LAUDE A., TABUTEAU D., Le droit des malades, PUF, 2016.

MOQUET- ANGER M-L., Droit Hospitalier, 4ème édition, Lextenso éditions, 2016, P 295

EDWARD T. HALL, La Dimension cachée, seuil, 1971

HESBEEN W., « Prendre soin à l'hôpital » Paris, inter édition, 1997, 208 p.

KNIBIEHLER Y., Cornettes et blouses blanches : les infirmières dans la société française (1880-1980), Paris, Hachette, 1984

HENDERSON V., infirmière, enseignante, chercheuse américaine (1897-1996), « La nature des soins infirmiers » par V. Henderson et MF. Collière InterEditions juin 1994 P84

SVANDRA P., « Comment développer la démarche éthique en unité de soins ? Pour une éthique de la responsabilité soignante » estem 1 aout 2005 P 48

POLETTI R., « Les soins infirmiers : théories et concepts » édition Centurion, infirmières d'aujourd'hui, 1978, P44

PEPLAU H., Docteur en éducation, Les relations interpersonnelles en soins infirmiers (traduction de l'édition américaine en 1988 par Anne Pietrasik), interEditions, Paris, France 1995

HENDERSON V., Principles and practice of nursing, Macmillian, New York, 1978

SOURCES. TEXTES OFFICIELS :

Constitution et Codes

Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789

Préambule de la Constitution de 1946

Code de la santé publique

Code civil

Code de l'action sociale et des familles

Code du travail

Code pénal

Lois et ordonnances

Loi du 7 aout 1851 sur les hôpitaux et hospices, JORF du 20 aout 1944

Loi du 21 décembre 1880 autorise l'enseignement secondaire public aux jeunes filles, JORF du 22 décembre 1880

Loi du 16 juin 1881 « établissant la gratuité absolue de l'enseignement primaire dans les écoles publiques, JOFR du 17 juin 1881

Loi du 15 juillet 1893 institue l'assistance médicale gratuite, JORF du 18 juillet 1893

Loi du 9 décembre 1905 concernant la séparation des églises et de l'Etat

Loi du 5 avril 1928 sur les assurances sociales, JORF du 12 avril 1928 modifiée par la Loi des assurances sociales du 30 avril 1930, JORF du 1er mai 1930

La loi n° 7443 du 30 juin 1838 dite « Loi des aliénés »

Loi n°5060 du 21 décembre 1941, réorganisation des hôpitaux et des hospices civils, JORF du 30 décembre 1941

Ordonnance du 2 novembre 1945 sur la protection maternelle et infantile, JOFR du 5 novembre 1945

Loi dite VEIL n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse, JORF du 18 janvier 1975 page 739

Loi n°78-615 du 31 mai 1978 modifiant les art. L473 (définition de la personne exerçant la profession d'infirmière), et publiée au JORF du 1 juin 1978

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et publiée au JORF le 5 mars 2002

Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, Article 51, JORF n°0167 du 22 juillet 2009

Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, JORF n°0172 du 26 juillet 2019 texte n°3

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, JORF n°0022 du 27 janvier 2016

Loi LEONETTI-CLAYES du 2 février 2016, créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, JORF n°0028 du 3 février 2016

Ordonnance du 21 avril 1944 qui a élargi le droit de vote aux femmes.

Décrets

Décret du 27 juin 1922 publié au JORF du 1 juillet 1922 portant institution du brevet de capacité d'infirmières professionnelles

Décret n°47-1544 du 13 août 1947 instituant un diplôme d'état de puéricultrice, JOFR du 20 août 1947

Décret n°93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmières, publié au JORF n°41 du 18 février 1993

Décret n°95-926 du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé, JORF n°193 du 20 août 1995

Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code, JORF n°183 du 8 août 2004

Décret n°2007-974 du 15 mai 2007 instituant le HCPP (Haut Conseil des Professions paramédicales), JOFR du 16 mai 2007

Décret n° 2015-74 du 27 janvier 2015 relatif aux conditions de réalisation de certains actes professionnels en bloc opératoire, JORF du 29 janvier 2015

Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie, JORF du 27 novembre 2016

Décret n° 2018-596 du 10 juillet 2018 relatif à l'établissement des listes nominatives des infirmiers et des pédicures-podologues salariés en vue de leur inscription au tableau de l'ordre, JORF n°0159 du 12 juillet 2018

Décret n°2018-629 du 18 juillet 2018 portant création de nouvelles modalités d'exercice pour l'infirmière en créant l'infirmière en pratique avancée, JOFR du 19 juillet 2018

Décret n°2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée, JORF du 19 juillet 2018

Décret n°2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'Etat d'I.P.A, JORF du 19 juillet 2018

Décret n°2019-836 du 12 août 2019 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée mention psychiatrie et santé mentale, JORF du 13 août 2019 texte n°25

Arrêtés

Arrêté du 6 janvier 1962 des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant être pratiqués par des auxiliaires médicaux ou par des directeurs de laboratoires d'analyse médicales non médecins, JORF du 1 février 1962

Arrêté du 22 octobre 2005 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant.

Arrêté du 13 avril 2007 fixant la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers sont autorisés à prescrire, JORF n°88 du 14 avril 2007 page 6861

Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'état d'infirmier et publié au JORF n°0181 du 7 août 2009 page 13203.

Arrêté du 29 juin 2011 modifiant l'arrêté du 13 novembre 1964 relatif à la validation de titres pour l'exercice de la profession d'infirmière pour les sages-femmes, JORF n°0158 du 9 juillet 2011

Arrêté du 25 novembre 2016 fixant le cahier des charges de définition de l'équipe de soins, publié au JORF n°0280 du 2 décembre 2016 texte n°32

Arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée. Publié au JORF n°0164 du 19 juillet 2018 texte n°43

Arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée. Publié au JORF n°0164 du 19 juillet 2018 texte n°22

Arrêté du 18 juillet 2018 fixant la liste des pathologies chroniques stabilisées, JORF n°0164 du 19 juillet 2018 texte n°21

Circulaires et instructions

Circulaire n°7083 du 28 octobre 1902 rend obligatoire les écoles d'infirmières et donne la première définition de l'infirmière.

THESE :

A. JAUNAIT thèse soutenue en 2005 « Comment pense l'institution médicale ? » Dalloz P 227-228

RAPPORTS :

Rapport BERLAND Y., n°2002135, Novembre 2002, « Démographie des professions de santé » site de la HAS

Rapport d'étape, BERLAND Y., octobre 2003, « Coopération des professions de santé : transfert de tâches et de compétences » La documentation française P46

Travail de monographie réalisé en 2007 par la DHOS dans le cadre de l'ONEMFPH (Observatoire national des emplois et des métiers de la fonction publique hospitalière)

Bilan de la HAS sur « Les protocoles de coopérations – art 51 – Bilan du dispositif, évaluation 2014 », site de la HAS

Rapport, « La démographie des autres professions de santé (RPPS et Adeli) » publié par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) le 8 avril 2015

Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire, « Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer », janvier 2011, présenté par Laurent Henart, Yvon Berland et Danielle Cadet, Site du ministère des solidarités

REVUES-MANUELS-ARTICLES :

Stratégie Nationale de Santé (SNS) 2018-2022, <https://solidarite-sante.gouv.fr>

SAFON MO., Les reformes hospitalières en France, aspects historiques et réglementaires, Centre de documentation de l'IRDES, septembre 2017 P1-2

HAS, Manuel de certification V2010, chapitre 2, prise en charge des patients, incitation au travail en équipe P47 à P78

Article HAS du 21 juillet 2014, Travailler en équipe, site HAS

Code international de déontologie pour les infirmières a été adopté pour la première fois par le Conseil International des Infirmières en 1953

Formation professionnelle : « Guide pratique de la réforme » – novembre 2014 travail emploi.gouv.fr

Instruction DGOS n°2011-188 du 19 mai 2011 relative à l'identification et au cahier des charges des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique.

Article « Portraits de médecins, Madeleine BRES née GEBELIN 1842-1925 » Site national de l'Ordre des médecins

Site de l'Ordre national des médecins : chiffres clés médecins inscrits 2010-2018 P1-2

LAVIGNE S., PhD, article dans « Prendre soin » du 22 avril 2016 « Raisonement clinique : vestige du passé ou nécessité du présent ? »

FORNEROD P, 2005 La pratique du soin infirmier au XXI^e siècle. Repères conceptuels d'une pratique réflexive. Cahier n°106 de la section des sciences de l'éducation de l'Université de Genève.

Site AMELI : Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) des sages-femmes mise à jour en juin 2018

Archive de l'AP-HP, La Salpêtrière « L'histoire de l'école d'infirmière de la Salpêtrière »

« Observatoire des métiers » édition EMS 2005, Réforme des études infirmières faisant suite aux accords européens de 1967-1968, P69

Site de l'Ordre National des Médecins : Pratiques avancées, lentement mais sûrement. Article du 12 juin 2018

DiCenso A., Bryant-Lukosius D., Martin-Misener R., Donald F., Abelson J., Bourgeault I., et al., « Factors enabling advanced practice nursing role integration in Canada », *Nursing leadership*, 2010 ; 23 Spec n°2010 : 2011-38.

Contandriopoulos D., Brousselle A., Dubois C.A., Perroux M., Beaulieu M.D., Brault I., et al., "A process-based framework to guide nurse practitioners integration into primary healthcare teams: results from a logic analysis", *BMC health services research*, 2015; 15(1) : 1-11.

ANNEXE

ANNEXE

Quelques dates marquantes dans l'histoire des femmes en France

En 1791, la déclaration des droits de la femme et de la citoyenne est publiée : la femme demeure égale à l'homme en droits.

En 1836, l'ordonnance du 23 juin organise l'enseignement primaire pour les filles.

En 1861, Julie DAUBIE est la première femme autorisée à se présenter au Baccalauréat.

En 1900 le barreau est ouvert aux femmes : Jehanne CHAUVIN devient la première avocate

En 1907, les femmes mariées peuvent disposer librement de leur salaire

En 1938, les femmes peuvent s'inscrire à l'université sans l'autorisation de leur mari

En 1944, les femmes obtiennent le droit de vote et d'éligibilité par ordonnance du général de Gaulle

En 1946, le principe d'égalité entre les femmes et les hommes dans tous les domaines est inscrit dans le préambule de la constitution

En 1947, Germaine POINSO-CHAPUIS est la première femme nommée ministre de la santé et de la population.

En 1966, les femmes peuvent gérer leurs biens propres et exercer une activité professionnelle sans le consentement de leur mari

En 1967, la loi autorise la contraception

En 1970, la loi relative à l'autorité parentale conjointe supprime la notion de chef de famille du code civil

En 1972, L'Ecole Polytechnique devient mixte : c'est une femme qui est majeure de promotion

En 1972, le principe d'égalité de rémunération entre les hommes et les femmes pour les travaux de valeur égale est reconnu

En 1975, L'obligation de mixité dans tous les établissements publics d'enseignement est créée

En 1975, la loi autorise l'interruption volontaire de grossesse (IVG)

En 1983 puis 2001, la loi établit l'égalité professionnelle entre les hommes et les femmes

En 2006, la loi relative à l'égalité salariale entre les hommes et les femmes vise la suppression des écarts de rémunération.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
PARTIE I : LA PRATIQUE INFIRMIERE, UN EXERCICE EN CONSTANTE EVOLUTION..	7
Chapitre 1. La profession façonnée à travers les grandes périodes de l'histoire française	7
Section 1. Un métier étroitement lié à la place des femmes dans la société.....	7
& 1. Le « prendre soin », une tâche par nature confiée aux femmes.....	8
A. Du soin fondé sur la charité à la laïcisation et à la technicisation du soin	8
1. Les soins consacrés.....	8
2. De l'hospice à l'hôpital	9
B. La division de la fonction soignante	11
1. Mieux répondre aux besoins de santé de la population	11
2. Naissance de la pluridisciplinarité et du travail en équipe	12
& 2. De l'apprentissage par l'action aux savoirs disciplinaires	13
A. La professionnalisation de la fonction	14
B. Une reconnaissance professionnelle par les compétences.....	17
1. De l'apprentissage à l'acquisition des compétences	17
2. Des compétences nouvelles.....	18
Section 2. La collaboration infirmière – médecin	20
& 1. Une histoire basée sur l'inégalité (genre, statut, éducation).....	20
A. Une collaboration asymétrique	20
1. La question du genre dans la profession infirmière	20
2. La place de l'infirmière dans la relation de travail avec le médecin	22
B. La singularité de la relation	23
1. Un exercice sur prescription médicale	23
2. Le rôle propre/rôle sale.....	24
& 2. De « l'infirmière du médecin » à « l'infirmière du patient »	24
A. La place du patient dans la relation de soin	25
1. La relation singulière médecin-patient	25
2. La relation infirmière-patient	26
B. Le rôle autonome de l'infirmière	27
1. Une relation basée sur la confiance	28
2. Raisonnement clinique et diagnostic infirmier.....	29
Chapitre 2. La nature juridique des « soins infirmiers »	31
Section 1. Le concept en « soins infirmiers ».....	31
& 1. L'attention et l'intention dans le soin	31
A. La définition du soin.....	32
1. L'action du soin	32
2. Les actes professionnels.....	33

B.	La prise en soins des patients par les infirmières.....	33
1.	La réalisation des « soins infirmiers », une spécificité infirmière	34
2.	Le diagnostic infirmier	34
& 2.	Les « soins infirmiers » réalisés par d'autres professionnels de santé.....	36
A.	Une évolution récente de la codification dans le code de la sécurité sociale	36
1.	La nomenclature de la sécurité sociale.....	36
2.	Les sages-femmes et les soins-infirmiers	37
B.	La science clinique infirmière au regard des autres professions de santé	37
1.	Les grands courants de pensées de la science clinique infirmière	38
2.	Un premier pas vers la pratique avancée.....	39
Section 2.	Une profession réglementée	40
& 1.	Le statut d'auxiliaire médicale.....	40
A.	Une « dérogation » à l'exercice illégal de la médecine.....	41
1.	La protection du corps humain	41
2.	Les conditions d'exercice	42
B.	Des actes professionnels dépendant du médecin.....	43
& 2.	Infirmière, une profession généraliste	45
A.	Des zones frontières d'exercice entre les professions de santé	45
B.	Un exercice très encadré.....	46
PARTIE 2 : UNE REGLEMENTATION INSUFFISANTE POUR SECURISER		
L'EVOLUTION DE L'EXERCICE INFIRMIER.....		
48		
Chapitre 1.	Le rôle des professions bousculé par la création du statut d'infirmier en pratiques avancées	48
Section 1.	L'IPA, une réponse aux besoins de santé de la population.....	49
& 1.	De nouveaux profils d'infirmières.....	49
A.	Une inquiétude des professions	49
1.	Du corps infirmier	50
2.	Du corps médical.....	51
B.	Une implantation à préfigurer pour les professions de santé	52
1.	Un nouveau mode d'exercice pour l'infirmière.....	52
2.	Une extension de son champ d'exercice	54
& 2.	IPA, une autonomie très encadrée.....	54
A.	La place de l'équipe pluridisciplinaire dans l'exercice de l'IPA	55
B.	Le protocole d'organisation, un prérequis.....	56
1.	La rédaction du protocole.....	57
2.	La responsabilité des acteurs.....	58
Section 2.	Un changement historique dans la relation de soins avec le médecin.....	60
& 1.	Vers une relation plus symétrique.....	60
A.	La relation de confiance.....	60

B. Les échanges professionnels	61
1. La transmission des informations	61
2. Le ré-adressage du patient au médecin	62
& 2. Le respect des droits du patient	63
A. Information et droit de refus	63
B. Le droit du malade au libre choix de son praticien	65
Chapitre 2. La sécurisation de l'exercice infirmier	66
Section 1. Le rôle de l'Ordre infirmier	67
& 1. De nouveaux droits et obligations pour les infirmiers	67
A. Un cadre juridique, des règles éthiques	67
1. La difficile création de l'Ordre infirmier	68
2. Une inscription obligatoire au tableau de l'Ordre	70
B. La déontologie des infirmiers	71
1. Des règles professionnelles au code de déontologie	72
2. Des valeurs partagées par une profession.....	73
& 2. Une juridiction ordinale	75
A. La procédure disciplinaire.....	75
B. La jurisprudence de la chambre disciplinaire nationale.....	77
Section 2. Des hypothèses de sécurisation pour demain	79
& 1. Un enjeu pour les patients, les professionnels de santé et l'Etat.....	79
A. L'IPA, une opportunité de clarifier le rôle des professionnels	79
1. Les parcours de soins.....	79
2. L'IPA et l'équipe de soins.....	80
B. Vers une extension des spécialités infirmières	81
& 2. Une classification des métiers dans le CSP plus conforme à l'exercice infirmier	82
A. Une clarification nécessaire des rôles et de la place des professionnels	83
B. Vers un nouveau modèle juridique entre le médecin et l'infirmière.....	83
CONCLUSION	86
BIBLIOGRAPHIE	90
ANNEXE.....	97
TABLE DES MATIERES	99

L'évolution des besoins de la population en matière de santé combinée aux avancées scientifiques et techniques des dernières années a encouragé les infirmières à expérimenter et à étendre leur activité dans des domaines hier réservés exclusivement aux médecins.

Il en résulte que le métier de l'infirmière est en pleine évolution, qu'il s'agisse de la réingénierie de la formation ou de l'apparition de nouveaux profils infirmiers avec l'augmentation de l'offre de formation continue. Il en résulte un risque de plus en plus élevé de glissement de tâches entre le médecin et l'infirmière. Les zones frontalières d'exercice entre les professionnels de santé sont de plus en plus fines et la délimitation de l'exercice imputable à l'une ou l'autre des professions, de plus en plus difficile à identifier.

A l'heure de l'implantation de l'Infirmière en Pratique Avancée (IPA), il faut appréhender l'ensemble de l'exercice infirmier afin d'identifier les leviers qui permettraient une clarification des rôles et des activités afin de sécuriser son activité. C'est analyser comment la profession s'est peu à peu professionnalisée au travers de son histoire professionnelle et comment la réglementation est insuffisante à sécuriser l'évolution de l'exercice infirmier.

Mots clés :

Evolution - Infirmière – Médecin – Pratiques soignantes – Soins - Coopération entre professionnels – Infirmière en pratique avancée - Glissement de tâches – Réglementation - Exercice illégal – Ordre infirmier - sécurisation