



Année universitaire **2021-2022**

Mémoire de Master 2 Droit de la santé

Parcours Droit et Éthique des professions et des établissements de santé.

Université de Rennes 1 co-accrédité avec l'École des Hautes Études en Santé Publique

LA COOPÉRATION MÉDECIN - INFIRMIER

« une réponse aux enjeux de santé »

Présenté par **Nicolas MILLEVILLE**

Sous la direction de **Madame Le Professeur Marie-Laure MOQUET ANGER**

Professeur agrégé de Droit public, Université Rennes 1

Mémoire présenté le 15/09/2022 devant un jury composé de :

► **Madame Le Professeur Marie-Laure MOQUET ANGER**

Professeur agrégé de Droit public, Université Rennes 1

► **Maître Gaëtane TINOT-THOMAS**

Docteur en Droit, Université Rennes 1, Avocate au Barreau de Nantes

REMERCIEMENTS

En préambule à ce travail, je souhaite adresser mes remerciements aux personnes qui m'ont apporté leur soutien et qui ont contribué à son élaboration.

Je tiens à remercier sincèrement ma directrice de mémoire, madame le Professeur Marie Laure MOQUET ANGER qui m'a accompagné et a fait preuve de beaucoup de bienveillance à mon égard, s'est montrée à l'écoute et disponible tout au long de la réalisation de ce travail, je la remercie profondément pour l'aide et le temps précieux qu'elle a bien voulu me consacrer.

J'exprime toute ma gratitude à mon épouse Aurélie et mes enfants Amée-Lyse et Flavien pour leurs encouragements, leur soutien et leur patience durant ce parcours.

Merci à ma famille et mes frères, dont la sollicitude a permis l'accomplissement de ce travail.

Enfin, j'adresse mes remerciements aux élus ordinaires, consœurs et confrères, collègues et amis en leurs grades et qualités qui lors d'échanges ont contribué à m'éclairer.

Merci à toutes et à tous.

SOMMAIRE

PARTIE I - MÉDECIN, INFIRMIER UNE COOPÉRATION CENTRÉE AUTOUR DU PATIENT.

CHAPITRE I - DES RAPPORTS CONCOURANT À L'EFFECTIVITÉ DES SOINS ET DES DROITS DES PATIENTS.

CHAPITRE II - DES INSTRUMENTS STRUCTURANTS PERMETTANT D'ADAPTER LA COOPÉRATION MÉDECIN INFIRMIER.

PARTIE II - UNE COOPÉRATION REPENSÉE EN VUE DE L'ADAPTATION AUX ENJEUX DU SYSTÈME DE SANTÉ.

CHAPITRE I - RENFORCER LA COOPÉRATION MÉDECIN INFIRMIER POUR AMÉLIORER L'EFFICIENCE DE L'ORGANISATION DES SOINS.

CHAPITRE II - PENSER LA COOPÉRATION MÉDECIN INFIRMIÈRE AUTOUR DE LA QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE ET DE L'ÉVOLUTION DES BESOINS DES USAGERS.

ABRÉVIATIONS

ANDPC : Agence nationale du développement professionnel continu

ARS : Agence régionale de santé

ASALEE : Actions de santé libérale en équipe

CLIO Santé : Comité de liaison inter ordre de santé

CNAMTS : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

CNCP : Comité national des coopérations interprofessionnelles

CNP : Conseil national professionnel

CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé

CRSA : Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie

CSBM : Consommation de Soins et Bien Médicaux

CTS : Comité Territorial de Santé

DAC : Dispositif d'appui à la coordination

DMP : Dossier médical personnel / Dossier médical partagé

DPC : Développement professionnel continu

DRESS : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

ENS : Espace numérique en santé

ESP : Equipe de soins primaires

HAS : Haute Autorité de Santé

HCPP : Haut Conseil des Professions Paramédicales.

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers.

IPA : Infirmière en pratique avancée

ABRÉVIATIONS

LFSS : Loi de Financement de la sécurité sociale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONDAM : Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie

PSAD : Prestataires de santé à domicile

RGPD : Règlement général relatif à la protection des données

SMUR : Structures mobiles d'urgence et de réanimation

INTRODUCTION

« Une chaîne est aussi solide que son maillon le plus faible. » Cet adage illustre comment est bâti notre système de santé. Il est fait référence à un phénomène physique classique de tension s'appuyant sur les lois de Newton. Ainsi, la tension exercée sur une chaîne est répartie entre ses différents maillons et chaque maillon subit la même force. Donc, si la tension est suffisante pour briser un seul maillon, alors elle sera suffisante pour briser la chaîne. Ce principe physique bien connu s'applique à différents domaines : l'ingénierie, l'architecture, la mécanique. Il peut également s'appliquer aux disciplines des sciences humaines et sociales ainsi qu'au domaine de la santé et, particulièrement, à l'organisation du système de soins en considérant alors les rapports entre ses différents acteurs – politiques, offreurs de soins et usagers du système de santé – comme les maillons de cette chaîne.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme « Un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité¹. »

Ainsi, le système de soins peut se représenter sous la forme d'une chaîne, soumise à des contraintes et entraînant des tensions sur chacun des maillons.

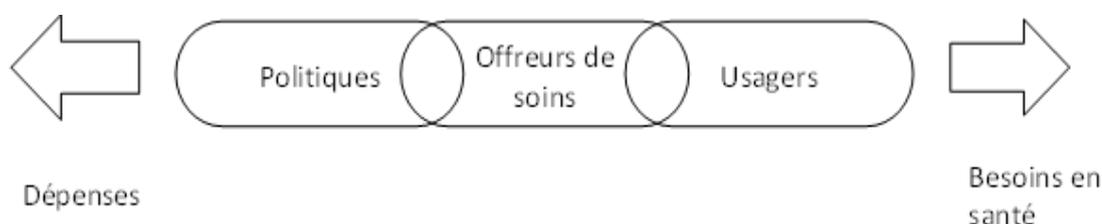


Figure 1 : Représentation du système de soins

D'un côté, la politique contraint le système par la maîtrise des dépenses et par l'égal accès aux soins. De l'autre, l'utilisateur le contraint par un accroissement des besoins de santé et une exigence de performance. Aussi, les

¹ Constitution de l'OMS. (1946, 22 juillet). Organisation Mondiale de la Santé. Consulté sur le site de l'OMS

professionnels de santé subissent ces contraintes de part et d'autre par la mise en tension du système. La force de ce système réside dans la résilience des professionnels de santé. La pandémie de Covid-19 a exposé les fortes tensions auxquelles était soumis le système de soins et a mis en lumière ses acteurs, les professionnels de santé, qui, par leur adaptation, ont permis de traverser cette épreuve et d'absorber la mise en « surtension » du système de soins.

Rappelons ces images où la population se donnait rendez-vous à 20 h aux fenêtres pendant le premier confinement au printemps 2020 et témoignait son soutien aux soignants en les applaudissant². Parmi les professions de santé, en 2018³, deux étaient les plus plébiscitées par les Français ; il s'agit des infirmiers et des médecins. Ces professions réglementées, par leur place dans la société et leur rôle particulier dans la santé, jouissent d'une grande popularité. Pour ce qui est de la profession infirmière, celle-ci nourrit une relation étroite avec la médecine avec laquelle elle partage à la fois un exercice polyvalent et une utilité sociale dans la relation triangulaire la liant aux usagers du système de santé.

Afin de délimiter notre sujet, il apparaît nécessaire, dans un premier temps, de s'intéresser à l'approche sociologique et historique de ces deux professions, afin de mieux comprendre leur rapport pour, dans un deuxième temps, aborder leur environnement, le système de santé et ses enjeux à venir.

À partir de 1662, Louis XIV demande la création, dans chaque grande ville, d'un hôtel-Dieu et d'un hospice pour y recevoir et placer les pauvres, vieillards, vagabonds, enfants orphelins et prostitués. L'objectif était plus sanitaire qu'humaniste, puisqu'on associait déjà le développement des maladies à la misère. La médecine moderne commençait à se structurer à mesure que la population augmentait et que les épidémies se développaient. L'État prend

² Le Monde. (2020). « Coronavirus : applaudir les soignants mais aussi les armer ». Consulté sur le site du journal Le Monde.

³ Odoxa. (2018). Baromètre santé 360 consacré aux professions libérales de santé. Consulté sur le site de ODOXA.

conscience de la nécessité de développer la sanitarisation de sa population. Mais l'accès aux médecins était essentiellement réservé aux nobles et notables. Les malades, infirmes et pauvres de la société étaient pris en charge par des institutions ecclésiastiques. La révolution brise brutalement ces prémices d'organisation sanitaire en souhaitant abolir l'ensemble des privilèges. L'ambition d'égalité sociale de la révolution se concrétise par les décrets des 28 juin et 8 juillet 1793 relatifs « à l'organisation des secours à accorder annuellement aux enfants, aux vieillards et aux indigents » créant le corps des officiers de santé. Le texte⁴ précise qu'il « sera établi près de chaque agence un officier de santé chargé du soin de visiter à domicile et gratuitement tous les individus secourus par la nation, d'après la liste qui lui sera remise annuellement par l'agence ». C'est la naissance des auxiliaires médicaux et de la volonté pour l'État de mettre en œuvre la santé publique. Les officiers de santé n'étaient pas Docteurs en médecine, car leur formation était essentiellement clinique et de plus courte durée. Ils exerçaient une médecine de premier recours dans les campagnes. Pour Michel-Augustin Thouret⁵, directeur de la faculté de médecine de Paris au début du XIX^e siècle, les Officiers de santé devaient porter les premiers secours aux malades et aux blessés ; traiter les affections les moins graves ; s'occuper des pansements communs et journaliers. Leur principale qualité devait consister à reconnaître les cas où ils ne devaient pas agir. En 1803, l'exercice de la médecine est réglementé par la loi du 10 mars⁶. La médecine se structure, s'organise autour des facultés. Elle progresse et se démocratise sur l'ensemble du territoire. Seuls les médecins et les officiers de santé peuvent l'exercer afin de limiter le développement du charlatanisme. Progressivement, le nombre d'officiers de santé décline sous l'influence et l'essor médical hostile à leur développement, par crainte d'une certaine concurrence déloyale et d'une inégalité d'accès aux soins dans une France où les inégalités sociales sont admises. La loi du 30

⁴ Duvergier, J. B. (1834). Collection complète des lois, décrets, ordonnances, règlements et avis du Conseil d'État... : de 1788 à 1830 inclusivement, par ordre chronologique, continuée depuis 1830. Consulté sur le site de la BNF, p.414

⁵ Assemblée Nationale. (s. d.). Michel, Augustin Thouret - Base de données des députés français depuis 1789 - Assemblée nationale. Consulté sur le site de l'Assemblée Nationale

⁶ Académie National de médecine. (2003). La Loi du 19 Ventôse an XI, texte fondateur et expédient provisoire. Consulté sur le site de l'Académie Nationale de médecine

novembre 1892 met ainsi fin à ce double exercice et sacralise le monopole d'exercice médical au seul docteur en médecine.

À la fin du XIX^e siècle, infirmier n'est pas une profession en France, mais une mission dévolue aux congrégations religieuses. La profession d'infirmières se développe et se conceptualise comme discipline dans l'Angleterre victorienne sous l'influence de Florence Nightingale⁷ à l'issue de la guerre de Crimée, avant de se diffuser dans les pays anglo-saxons. En France, le contexte sociopolitique et culturel de l'époque n'est pas ouvert à la construction d'une pensée féminine. Le Code civil prévoyait l'incapacité juridique de la femme et la soumission à son mari : « le mari doit protection à la femme, la femme doit obéissance à son mari⁸ ». Ainsi, en France, la famille et la société se construisent autour d'un modèle patriarcal où la femme est renvoyée à sa conception originelle de maternité et placée en situation d'infériorité politique et éducationnelle. Il faut attendre la III^e République, avec l'avènement de la laïcisation de l'éducation et de la santé par la loi du 15 juillet 1893⁹ et par la Circulaire n° 7083 du 28 octobre 1902¹⁰, pour voir apparaître la première école laïque d'infirmières fondée à la Pitié Salpêtrière par le Dr Bourneville en 1907. En effet, la pratique médicale se développant, il apparaît nécessaire aux médecins de façonner et d'instruire une profession utile à leur exercice, de façon à assurer la bonne exécution de leur prescription. La Première Guerre mondiale et la grippe espagnole de 1918 entraîneront par nécessité le développement du travail des femmes et l'évolution de leur condition, profitant à la professionnalisation et à la reconnaissance de la profession infirmière. En 1922¹¹, le premier « titre d'infirmière » est créé sous l'impulsion de Léonie

⁷ Ashworth Underwood, E. (s. d.). Florence Nightingale. Encyclopædia Universalis. Consulté sur le site Universalis

⁸ Code civil des Français. (1804). Assemblée Nationale. Consulté le 30 avril 2022, consulté sur le site de l'Assemblée Nationale. Livre I, Titre V, article 213, p. 53

⁹ Loi du 15 juillet 1893, assistance médicale gratuite

¹⁰ Circulaire n° 7083 du 28 octobre 1902 rendant obligatoire les écoles d'infirmières et donnant la première définition de l'infirmière « L'infirmière telle qu'on doit la concevoir est absolument différente de la servante employée aux gros ouvrages 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. »

¹¹ Décret du 27 juin 1922, portant institution du brevet de capacité d'infirmières professionnelles

Chaptal¹². Selon Marie Françoise Collière¹³, depuis le début de l'humanité, la répartition des rôles soignants est définie par le genre. Ainsi, la femme assure le maintien et la continuité de la vie en prenant soin et l'homme lutte et protège l'espèce. Ainsi, en France, l'organisation des professions de santé a été influencée par l'histoire même de notre nation et par la construction de la santé publique dans ses différentes composantes¹⁴, si bien que la place de l'infirmière dans le système de santé est non seulement liée à la place de la femme dans la société, mais aussi adaptée à l'évolution des besoins de santé de la population.

Les politiques menées après la Seconde Guerre mondiale ont permis d'aboutir aujourd'hui à structurer une société plus égalitaire entre les sexes et les catégories sociales. Le préambule de la constitution du 27 octobre 1946¹⁵ à valeur constitutionnelle prévoit, selon ses alinéas 10 et 11, que :

La Nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement. Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence.

Par ce principe, l'État est débiteur d'une obligation à l'égard de tout citoyen celle de mettre en œuvre l'égal accès aux soins, impliquant une obligation de moyen, de qualité et de sécurité sur l'ensemble du territoire. Ce principe est d'ailleurs rappelé par la loi du 4 mars 2002¹⁶ précisant ce que nous avons nommé plus haut « les maillons de la chaîne ». Le système de santé peut être considéré comme l'ensemble constitué des professionnels et des établissements de santé, des organismes d'assurance maladie, des

¹² M. Belliard, C. (s. d.). CHAPTAL Léonie (1873–1937). Centre d'études, de documentation, d'information et d'action sociales (CEDIAS). Consulté le 30 avril 2022, sur le site du CEDIAS

¹³ Vigil-Ripoche, M.A. (2011). Marie Françoise Collière - 1930 - 2005. Une infirmière, une historienne, une auteure, une pédagogue, une conceptrice des soins, et ...une femme. Recherche en Soins Infirmiers, sur le site de CAIRN n°107. p 7-22 .

¹⁴ Tabuteau, D., & Morelle, A. (2017). La santé publique. QUE SAIS JE. p. 4

¹⁵ Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 intégré dans le bloc de constitutionnalité de la Constitution du 4 octobre 1958 ;

¹⁶ Article L1110-1 du code de la santé publique ;

organismes ou dispositifs participant à la prévention, à la coordination des soins et aux soins ainsi que des autorités sanitaires et des usagers ayant pour finalité la mise en œuvre du droit fondamental à la santé. Ces différents acteurs de la santé entretiennent entre eux des rapports structurés par le Droit, de manière à répondre à cet objectif en commun. L'État alloue un budget au système de santé sous la forme d'un objectif de dépenses à ne pas dépasser (ONDAM) afin d'en assurer l'équilibre et garantir sa pérennité ; les lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) permettent d'ajuster l'objectif aux besoins de santé.

Ainsi, l'État doit s'adapter à l'évolution des besoins de santé. Les politiques de santé s'efforcent de considérer cette double contrainte en mettant en œuvre des outils d'analyse et d'organisation nécessaires pour répondre aux besoins. Les « besoins » de santé peuvent être définis comme l'écart entre un état de santé constaté et un état de santé souhaité par la collectivité ou ses représentants¹⁷. Partant de cette définition, les besoins de santé peuvent être identifiés de façon analytique par l'intermédiaire d'indicateurs d'état de santé ou de consommation de soins (CSBM). Ils peuvent également être appréciés en matière d'attente par l'expression des usagers et des acteurs du système de santé, c'est-à-dire par l'expression de la démocratie sanitaire. On détermine ainsi une approche globale, générale à l'ensemble du territoire national, mais également une approche particulière concernant un territoire donné. La politique de santé se conçoit désormais de façon générale et adaptative afin de répondre au mieux aux besoins particuliers d'un territoire dans le respect des principes généraux. Elle structure l'offre de soins à partir de ces données en organisant l'offre de santé des établissements par la planification et la territorialisation, son objectif étant l'efficacité du système.

Néanmoins, les enjeux à venir nécessitent la mise en œuvre d'autres mécanismes de régulation de l'offre. La France est aujourd'hui confrontée à l'augmentation de ses dépenses de santé. La crise sanitaire de la Covid-19 a révélé les limites du système, qu'il faut maintenant repenser. L'augmentation

¹⁷ Cases, C. Baubeau, D. (2004). Peut-on quantifier les besoins de santé ? Solidarité & santé, n°1. Consulté sur le site solidaritesante. p.17 - 22.

des dépenses de santé est liée aux progrès médicaux entraînant l'émergence de pathologies liées à l'allongement de la durée de vie. Dépendances, maladies chroniques, inégalités en santé, épidémies nécessitent que les prises en charge soient mieux graduées et coordonnées entre les différents acteurs de la ville et de l'hôpital. Cependant, les professionnels de santé sont répartis de façon inégale sur le territoire. La démographie médicale tend encore à diminuer selon les dernières projections prenant en compte la hausse des besoins de soins de la population¹⁸. Si, paradoxalement, nous n'avons jamais eu autant de médecins, les évolutions de la société et la technicité médicale ont transformé leurs pratiques, leur mode de vie, leurs attentes et aussi le comportement des patients, ce qui induit une diminution du temps médical touchant *in fine* l'accès au soin. Dès lors, le médecin, bien qu'il soit un acteur déterminant dans l'accès au système de santé, ne peut plus à lui seul répondre à l'ensemble des besoins de santé, ce qui nécessite une coopération entre les professions de santé.

Face à ce constat, comment le binôme médecins-infirmiers peut-il répondre à ces nouveaux enjeux ?

Nous l'avons vu précédemment, l'évolution de la société, de la médecine, des techniques médicales et des besoins s'est accompagnée de phénomènes de réorganisation ayant abouti à la création de la profession infirmière en 1922 sous l'impulsion médicale. Le médecin a distribué les rôles de manière à se dégager du temps médical, ce qui a permis le développement de son art et la sacralisation de son monopole d'exercice. Cette organisation médico-centrée du système de santé français expliquerait, selon Didier Tabuteau¹⁹, « que de nombreux actes soient aujourd'hui réservés en France aux médecins alors qu'ils sont pratiqués dans d'autres pays par des professionnels ayant une formation moins complète ». De plus, aujourd'hui, la répartition des tâches entre ces deux professions paraît inadaptée aux enjeux de notre système de

¹⁸Anguis, M., Bergeat, M., Pisarik, J., Vergier, N., Chaput, H. (2021). Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Constat et projections démographiques. Consulté sur le site de la DREES. p. 36 - 66

¹⁹ Tabuteau, D. (2018). Les officiers de santé : un schisme professionnel aux effets délétères et durables. Le concours médical. Tome 140, p.12 - 14

santé. Les médecins réalisent des actes ne nécessitant pas un niveau de compétence très élevé, alors que les besoins élevés d'expertise ne cessent de progresser sans que l'adaptation démographique ne puisse jusqu'ici y répondre. L'offre de soins se retrouve dès lors diminuée et des glissements de tâches sont favorisés comme le relève la haute autorité de santé (HAS) dans son rapport : « on constate des glissements de tâches dans des zones géographiques ou des institutions de soins quand les médecins sont en nombre insuffisant, ce qui génère des situations à haut risque²⁰ ». Ces situations interrogent aujourd'hui sur la répartition des tâches entre les professionnels et l'efficience des dépenses de santé. La profession infirmière, quelle que soit sa spécialité, est la plus concernée dans son exercice au quotidien par son rapport direct avec le médecin, ce qui en fait son plus proche coopérateur.

A partir de là, favoriser la coopération entre médecins et infirmiers permettrait-il de répondre à l'évolution des enjeux du système de santé et de faire évoluer la profession infirmière ?

La profession infirmière a été façonnée par le médecin de façon à ne pas concurrencer directement son exercice, probablement à la suite du « traumatisme » de la période révolutionnaire, puisque « l'invention des officiers de santé a fortement contribué à structurer la représentation du corps médical », comme le relève Didier Tabuteau²¹. Ainsi, comme pour l'ensemble des auxiliaires médicaux²², la coopération entre médecins et infirmiers s'est structurée autour de l'acte médical, la médecine étant le pilier de notre système de santé. En France, la médecine ayant le monopole de la santé, la profession infirmière s'est d'abord adaptée aux besoins médicaux. Aujourd'hui, l'approche est différente au regard à la fois de l'évolution des besoins de santé et de la place qui a été donnée au patient dans le système de santé. Ainsi, il s'agit d'ajuster les professions aux besoins des patients, ce

²⁰ Haute Autorité de Santé, HAS. (2007). Les Nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé : Les Aspects Juridiques. p. 110

²¹ Tabuteau, D. (2018). Les officiers de santé : un schisme professionnel aux effets délétères et durables. Le concours médical. Tome 140, p.12 - 14

²² Code de la Santé Publique, Partie Législative, Quatrième partie, Livre III

qui nécessite non seulement la mise en place d'outils juridiques et techniques permettant d'adapter leur coopération, mais aussi une structuration plus solide de la profession infirmière afin de répondre aux exigences de qualité et de sécurité, considérant que « les aménagements à envisager doivent prendre en compte des éléments hérités de la structuration historique des professions de santé, qui participent de la richesse et de la performance du système français²³ ». Le modèle doit pouvoir évoluer d'un « monopole médical » sur la santé à un « monopole de santé » réservé aux professions de santé réglementées, accordant ainsi une place stratégique à la médecine moderne ainsi qu'un partage des missions et des responsabilités entre les professionnels par la coopération, « L'union faisant la force²⁴ ». Dès lors, les rapports entre les professionnels de santé sont interrogés en ce qui concerne leur périmètre, leur formation, leur cadre réglementaire, leurs responsabilités et leurs organisations autour du patient.

La coopération s'entend comme « Action de coopérer, de participer à une œuvre commune ; collaboration, concours²⁵. » Cette définition laisse entrevoir la finalité dans l'édifice auquel participent le médecin et l'infirmier s'agissant d'améliorer la santé du malade. *Le dictionnaire de sociologie clinique*²⁶ offre une approche intéressante de la définition de la coopération dans le domaine de la santé en abordant ses fondements. Elle pose comme prérequis les notions de « partage » et de « symétrie de reconnaissance » aboutissant à un équilibre de la dynamique en matière de satisfaction mutuelle. Ainsi, « La coopération est une relation de réciprocité équitable entre les partenaires d'un échange, dans une perspective de coévolution. » Elle nécessite l'organisation entre les partenaires dans un cadre défini. Dès lors, la coopération entre ces deux professions nécessite l'acceptation respective de l'évolution de leurs

²³ GÉNISSON, C., MILON, A. (2014). « Coopération entre professionnels de santé : améliorer la qualité de prise en charge, permettre la progression dans le soin et ouvrir la possibilité de définir de nouveaux métiers ». Consulté sur le site du SENAT. p. 30

²⁴ Iliade, Chant XIII, vers 234 et 235. « Même chez les moins bons, l'union fait la force » (traduction de R. Flacelière). On trouve dans d'autres traductions « l'union même de la médiocrité fait la force » ou encore « l'union des guerriers est utile, même des plus timides »

²⁵ Larousse, Éditions. Définitions : coopération - Dictionnaire de français Larousse. Consulté sur le site de LAROUSSE

²⁶ Vandeveldde-Rougale, A., de Gaulejac, V., & Fugier, P. (2019). Dictionnaire de sociologie clinique. Éditions Érès. p160-161

interventions permettant une ouverture à l'autonomisation de la profession infirmière, un renforcement de l'expertise médicale, l'acceptation de cette réorganisation par le patient et enfin la délimitation de règles structurantes. De cette manière, chacun peut en tirer profit dans une relation « gagnant-gagnant ».

Pour ce qui est de l'organisation de ce travail, la partie 1 se concentre sur la construction de la coopération entre médecins et infirmiers autour du patient dans un rapport vertical. La partie 2 s'engage vers une coopération mieux adaptée aux enjeux du système de santé et plus horizontale.

PARTIE I – MÉDECIN ET INFIRMIER : UNE COOPÉRATION CENTRÉE AUTOUR DU PATIENT

« Ce qui fait la grandeur du métier d'infirmier, c'est l'alliance entre la maîtrise des techniques les plus sophistiquées et la dimension humaine fondamentale qui est au cœur de la relation entre le soignant et le patient²⁷. » C'est ainsi que la profession infirmière dans le modèle français s'est construite autour d'une collaboration singulière avec le médecin fondée sur sa relation avec le malade. Cette collaboration trouve ses origines, d'une part, dans l'acte médical²⁸ du médecin dans le cadre de l'exercice réglementaire de sa profession et, d'autre part, dans le rôle propre de l'infirmier centré sur les besoins de la personne concernant les fonctions de maintien et de continuité de la vie, tels qu'introduits par la loi du 31 mai 1978²⁹ relative à l'exercice autonome réglementaire. Ainsi, cette collaboration permet au malade de recevoir des soins en maintenant la dignité de sa personne. Cependant, l'évolution de la société et des besoins de santé nécessitent d'adapter ce modèle de coopération.

Ainsi, les rapports entre médecin et infirmier sont d'abord organisés afin de permettre l'effectivité des soins et des droits du patient (CHAPITRE 1), puis structurés par des éléments apportés par le législateur en vue d'adapter cette coopération (CHAPITRE 2).

²⁷ Delmas, P. Sliwka, C. (2007) Ordre infirmier français enjeux et perspectives : enjeux et perspectives (fonction cadre de santé). Lamarre édition. p. 45

²⁸ Définition de l'Académie de Médecine - acte médical : Acte accompli par un médecin dans le cadre de l'exercice réglementaire de sa profession.

²⁹ Loi n°78-615 du 31 mai 1978 modifiant les art. L473 du code de la santé publique (définition de la personne exerçant la profession d'infirmière)

CHAPITRE I – DES RAPPORTS CONCOURANT À L'EFFECTIVITÉ DES SOINS ET DES DROITS DES PATIENTS

Une approche globale de la santé nécessite que les professionnels de santé orientent leurs actions dans une démarche centrée sur les droits des malades et sur la qualité du système de santé exprimée par la loi du 4 mars 2002³⁰. Ainsi, « Coordonner les activités de soins, mais également les prises en charge sociales, assurer la continuité des soins sont autant d'exigences pour l'exercice du droit à la protection de la santé³¹. » Cette approche façonne les professions de santé à l'aune des attentes de la société et modifie leurs rapports.

Par sa nature, la profession infirmière s'est ainsi adaptée pour répondre à l'évolution des besoins médicaux (Section 1). Cependant, l'évolution des droits du patient a favorisé un changement de paradigme (Section 2).

Section 1 – Infirmier : une profession adaptée aux besoins médicaux

A la fin du XIX^e siècle, à un moment de grande considération pour la science, les hôpitaux se sont structurés afin de disposer de ressources scientifiques médicales – et non pas seulement scientifiques – visant à assurer les soins et les traitements aux malades. L'essor et le développement de la discipline médicale ont ainsi influencé la professionnalisation des infirmiers. C'est ainsi que l'infirmière s'est vu déléguer des actes médicaux et a conceptualisé une activité propre autour de la personne soignée et des sciences humaines.

Dès lors, la profession infirmière s'est construite de façon complémentaire autour de la profession de médecin (paragraphe 1) ; puis, l'évolution des

³⁰ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

³¹ Laude, A., & Tabuteau, D. (2018). Les droits des malades : « Que sais-je ? » n° 4015 (French Édition) (2e éd.). Que sais-je ? p. 57

besoins médicaux a généré différentes formes d'expertise de la profession (paragraphe 2).

Paragraphe 1 – Une complémentarité entre l'exercice du médecin et de l'infirmier

Le Code de la santé publique organise les professions de santé dans sa IV^e partie. Il distingue les professions médicales au 1^{er} livre (art. L4111-1 à L4163-10) ; les professions de la pharmacie et de la physique médicale (art. L4211-1 à L4244-2) ainsi que les professions d'auxiliaires médicaux (art. L4301-1 à L4394-4). Concernant les auxiliaires médicaux, le Code consacre un titre à chacune d'entre elles. La profession infirmière se situe au titre 1 (L4311-1 à L4314-6).

Auxiliaire médical. Bien que peu apprécié par les professionnels concernés, le terme d'« auxiliaire » est intéressant. Il est emprunté au latin *auxiliarius* qui signifie « secours » et est issu de *auxilium*, « aide »³². Il présente plusieurs significations. Le dictionnaire Larousse³³ définit l'« auxiliaire » comme étant « la personne qui apporte sa collaboration, son aide à quelqu'un d'autre dans l'exécution d'un travail », mais également comme « l'employé, ouvrier, manœuvre, etc., dont les services sont utilisés temporairement » et « Qui s'ajoute à quelque chose d'autre, momentanément ou accessoirement. » Ces définitions courantes et peu flatteuses pour certaines n'expriment pas le sens juridique porté par le terme « auxiliaire ». En effet, ce terme s'applique également aux professionnels de la justice et désigne « les différentes personnes qui, bien que n'étant pas investies de la fonction de trancher les litiges à l'instar des magistrats, participent, par l'exercice de leur profession, au fonctionnement quotidien du service public de la justice³⁴ ». Remarquons ici l'approche téléologique ayant pour finalité de permettre le fonctionnement de la justice. Par analogie, la dénomination « auxiliaire de santé » serait sans

³² Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. Définition d'auxiliaire. Consulté sur le site du CNRTL

³³ Larousse, *Ã.* (s. d.). Définitions : auxiliaire, auxiliaires - Dictionnaire de français Larousse. Larousse. Consulté sur le site Larousse

³⁴ Vie Publique - Auxiliaire de justice. Disponible sur le site Vie Publique

doute plus appropriée aujourd'hui, d'autant que le rôle de ces professionnels n'est pas restreint à la médecine, mais complémentaire à celle-ci et ouvert plus largement sur la santé.

La profession infirmière. Les articles L4311-1 à L4311-29 du Code de la santé publique encadrent l'exercice de la profession infirmière. Le premier article est frappé de l'empreinte de l'histoire. En effet, la définition de la profession est peu précise « Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu [...]»³⁵ ». Ainsi, la profession serait une considération donnée en échange d'une habitude liée à la prescription médicale et aux actes médicaux. Le médecin assure des actes médicaux de façon autonome, tandis que l'infirmier réalise des actes médicaux³⁶ par délégation, sans autonomie ou dans le cadre d'un rôle propre en autonomie. Néanmoins, comme pour l'exercice médical, l'exercice infirmier touche au principe d'intégrité du corps humain³⁷. C'est pourquoi, le Code de la santé publique encadre la profession et pose deux prérequis aux conditions d'accès à la profession infirmière : la qualification prévue à l'article L4311-2³⁸ du Code de la santé publique et l'enregistrement prévu au L4311-15³⁹ du même code.

³⁵ Article L4311-1 du code de la santé publique

³⁶ COUSIN, C. (2016) Vers une redéfinition de l'acte médical. [Thèse de doctorat, Université Rennes 1]. p. 120 :

“Il faut donc conclure que ces actes n'ont pas de spécificité intrinsèque au-delà du fait qu'ils sont menés non par un médecin mais par un auxiliaire médical. Dès lors, ces actes changeraient de dénomination selon qu'ils sont effectués par un professionnel médical ou paramédical ? Ainsi, la vaccination faite sur prescription médicale par un infirmier serait-elle un acte de soin infirmier tandis que la vaccination faite par un médecin deviendrait un acte médical ? Cette distinction n'est pas juridiquement significative puisque, mis à part le transfert d'une partie de la responsabilité du médecin au professionnel paramédical, le régime de ces actes est exactement le même. La prescription médicale ne fait en effet que déléguer le traitement à un tiers compétent 611. Il faut comprendre que c'est la prescription et non le fait que l'acte soit effectué par un non-médecin qui a un impact sur le régime légal. Il est donc trompeur d'exclure les actes pratiqués par des professionnels paramédicaux de la qualification d'actes médicaux et il faut soutenir que les professions paramédicales pratiquent des actes médicaux, mais uniquement par délégation d'un médecin.”

³⁷ Article 16-3 du code civil

³⁸ Article L4311-2 du code de la santé publique

³⁹ Article L4311-15 du code de la santé publique

Les soins infirmiers. L'exercice infirmier est réglementé par le Code de la santé publique⁴⁰. Il comporte un large périmètre, puisqu'il se situe à la fois dans la planification, la mise en œuvre des soins infirmiers et la participation à la santé publique. La coopération avec les autres professionnels dans différents champs y tient une place centrale. Son champ d'exercice va au-delà du sanitaire ; il comporte également le champ du social et de l'éducatif. Les soins infirmiers sont de nature pluriel en santé et présentent en substance une dualité. Ainsi, ces soins sont, d'une part, orientés directement vers le patient et réalisés en autonomie, ce qui permet de distinguer le rôle propre⁴¹ pour lequel l'infirmier dispose d'une conduite diagnostique, autorisant un raisonnement intellectuel propre à la profession infirmière. Et d'autre part, réalisés par délégation du médecin, réalisés sans autonomie, puisque l'infirmier n'est pas à l'origine du raisonnement clinique ayant conduit à la commande de ces soins. Ainsi, l'exercice de l'infirmier est à la fois polyvalent – rappelant l'omnivalence de la pratique du médecin dans le champ de la santé – et autonome, avec un rôle qui lui est propre, ce qui en fait le plus proche coopérateur du médecin. Son exercice épouse les contours de celui du médecin et le prolonge par la mise en œuvre de ses prescriptions, plaçant le patient comme l'objet de leur coopération. Ceci permet de distinguer dans les soins infirmiers les actes infirmiers des actes médicaux réalisés par l'infirmier.

Les actes infirmiers. Comme nous l'avons vu précédemment, les soins infirmiers ne sont pas uniquement médicaux. En effet, le Code de la santé publique précise que l'infirmier peut également pratiquer des actes sans prescription médicale. Ces actes considérés comme faisant partie de leur « rôle propre »⁴² ont pour objet « les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes ». Ces actes sont listés à l'article R4311-5⁴³ et visent à « identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son

⁴⁰ Article R4311-1 à R4311-3 du code de la santé publique

⁴¹ R4311-3 du code de la santé publique

⁴² Article R4311-3 et R4311-6 du code de la santé publique

⁴³ Article R4311-5 du code de la santé publique

environnement comprenant son information et celle de son entourage ». Ainsi, l'infirmier dispose d'un champ d'autonomie pour lequel il est amené à identifier les besoins de la personne ; poser un diagnostic infirmier ; formuler des objectifs de soins et mettre en œuvre les actions appropriées qu'il se doit d'évaluer. Ce rôle propre lui confère une réelle expertise et un savoir spécifique dans la dispensation de certains actes en rapport direct avec le respect de la dignité du patient – rôle propre conceptualisé en sciences infirmières comme le « care »⁴⁴ – en distinction des actes médicaux qu'il réalise sous délégation médicale – rôle sur prescription conceptualisé en sciences infirmières comme le « cure ».

Les actes médicaux. Lorsque l'infirmier réalise des actes médicaux, il reçoit une habilitation par le médecin. Celle-ci s'exprime par la prescription et conditionne donc la réalisation de ces actes par l'infirmier. En dehors de cette habilitation, les faits revêtent la qualification juridique d'exercice illégal de la médecine conformément aux dispositions de l'article L4161-1⁴⁵. Cependant, le médecin ne peut décider des actes délégués. En effet, concernant les actes médicaux, le champ d'exercice de l'infirmier est rigoureusement encadré par des dispositions réglementaires limitant les actes pouvant être réalisés par l'infirmier⁴⁶. Aujourd'hui, cela représente une contrainte, puisque l'évolution de la médecine est rapide et l'intervention de l'exécutif fastidieuse. À titre d'exemple, il a fallu attendre le 1^{er} février 2021 pour que l'acte « 4° bis surveillance et retrait de cathéters périmerveux pour analgésie postopératoire mis en place par un médecin » soit ajouté à l'article R4311-7, et ce alors même que cette technique se pratiquait depuis plusieurs années et qu'une LFSS permettait le remboursement de la prise en charge des dispositifs médicaux par les prestataires de santé à domicile (PSAD). Cette absence plaçait les praticiens dans l'illégalité et le patient, dans l'inconfort d'une problématique médico-juridique insoluble.

⁴⁴ Poisson, M. (2015). Au-delà du cure et du care : l'histoire de la relation médecin-malade comme source de réflexion pour penser la relation infirmière-malade au XXI^{ème} siècle. Recherche en soins Infirmiers, Vol 122, n°3. p. 26 – 38. Consulté sur le site de CAIRN

⁴⁵ Article L4161-1 du code de la santé publique

⁴⁶ Article R4311-7 et R4311-9 du code de la santé publique

La complémentarité entre l'exercice du médecin et celui de l'infirmier est précieuse, car elle permet une distribution des activités concourant à la qualité et la sécurité des prises en charge. Néanmoins, la frontière entre soins et médecine tend à s'atténuer au profit d'une dimension globale du soin incluant la médecine. Aussi, un encadrement réglementaire par compétences serait sans doute plus approprié de nos jours, facilitant leur coopération. Ainsi, il contribuerait à une meilleure efficacité de l'offre de santé. L'exercice de l'infirmier s'est adapté à la pratique de la médecine par le développement de domaines d'expertise par la spécialisation en réponse aux besoins médicaux.

Paragraphe 2 – L'expertise infirmière sous différentes formes en réponse à l'évolution des besoins médicaux

Évoluant au contact direct de l'exercice médical, la profession infirmière s'est façonnée afin de répondre aux enjeux des besoins médicaux en développant de l'expertise dans différents domaines. Cette expertise a participé à l'amélioration des prises en charge complexes et a favorisé le développement de l'offre de soins en réponse aux différents enjeux de santé tout en apportant à la profession des perspectives d'évolution contribuant à sa spécialisation.

L'infirmière puéricultrice. Au début du XX^e siècle, les politiques de santé, qui sont marquées par les ravages de la guerre et d'épidémies (syphilis, tuberculose) ainsi que par une mortalité infantile élevée, sont orientées autour de l'hygiène publique et de l'éducation. En réponse à ces enjeux de santé, la profession infirmière se structure sous l'influence de la médecine et s'oriente vers les soins donnés aux enfants. Après la Seconde Guerre mondiale, c'est par décret⁴⁷ que le diplôme d'État de puéricultrice contribue à l'expertise de la profession dans une approche populationnelle en complémentarité de l'exercice médical. Pour le médecin, la puéricultrice est « l'aide technique du pédiatre, de la même manière que la sage-femme est l'aide technique du

⁴⁷ Décret n° 47-1544 du 13 août 1947 instituant un diplôme d'État de puériculture.

gynécologue accoucheur⁴⁸. » La formation relève du ministère chargé de la santé⁴⁹. Le diplôme d'État d'infirmière puéricultrice est délivré par le préfet de région après une formation théorique et pratique dispensée aux infirmiers diplômés d'État ou aux sages-femmes diplômées d'État dans une école de puériculture⁵⁰. L'infirmière puéricultrice diplômée d'État bénéficie d'un cadre juridique lui reconnaissant des compétences concernant les enfants de la naissance à l'adolescence⁵¹. Toutefois, elle ne dispose que d'une exclusivité d'exercice limitée uniquement à la réanimation néonatale⁵². Les compétences de cette spécialisation mériteraient davantage de reconnaissance au regard de l'expertise que ces professionnels apportent et de la population concernée.

L'infirmier de bloc opératoire. Le développement de la chirurgie moderne au XX^e siècle a nécessité d'assister le chirurgien dans la réalisation de ses actes. En 1971 est créé le premier diplôme permettant d'exercer la fonction particulière d'infirmier de salle d'opération et d'améliorer la sécurité opératoire⁵³. Il sera par la suite, en 1992⁵⁴, remplacé par un diplôme d'État. L'objectif est de renforcer la qualification des infirmiers exerçant en bloc opératoire au regard des risques liés à la prise en charge des patients dans cet environnement spécifique. Toutefois, cette qualification se voit dégradée par l'autorisation d'exercice accordée également à du personnel non infirmier⁵⁵, admettant que les fonctions d'aide opératoire et d'aide-instrumentiste soient assurées par des personnels non infirmiers ou des infirmiers non spécialisés. Cette particularité⁵⁶ porte atteinte à la reconnaissance de cette spécialité, mais également à la profession infirmière.

⁴⁸ Extrait du discours du Professeur LELONG, lors de l'ouverture du Premier Congrès National des Puéricultrices en juin 1962 à Evian-Rumilly organisé par l'Association Nationale des Puéricultrices Diplômées d'Etat (ANPDE).

⁴⁹ Article D636-68 du code de l'éducation.

⁵⁰ Arrêté du 12 décembre 1990 relatif à la scolarité, au diplôme d'Etat de puéricultrice et au fonctionnement des écoles

⁵¹ Article R4311-13 du code de la santé publique

⁵² Article D6124-34-4 du code de la santé publique.

⁵³ Décret n°71-388 du 21 mai 1971 portant création d'un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier de salle d'opération.

⁵⁴ Décret n°92-48 du 13 janvier 1992 modifiant le décret n° 71-388 du 21 mai 1971 portant création d'un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier de salle d'opération.

⁵⁵ Article 38 de la loi la loi n°99-641 du 27 juillet 1999

⁵⁶ L4311-13 du code de la santé publique

La formation d'infirmier de bloc opératoire relève du ministère chargé de la santé²². Il faut attendre 2022 pour qu'une véritable qualification soit accordée aux infirmiers de bloc opératoire et une reconnaissance universitaire de leur diplôme⁵⁷. L'exercice de l'infirmier de bloc opératoire diplômé est encadré par des décrets d'actes et d'activités⁵⁸. Cependant, force est de constater que leurs activités ne disposent pas d'exclusivité et que, par ailleurs, l'exclusivité d'actes attribuée à certaines de leurs fonctions dispose encore de mesures transitoires afin de faciliter leur professionnalisation⁵⁹, ce qui permet à un infirmier non spécialisé d'occuper la fonction et de réaliser les actes réservés aux spécialistes, n'incitant pas, dès lors, à la spécialisation. Cette situation entraîne un effectif insuffisant pour couvrir les besoins en infirmiers spécialisés des blocs opératoires, exposant à un risque les chirurgiens et les infirmiers non spécialisés. Par cet état de fait, les chirurgiens ont déposé une requête auprès du Conseil d'État demandant l'annulation pour excès de pouvoir du décret du 28 juin 2019 et de l'arrêté du 31 juillet 2019. Ce qui a conduit le Conseil d'État à annuler le décret du 28 juin 2019 et à :

Enjoindre au Premier ministre d'adopter dans un délai de quatre mois de nouvelles dispositions réglementaires transitoires, en vue de permettre l'accomplissement des actes relevant de la compétence exclusive des infirmiers diplômés d'État de bloc opératoire mentionnés à l'article R. 4311-11-1 du Code de la santé publique par un nombre suffisant d'infirmiers diplômés d'État exerçant au sein des blocs opératoires et le bon fonctionnement de ceux-ci, dans des conditions qu'il lui revient de déterminer, pour assurer le respect du principe de sécurité juridique⁶⁰.

Ainsi, l'absence d'exclusivité du domaine d'exercice spécialisé limite la reconnaissance de leur exercice, et ce malgré l'expertise apportée au regard des exigences sécuritaires de plus en plus importantes et de la haute technicité des procédés opératoires auxquels contribuent les infirmiers de bloc opératoire.

⁵⁷ Décret n° 2022-732 du 27 avril 2022 relatif aux modalités de délivrance du diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire et à l'attribution du grade de master

⁵⁸ Article R4311-11 et R4311-11-1 du code de la santé publique

⁵⁹ Décret n° 2019-678 du 28 juin 2019 relatif aux conditions de réalisation de certains actes professionnels en bloc opératoire par les infirmiers et portant report d'entrée en vigueur de dispositions transitoires sur les infirmiers de bloc opératoire

⁶⁰ Décision n°434004 et autres du 30 décembre 2021 du Conseil d'Etat statuant au contentieux

L'infirmier anesthésiste. Le développement de la chirurgie moderne au XX^e siècle a fait par nécessité apparaître la pratique de l'anesthésie. Initialement dirigée par le chirurgien et confiée à des aides, cette activité demeurait incertaine pour les patients. Après la Seconde Guerre mondiale, est mis en place un enseignement universitaire à la faculté de médecine de Paris commun aux médecins et aux infirmiers. En 1960, un premier diplôme est créé permettant aux infirmiers et sages-femmes d'exercer la fonction particulière d'aide-anesthésiste sous la responsabilité médicale du chirurgien⁶¹. Cette fonction est reconnue par un titre d'aide-anesthésiste en 1962⁶². L'anesthésie deviendra une spécialité médicale à part entière à partir de 1966. En 1991, le diplôme d'État d'infirmier anesthésiste est créé⁶³, puis reconnu au grade Master⁶⁴. L'exercice de l'infirmier anesthésiste est encadré par un décret d'activité. Celui-ci dispose d'une habilitation exclusive sous délégation stricte d'un médecin anesthésiste-réanimateur concernant la pratique de l'anesthésie et la réanimation peropératoire ainsi que le transport particulier de patients⁶⁵. Cependant, les activités de transport sanitaire ne lui sont pas exclusives. L'infirmier anesthésiste bénéficie ainsi d'une meilleure reconnaissance d'une part historiquement – en raison de son développement concomitant à la naissance de la discipline médicale – et, d'autre part, grâce à son exclusivité d'exercice dans le domaine de l'anesthésie. Son exercice est particulier et précurseur en matière de coopération complémentaire.

L'exercice infirmier répond aux besoins médicaux par la spécialisation. Cette spécialisation est conditionnée à une exigence de qualification particulière : l'obtention d'un diplôme d'État. Cependant, à ce jour, le niveau des infirmiers, bien que reposant sur le métier socle, n'est pas homogène. Ces spécialistes disposent d'une exclusivité relative. L'exclusivité, s'entend comme « Droit que l'on a ou que l'on acquiert d'exploiter une production littéraire, artistique ou

⁶¹ Décret du 9 avril 1960 créant un certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-anesthésiste

⁶² Arrêté du 24 avril 1962 relatif à l'usage du titre d'aide-anesthésiste

⁶³ Décret n°91-1281 du 17 décembre 1991 modifiant le décret n° 88-903 du 30 août 1988 créant un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier spécialisé en anesthésie-réanimation

⁶⁴ Décret n° 2014-1511 du 15 décembre 2014 relatif aux diplômes de santé conférant le grade master

⁶⁵ Article R4311-12 du code de la santé publique

autre, à l'exclusion de toute autre personne⁶⁶. » Il s'agit pour les spécialités infirmières d'une habilitation particulière, conditionnant la réalisation de certains actes ou activités à la spécialisation. Ainsi, un infirmier ne peut réaliser les actes ou les activités particulières d'un spécialiste qu'à certaines conditions. Il ne s'agit pas d'une exclusivité de fonction comme pour les infirmiers en pratiques avancées que nous verrons plus bas. Ainsi, des infirmiers peuvent exercer au bloc opératoire sans être infirmiers de bloc opératoire, mais ne peuvent réaliser certains actes ; des infirmiers peuvent également exercer en réanimation néonatale, mais à condition d'un quota de puéricultrices dans l'unité. Et enfin, des infirmiers peuvent exercer en structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR). Cette exclusivité répond aux besoins médicaux ; contribue à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ; et favorise l'expertise en valorisant la profession. Néanmoins, elle manque de cohérence et devrait en toute logique s'inscrire dans un deuxième cycle d'étude infirmière et aboutir à une exclusivité de fonction, ce que nous verrons plus en bas. Dans ce qui suit, nous nous attacherons à montrer que les droits des patients ont introduit un changement de paradigme.

Section 2 – Les droits du patient comme moteur du changement de paradigme

Dans un contexte de progrès scientifiques et de mutations sociales, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a transformé le système de santé français. Elle change les rapports entre les patients, les professionnels de santé et la maladie. L'approche de la santé se veut plus globale favorisant la notion de « soin ». Elle implique une modification dans la relation aux professionnels de santé en plaçant le patient au cœur de celle-ci (paragraphe 1) et met en perspective les enjeux du système de santé (paragraphe 2).

⁶⁶ Exclusivité : Définition d'exclusivité. (s. d.). Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL). Consulté sur le site du CNRTL

Paragraphe 1 – Le patient au cœur de la relation de soin

« Au XIV^e siècle, Guy de Chauliac, affirmait que la personne malade doit “obéir au médecin comme un serf à son seigneur”⁶⁷. » Ce rapport à la médecine a longtemps façonné la relation du patient avec le médecin. Progressivement, les jurisprudences ont redessiné le contour de ce « paternalisme médical » dirigeant la relation de soin. La loi du 4 mars 2002 est venue consacrer les droits de la personne malade en introduisant le patient au centre de la relation de soin et en l’initiant à la démocratie sanitaire, le rendant ainsi lui-même acteur de santé.

Le droit de la personne malade. Le Code de la santé publique dans son chapitre préliminaire⁶⁸ réaffirme et décline les droits essentiels de la personne malade. C’est ainsi qu’il est rappelé le principe du respect de la dignité de la personne⁶⁹. Ce principe érigé à valeur constitutionnelle⁷⁰ comme un droit fondamental rappelle l’importance du respect de ce droit pour les personnes fragilisées par leur état qui ne sauraient subir de discrimination⁷¹. Il se pose d’une manière générale, et ce jusqu’à la mort⁷². Par sa nature subjective, les professionnels de santé doivent y porter une attention toute particulière dans leur exercice⁷³. La loi du 4 mars 2002 rappelle le lien entre ce principe et celui de protection de la vie privée et place ainsi le secret médical⁷⁴ dans ce cadre. Celui-ci a ensuite été intégré dans les codes de déontologie de l’ensemble des professions de santé réglementées et, pour plus de cohérence, a été aujourd’hui élargi à l’ensemble de l’équipe de soins par la loi de modernisation

⁶⁷ Laude, A., & Tabuteau, D. (2018). Les droits des malades : « Que sais-je ? » n° 4015 (French Édition) (2e éd.). Que sais-je ? p4 ;

⁶⁸ Article L1110-1 à L1110-13 du code de la santé publique.

⁶⁹ Article L1110-2 du code de la santé publique

⁷⁰ Décision 94-343/344 DC - 27 juillet 1994 - Loi relative au respect du corps humain et loi relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal – Conformité.

⁷¹ Article L1110-3 du code de la santé publique

⁷² Article L1110-5 du code de la santé publique

⁷³ TA Orléans, 28 sept. 2006, n°0400549, Consort W., AJDA 2006, chrom. p. 2415 : “que M. W n’a pas été traité dans des conditions tels que soit assuré le respect de sa dignité...; que par suite, les conditions dans lesquelles M.W. a été pris en charge... révèlent une faute dans l’organisation et le fonctionnement du service de nature à engager la responsabilité du CHU d’Orléans”.

⁷⁴ Article L1110-4 du code de la santé publique

du système de santé de 2016⁷⁵. Cependant, des dispositions dérogatoires à l'article 371-1 du Code civil ont été ajoutées permettant aux professionnels de santé d'y déroger dans le but d'assurer notamment la protection des personnes mineures⁷⁶.

La codécision. La loi Kouchner⁷⁷ a souhaité entériner les principes de droit individuel issus du Code civil et énoncés par les jurisprudences antérieures concernant le droit à l'information. Le Code de la santé publique y consacre un chapitre entier⁷⁸. Ainsi, « toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé⁷⁹ ». Cette information doit être loyale, claire et appropriée⁸⁰ et « incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables⁸¹ ». L'information est un corollaire indispensable à l'exercice du consentement. Ainsi, « toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé⁸² ». Le législateur a voulu ainsi, d'une part, corriger l'asymétrie d'information existant entre les professionnels de santé et les patients et, d'autre part, placer le patient dans un rapport dynamique avec les professionnels de santé. Passant d'un patient objet de santé à un patient acteur de sa santé, le patient bénéficie ainsi d'une autonomie dans les décisions concernant sa santé qu'il prend avec le professionnel de santé. Toutefois, le consentement présente des singularités à l'égard de situations particulières, notamment concernant les personnes présentant une incapacité juridique, celles incapables d'exprimer leur volonté ou encore dans les cas où les soins revêtent un intérêt supérieur de santé publique. La portée juridique du consentement s'étend à l'ensemble des soins donnés aux patients et

⁷⁵ Article 96 de la LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

⁷⁶ Article L1111-5 et L1111-5-1 du Code de la santé publique.

⁷⁷ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

⁷⁸ Chapitre Ier : Information des usagers du système de santé et expression de leur volonté (Articles L1111-1 à L1111-31)

⁷⁹ Article L1111-2 du code de la santé publique

⁸⁰ Article R4127-35 du code de santé publique

⁸¹ Article L1111-2 du code de la santé publique

⁸² Article L1111-4 du code de la santé publique

nécessite leur appropriation par les professionnels par l'intermédiaire de règles déontologiques.

La démocratie sanitaire. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a entendu intégrer le patient dans les décisions concernant l'organisation du système de santé renforçant ainsi plus largement l'implication citoyenne en matière de santé. Afin de permettre l'appropriation de ce droit collectif reconnu aux usagers, le législateur a introduit des instruments permettant l'effectivité de ce droit en consolidant les actions progressivement entreprises par le passé⁸³. Ainsi, les associations représentatives des usagers ont été renforcées dans leur structuration en leur accordant une reconnaissance d'intérêt public ainsi que de nombreuses prérogatives⁸⁴. Elles siègent aujourd'hui au sein des établissements de santé, plus particulièrement dans les commissions des usagers⁸⁵ qui ont pour mission de « veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches et de la prise en charge⁸⁶ », mais également dans les commissions de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux⁸⁷. Lorsqu'une plainte est formée par une personne s'estimant victime d'un refus discriminatoire de soins, elles sont également présentes au sein des conseils départementaux des ordres de santé depuis 2020⁸⁸ dans les commissions mixtes de conciliation⁸⁹. Toutefois, leur présence au sein des instances ordinales mériterait d'être renforcée, en séance plénière et en commission de conciliation⁹⁰. Elles exercent la démocratie sanitaire par leur participation aux CRSA et aux comités territoriaux de santé (CTS). Elles disposent d'un droit d'initiative publique leur permettant de demander l'organisation de débats politiques de santé à l'échelon régional ou national. Enfin, elles disposent d'un

⁸³ Article 1 ; Ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

⁸⁴ Article L1114-1 à L1114-4 du code de la santé publique

⁸⁵ Article 183 de la Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016

⁸⁶ Article L1112-3 du code de la santé publique

⁸⁷ Article L1142-6 du code de santé publique

⁸⁸ Article R1110-9 du code de santé publique

⁸⁹ Article L110-3 du code de la santé publique

⁹⁰ Article L4123-2 du code de la santé publique

droit d'alerte auprès de la HAS⁹¹. La démocratie sanitaire est aujourd'hui un outil de co-construction du système de santé méritant d'être encore enrichi pour permettre l'effectivité des droits des patients.

Si la loi du 4 mars 2002 est venue consacrer les droits de la personne malade et placer le patient au cœur de la démocratie sanitaire, elle a permis également d'exprimer les préoccupations des usagers à l'égard des enjeux du système de santé. Comme l'indique l'OMS, « Une opinion publique éclairée et une coopération active de la part du public sont d'une importance capitale pour l'amélioration de la santé des populations⁹². »

Paragraphe 2 – les enjeux du système de santé

La devise de la République française, « Liberté, Égalité, Fraternité », illustre parfaitement les valeurs sur lesquelles est fondé notre système de santé. La loi du 4 mars 2002 a renforcé ces principes en accordant une juste place au citoyen. Cependant, dans un contexte d'évolution des besoins de santé et de contraintes économiques, il est nécessaire d'adapter le modèle.

L'évolution des besoins de santé. En France, les plus de 65 ans représentent aujourd'hui 21 % de la population et près de 10 % ont 75 ans ou plus. L'on constate une hausse de la part des plus de 75 ans avec l'arrivée des *baby-boomers* dans cette tranche. Ainsi, le vieillissement de la population s'accélère depuis le milieu des années 2010 du fait de l'arrivée des premières générations nombreuses nées après-guerre⁹³. Selon les projections de l'INSEE, l'espérance de vie à la naissance pourrait être en 2050 de 91 ans pour les femmes et de 86 ans pour les hommes. De plus, l'espérance de vie à 50 ans augmenterait sensiblement entre la génération née en 1960 et celle née en 1990 (+ 12 % pour les hommes et + 7 % pour les femmes). Cependant, le temps de vie avec une incapacité augmenterait plus rapidement (+ 17,4 %

⁹¹ Article L161-37 du code de la sécurité sociale

⁹² Constitution de l'OMS. (1946, 22 juillet). Organisation Mondiale de la Santé. Consulté sur le site de l'OMS

⁹³ INSEE. (2022). Bilan démographique 2021. La fécondité se maintient malgré la pandémie de Covid-19. Disponible sur le site de l'INSEE.

pour les hommes et + 17,2 % pour les femmes)⁹⁴. En effet, l'allongement de l'espérance de vie augmentera davantage le nombre de personnes présentant des pathologies chroniques (diabète, maladies cardiovasculaires), neurodégénératives ou des cancers. Néanmoins, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) modère cette relation. L'accroissement des situations d'incapacité n'est pas proportionnel à l'augmentation des personnes âgées dans la population globale. Cependant, l'âge étant un facteur inéluctable sur lequel il n'est pas possible d'intervenir, des interventions sont donc nécessaires afin d'adapter notre système de santé et de répondre aux attentes des usagers. D'autres facteurs sont également à considérer. En effet, l'on assiste depuis plusieurs années à une recrudescence des épidémies. La dernière, celle de la Covid-19 a fait émerger de nouveaux besoins de santé et a mis à l'épreuve les capacités d'adaptation de notre système de santé. En outre, l'activité humaine n'est pas sans conséquences. L'augmentation de la population globale de la planète entraîne des modifications environnementales et sanitaires qui auront un impact sur nos besoins de santé.

Les contraintes économiques. En France, l'alinéa 11 du préambule de la Constitution de 1946 introduit l'idéal constitutionnel de la santé : « la Nation garantit à tous, notamment à l'enfant, la mère et le vieux travailleur la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs ». En garantissant la protection de la santé, la nation s'engage à garantir, par ricochet, un droit d'accès aux soins. Ce droit d'accès aux soins présente une dualité puisque le créancier est également le débiteur. Ainsi, chaque citoyen dispose d'un droit d'accès aux soins, d'un droit aux prestations sociales, mais en même temps assume de façon collective le financement des prestations. Cette garantie est confiée à l'État qui met en œuvre la politique de santé par l'intermédiaire des lois de santé. Celui-ci préserve l'équilibre du système en imposant l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie (ONDAM) régulées par des lois de financement de la sécurité sociale (LFSS). C'est par

⁹⁴ INSEE. (2017). L'espérance de vie en retraite sans incapacité sévère des générations nées entre 1960 et 1990 : une projection à partir du modèle Destinie. Disponible sur le site de l'INSEE

cette mesure que l'État intervient dans la santé. Selon les comptes élaborés par le ministère des Solidarités et de la Santé, les dépenses de santé des Français sont passées de 4 % du PIB en 1960 à plus de 9,1 % en 2020. Cette hausse s'explique par l'étendue à une plus grande part de la population de la couverture santé, l'allongement de la durée de vie, l'évolution de l'offre des soins et notamment le progrès des techniques médicales.

Le modèle français. La construction du système de santé français s'est appuyée sur des mécanismes de solidarité, bâtis sur les valeurs de la société s'exprimant au travers d'une contribution financière indexée sur les revenus et d'une redistribution en fonction des besoins en laissant un reste à charge faible. Cependant, l'augmentation des dépenses de santé risque, à un certain moment, de faire naître le sentiment que ce principe de redistribution n'est plus soutenable s'il ne répond pas aux attentes des citoyens, qui sont aujourd'hui des usagers avertis, en attente de qualité et d'efficacité dans la prise en charge dans toutes ses composantes⁹⁵.

Les enjeux de notre système de santé sont multiples. Il est impératif de prévenir l'apparition de pathologies chroniques ; de limiter l'impact des causes environnementales et sanitaires ; de réduire les inégalités en santé ; et de favoriser la littératie en santé⁹⁶. Il est également nécessaire d'améliorer les prises en charge et de faciliter l'accès aux soins – tout en renforçant la qualité et la sécurité des soins par la préservation des droits du patient – et d'investir dans le développement de la recherche médicale et pharmaceutique.

À ce jour, l'offre de soins apparaît trop cloisonnée entre les différents secteurs (ville, hôpital, médico-social) et entre les professions de santé pour répondre à ces enjeux. Les ressources sont sous-employées et l'offre, mal distribuée. Cette complexité et ce cloisonnement nuisent au parcours de soin. Le système

⁹⁵ Andre, J. M. (2019). Les dépenses de santé sont-elles soutenables ? Gestion Hospitalière, n°583. Consulté sur le site Gestion Hospitalière.

⁹⁶ « *On entend par ce terme la motivation et les compétences des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information en vue de prendre des décisions concernant leur santé* » ; consulté sur le site sante public France.

de santé doit être adapté à l'évolution des pathologies, aux progrès des soins, aux attentes des patients et des professionnels de santé, non seulement pour faire face aux défis d'aujourd'hui (vieillesse de la population, maladies chroniques, attentes des professionnels de santé, etc.), mais aussi pour préparer l'avenir en tenant compte de l'aspect économique, de la soutenabilité des dépenses liées à son modèle. Le système de santé doit être adapté pour mieux soigner. Il s'agit de passer d'un système cloisonné, médico-centré tarifé à l'activité médicale, à un système plus tourné vers le parcours du patient, la prévention, la coordination interdisciplinaire des acteurs et des secteurs, la qualité et la sécurité des soins, et cela tout en préservant les valeurs du modèle, sa soutenabilité et les droits du patient. Ce défi nécessite de mettre en œuvre de la coopération. Cependant, il faut prendre le temps nécessaire pour préparer les professions à réorganiser leurs rapports et pour initier les changements. Dans le chapitre qui suit, nous montrons qu'il est nécessaire de poser des éléments structurants afin de permettre la coopération entre le personnel soignant.

CHAPITRE II – DES INSTRUMENTS STRUCTURANTS PERMETTANT D'ADAPTER LA COOPÉRATION ENTRE MÉDECIN ET INFIRMIER

Historiquement, en France, le métier d'infirmier s'est structuré autour de la discipline médicale. La structuration de la profession a constitué un long processus porté par la réflexion de nombreuses associations et syndicats infirmiers s'interrogeant sur le rôle de la profession auprès de la population. L'évolution de la société – renforcée par la place des usagers dans le système de santé – la dimension européenne et les enjeux du système de santé ont accéléré le processus de professionnalisation des infirmiers français encourageant le législateur à autonomiser la profession afin que cette dernière se structure et réponde aux exigences de la société et évolue avec celle-ci.

Ainsi, le législateur a introduit différents instruments permettant à la fois d'adapter la coopération entre médecin et infirmier en régulant l'exercice de la profession infirmière (section 1) et de réorganiser les interventions auprès du patient (section 2).

Section 1 – Une régulation de l'exercice infirmier

La loi n° 2006-1668 du 21 décembre 2006⁹⁷ portant sur la création d'un ordre national des infirmiers constitue un premier pas vers la structuration de l'identité professionnelle et son autonomisation. Comme toutes les professions réglementées, l'infirmier se voit doté d'un cadre juridique d'exercice renforcé contribuant à la construction de son identité, à son évolution ainsi qu'à la protection des personnes soignées et des professionnels.

Ainsi, l'instance ordinale régule l'exercice de la profession d'une part (paragraphe 1) et veille, d'autre part, au maintien de la déontologie de sa profession (paragraphe 2).

Paragraphe 1 – Un exercice régulé par une structure ordinale

Les infirmiers sont des professionnels qui remplissent une mission sociale d'intérêt général, dans un secteur où le marché ne peut intervenir seul et où l'exigence d'éthique s'impose. En proposant des soins, ils contribuent de manière significative à l'économie nationale et sont en contact direct avec le patient dans une relation asymétrique qui exige la confiance⁹⁸.

Aussi, l'exercice de la profession d'infirmier répond à deux conditions essentielles : l'inscription au tableau de l'Ordre des infirmiers et l'obtention d'une qualification reconnue par l'État.

L'Ordre des infirmiers. Organisme privé chargé de missions de service public, « l'Ordre national des infirmiers veille à maintenir les principes éthiques et à développer la compétence, indispensables à l'exercice de la profession. Il contribue à promouvoir la santé publique et la qualité des soins⁹⁹ ». Son financement est assuré par une cotisation de ses membres. Il assure la défense, la régulation, la promotion de la profession et de la qualité des soins.

⁹⁷ LOI n° 2006-1668 du 21 décembre 2006 portant création d'un ordre national des infirmiers

⁹⁸ Conseil National de l'Ordre des Infirmiers. Un ordre pour les infirmiers pourquoi ? Consulté sur le site du CNOI

⁹⁹ Article L4312-1 du code de la santé publique

« Il étudie [en outre] les questions ou projets qui lui sont soumis par le ministre chargé de la santé, concernant l'exercice de la profession¹⁰⁰ », notamment concernant son évolution. Il a également la possibilité « d'organiser toutes œuvres d'entraide et de retraite au bénéfice de ses membres et de leurs ayants droit ». Il organise la démocratie au sein de la profession en consultant les associations professionnelles, les syndicats, les associations d'étudiants en soins infirmiers et toute association agréée d'usagers du système de santé. Il dispose de missions régaliennes et disciplinaires à l'égard des infirmiers inscrits au tableau confiées par le législateur. Pour mener à bien ses missions, l'organisme est structuré en 3 degrés détenant chacun des missions propres. Le premier, le conseil départemental assure les missions de l'ordre à l'échelon départemental¹⁰¹. Il a principalement la charge d'étudier les demandes d'inscription au tableau ; d'assurer la médiation et, le cas échéant, de transmettre les plaintes formulées au conseil en chambre disciplinaire de première instance régionale¹⁰² ; et enfin, de veiller à la compétence des infirmiers inscrits.

Le second, le conseil régional, assure les missions de l'ordre à l'échelon régional¹⁰³. Il est saisi en premier recours dans des cas de refus d'inscription au tableau des conseils départementaux. Il statue sur « la suspension temporaire du droit d'exercer en cas d'insuffisance professionnelle, d'infirmité ou d'état pathologique rendant dangereux l'exercice de la profession ». Le conseil régional comprend la chambre disciplinaire de première instance, présidée par un magistrat de l'ordre administratif statuant sur les plaintes à l'encontre des infirmiers inscrits.

Enfin, le Conseil national assure les mêmes missions générales¹⁰⁴. Il gère les biens de l'ordre et détermine sa politique, assure le contrôle des autres conseils. Il connaît en appel des décisions rendues par les chambres disciplinaires de première instance. Le pourvoi en cassation s'effectue auprès du Conseil d'État.

¹⁰⁰ Article L4312-2 du code de santé publique

¹⁰¹ Article L4123-1 et L4123-2 du code de la santé publique

¹⁰² Article L4123-2 du code de la santé publique

¹⁰³ Articles L4312-5 du code de la santé publique

¹⁰⁴ Article L4312-7 du code de la santé publique

La qualification. Le titre d'infirmier s'acquiert après l'obtention du Diplôme d'État d'infirmier ou d'un titre, certificat, autorisation tel que défini par les articles L4311-2 et L4311-3 du Code de la santé publique. Le diplôme est délivré par la préfecture de région¹⁰⁵. Des dispositions particulières permettent la libre circulation des professionnels de santé dans l'espace économique européen¹⁰⁶. La formation de grade licence comportant 4 200 heures¹⁰⁷ est dispensée par des Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) sous convention¹⁰⁸ entre les régions et les Universités. Cette compétence partagée entre État et région est précisée aux articles L4383-1 à L4383-6 du Code de la santé publique. La formation est à la fois théorique et clinique sous la responsabilité d'un pair par compagnonnage.

L'enregistrement. Comme pour les médecins, c'est l'enregistrement auprès de l'instance ordinaire qui permet de rendre licite l'exercice de la profession¹⁰⁹. Le grand nombre d'infirmiers rendant complexe l'inscription au tableau des infirmiers en exercice avant la création de l'Ordre, des dispositions particulières ont été mises en place afin de faciliter la procédure. Ainsi, les dispositions du décret¹¹⁰ précisent les modalités de transmission des listes d'infirmiers en exercice dans leurs établissements à l'Ordre prévu par l'article L4311-15 du Code de la santé publique. Au cours de la procédure d'inscription, le conseil vérifie les conditions de compétence, de moralité et d'indépendance exigées par l'exercice de la profession selon les dispositions de l'article L4311-16¹¹¹. Il s'assure d'une maîtrise suffisante de la langue¹¹², vérifie l'absence d'insuffisance professionnelle, d'infirmité ou d'état

¹⁰⁵ Article D4311-16 du code de la santé publique

¹⁰⁶ Directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles.

¹⁰⁷ Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier

¹⁰⁸ Circulaire interministérielle DHOS/RH1/DGESIP no 2009-201 du 26 juin 2009 relative à la délivrance du grade de licence aux infirmiers diplômés d'Etat. Organisation du partenariat conseils régionaux - universités - IFSI

¹⁰⁹ Article L4311-15 du code de la santé publique

¹¹⁰ 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 et modifiant le décret n° 2016-746 du 2 juin 2016 relatif à l'établissement des listes nominatives des masseurs-kinésithérapeutes salariés en vue de leur inscription au tableau de l'ordre

¹¹¹ Article L4311-16 du code de la santé publique

¹¹² Article L4311-17 du code de la santé publique

pathologique rendant dangereux l'exercice de la profession selon les dispositions de l'article L4311-18¹¹³. Ces vérifications s'effectuent à partir de pièces administratives complétées par un entretien confraternel avec le demandeur. Il n'est pas nécessaire d'être de nationalité française pour s'inscrire dès lors que le demandeur dispose des qualifications requises¹¹⁴, contrairement aux pharmaciens¹¹⁵. Toutefois, il est exigé de maîtriser la langue Française¹¹⁶. Seuls les infirmiers relevant des dispositions de l'article L. 4138-2 du Code de la défense ne sont pas inscrits au tableau de l'ordre.

Ainsi, l'organisme permet une représentation démocratique de la profession, entretient des relations avec les usagers, les pouvoirs publics et les établissements de santé sur le territoire. Il participe à la structuration de la profession, à son évolution ainsi qu'à sa régulation par l'application du Code de déontologie de la profession infirmière.

Paragraphe 2 – Un Code de déontologie pour la profession infirmière

La profession infirmière disposait de règles professionnelles issues du décret du 16 février 1993¹¹⁷. Cependant, ces règles n'avaient pas fait l'objet de révisions, et ce malgré l'évolution législative du système de santé et la place importante attribuée au patient lors des différentes réformes.

Principes. Étymologiquement, le terme de « déontologie », issu du grec ancien, est composé de l'élément *δέον*, *déon*, qui signifie « ce qui convient, ce qui est convenable » et de l'élément *-logy* « -logie », qui désigne la science. Il s'agit donc littéralement de la science des devoirs qui désigne ce qu'il est convenable de faire dans l'exercice de la profession. Elle indique la conduite à suivre, le comportement à adopter dans certaines circonstances. Au sens

¹¹³ Article L4311-18 du code de la santé publique

¹¹⁴ Article R4311-52 du code de la santé publique

¹¹⁵ Article L4221-1 du code de la santé publique

¹¹⁶ Article R4311-52-1 du code de la santé publique

¹¹⁷ Décret n° 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières

strict lié à une profession réglementée, c'est l'ensemble des principes, des devoirs professionnels devant guider un individu dans l'exercice de sa profession. Ainsi, la déontologie est l'étude des devoirs qui incombent aux professionnels dans l'exercice de leur profession. Elle tend à se confondre avec les usages et les conditions ainsi que les règles de la profession. La déontologie n'est ni méthodique ni systémique, car elle n'a pas de fondement scientifique. Elle est donc empirique et pragmatique, car elle s'appuie sur la pratique professionnelle. Elle fournit une référence de comportements au professionnel provenant de la pratique. À l'image du phare guidant les navires à l'approche des côtes, la déontologie guide le professionnel dans son exercice. C'est un modèle de référence. Le contenu de cette déontologie est rassemblé dans un code qui lui donne une valeur normative : le Code de déontologie. Ce code est donc un recueil (contenant) des préceptes de morale (déontologie) professionnelle qui s'impose à l'infirmier. Il a une valeur réglementaire par sa place dans le Code de la santé publique¹¹⁸. La déontologie rassemble les éléments d'un discours sur les devoirs et s'impose au professionnel, mais se distingue de l'éthique dont la non-application de principe n'encourt pas d'autres sanctions que morale. Nous pouvons donc dire que la déontologie possède l'éthique pour source, mais qu'elle repose sur la morale.

Une publication retardée du code de déontologie. Malgré la création de l'Ordre national des infirmiers en 2006, ce n'est que dix ans plus tard que le premier Code de déontologie de la profession a été publié¹¹⁹, non sans difficultés, car il avait été rédigé par le Conseil national de l'ordre des Infirmiers, qui a organisé une grande concertation réunissant plus de 1 500 infirmiers et transmis ses conclusions au ministère dès 2010. C'est à la suite de la condamnation de l'État par le Conseil d'État¹²⁰ que le code de déontologie a été publié sous astreinte. Ce code énonce notamment les devoirs des infirmiers dans leurs rapports avec les patients, les autres membres de la

¹¹⁸ Article R4312-1 et suivants du code de santé publique

¹¹⁹ Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers

¹²⁰ Conseil d'État, 5ème et 4ème sous-sections réunies, 20/03/2015, n°374582, Inédit au recueil Lebon

profession et les autres professionnels de santé. Les règles professionnelles de 1993¹²¹ étaient devenues insuffisantes au regard des évolutions de la profession, de ses modes d'exercice et du droit du patient. Ainsi, aucune disposition concernant le consentement du patient n'était prévue. De même, au regard du devoir d'humanité, aucune disposition ne portait sur la souffrance du patient. Et enfin, l'infirmier n'avait pas obligation de protéger les patients victimes de sévices, de privations, de mauvais traitements ou d'atteintes sexuelles. Malgré cela, les règles professionnelles ont permis le fonctionnement des chambres disciplinaires de l'ordre mises en place à partir de 2010.

Le contenu de la déontologie. Le Code de déontologie, dont l'organisation est similaire aux codes des autres professions de santé réglementées, est une actualisation des règles professionnelles et le résultat de travaux et réflexions propres aux infirmiers, ce qui lui confère ce caractère propre. La déontologie est modelée par les décisions rendues par les chambres disciplinaires. Celles-ci permettent de mieux comprendre et de préciser le périmètre de l'exercice de l'infirmier. Ainsi, nous y retrouvons des règles communes à l'ensemble de la profession¹²². Le respect de la personne humaine en est un principe. Érigé en principe à valeur constitutionnelle, il constitue le fondement le plus sûr du respect dû à l'être humain, contre toute action qui lui porterait atteinte. De nombreuses dispositions pénales, civiles et déontologiques transversales en constituent les remparts. Pour le professionnel, il s'agit d'un principe à valeur à la fois objective – dans l'accès que lui confère son statut par rapport au corps de la personne – et subjective – dans le respect de la dignité de la personne. L'infirmier est également soumis à ces obligations par l'image qu'il véhicule dans ses différents contextes professionnels et privés, que ce soit en matière d'indépendance¹²³, de moralité et de probité¹²⁴. Le Code de déontologie précise en outre les relations avec les patients¹²⁵ en déterminant le périmètre

¹²¹ Décret n° 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières

¹²² Article R4312-1 à R4312-9 du code de la santé publique

¹²³ Article R4312-6 du code de la santé publique

¹²⁴ Article R4312-4 du code de santé publique

¹²⁵ Article R4312-10 à R4312-24 du code de la santé publique

de l'exercice, l'autonomie de la profession et les responsabilités de l'infirmier¹²⁶. En l'espèce, il attache une attention toute particulière à la qualité des soins dispensés par les infirmiers et rappelle les principes de non-discrimination¹²⁷ et d'information¹²⁸ préalables au consentement¹²⁹.

Le code organise également les rapports entre confrères et membres des autres professions de santé¹³⁰ afin de faciliter leurs rapports. Il prévoit également des dispositions particulières en fonction des différents modes d'exercice¹³¹.

Le Code de déontologie est un élément fédérateur puissant qui permet d'affirmer le primat des valeurs de notre profession sur toute autre exigence, dans un contexte où la rentabilité financière a tendance à prendre le pas sur la qualité des soins et la sécurité des patients¹³².

Le Code de déontologie est donc un guide pour l'exercice des infirmiers, guide qui s'enrichit des jurisprudences¹³³ permettant de clarifier l'exercice du professionnel au regard de situations parfois complexes. Ces règles sont importantes, car elles structurent l'exercice en lui donnant une valeur juridique et protègent ainsi la profession et le patient en garantissant qualité et sécurité des soins. Néanmoins, un travail d'acculturation des professionnels qui le perçoivent parfois comme une contrainte est à mener, afin de poursuivre les travaux engagés et d'affirmer la place de la profession dans l'avenir du système de santé.

Ainsi, le Code de déontologie renforce la place de la profession dans le système de santé. C'est un instrument permettant d'adapter l'exercice de la

¹²⁶ Articles R4312-32 à R4312-58-1 du code de santé publique

¹²⁷ Article R4312-11 du code de santé publique

¹²⁸ Article R4312-13 du code de santé publique

¹²⁹ Article R4312-14 du code de la santé publique

¹³⁰ Article 4312-25 à R4312-31 du code de santé publique

¹³¹ Articles R4312-59 à R4312-92 du code de santé publique

¹³² Propos de M. Didier BORNICHE, Président du conseil national de l'ordre des infirmiers de 2011 à 2018.

¹³³ CDNOI, 5 déc. 2014, n°17-2014-00059-1, « constitue une atteinte à la dignité le refus d'agir dans l'intérêt du patient (v. art. 10) peut parfois aboutir à une véritable négation de sa dignité. Il en est ainsi lorsqu'un infirmier refuse de se déplacer chez une patiente atteinte de diarrhée alors que la prescription médicale prévoyait trois visites par jour pour toilette et soins, que la patiente était entièrement souillée et que son mari ne pouvait lui-même la changer compte tenu de son âge. »

profession à l'évolution de la société et des enjeux du système de santé. Il tient compte des droits du patient ; de la place de la profession dans le système de santé ; de l'évolution de la législation communautaire (le droit européen) ; des enjeux de qualité et de sécurité des soins. Il s'adapte au vieillissement de la population et aux maladies chroniques par l'évolution des modes d'exercice de la profession (pratique avancée, protocole de coopération). Il s'ajuste à l'évolution du système de santé dans ses réorganisations autour du patient, notamment au regard des dispositifs de coopération avec le médecin¹³⁴ ; des différents modes d'organisation (exercice coordonné, ambulatoire), de l'universitarisation et l'évolution des fonctions de la profession.

Section 2 – Vers une réorganisation des interventions auprès du patient

Les contraintes subies par le système de santé ont évolué au cours des dernières décennies : rationalisation, accès aux soins, qualité et sécurité. Parallèlement à cela, les besoins de la société ont eux aussi évolué : vieillissement de la population, augmentation des pathologies chroniques, meilleure considération des droits des malades et progrès scientifiques, ajoutant des contraintes organisationnelles supplémentaires : offre de soin plus diversifiée, temps de soin plus long, évolution des prises en charge nécessitant de moderniser le système de santé. « *Garantir une offre de soins satisfaisante à notre population constitue une préoccupation prioritaire du Gouvernement*¹³⁵ », c'est en ces termes qu'une analyse approfondie de la coopération est demandée au Pr Yvon Berland en 2003. Le résultat de ses travaux sera communiqué dans un rapport¹³⁶ portant dans ses propositions de « redéfinir le contour des métiers, mettre en place un partage des tâches, créer de nouveaux métiers, faciliter les passerelles entre les différentes professions de santé¹³⁷ ». Ces propositions seront reprises par la HAS dans ses

¹³⁴ Article R4312-15 du code de santé publique

¹³⁵ Lettre de mission de Monsieur Jean François Mattei, Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées (2002 à 2004) au Professeur Yvon Berland, Doyen de la faculté de Médecine de Marseille, le 20 mars 2003.

¹³⁶ Berland, Y., (2002). "Démographie des professions de santé". Disponible sur le site vie publique.

¹³⁷ Ibid. p. 111

recommandations¹³⁸ en 2008. C'est dans ce contexte que la loi du 21 juillet 2009 est intervenue souhaitant apporter une réponse franche en légalisant du dérogatoire par la coopération (paragraphe 1), tout en préservant les droits du patient (paragraphe 2)

Paragraphe 1 – Une coopération légalisant du dérogatoire

La loi "Hôpital, Patients, Santé et Territoires" du 21 juillet 2009 porte une réforme majeure, une réforme historique. Elle modifie en profondeur l'ensemble de notre système de santé, car elle touche à la modernisation des établissements de santé, à l'accès de tous à des soins de qualité, à la prévention et à la santé publique, comme à l'organisation territoriale du système de santé¹³⁹.

Si la modernisation des établissements de santé, l'accès de tous à des soins de qualité, la prévention et la santé publique ainsi que l'organisation territoriale du système de santé en sont les quatre piliers, cette loi introduit un instrument juridique constituant « une petite révolution¹⁴⁰ », afin de légaliser ce qui n'était alors que de l'expérimentation, en dérogeant au « monopole médical » afin d'apporter une réponse aux besoins de santé.

Lex specialis derogat legi. L'article 51 de la loi du 21 juillet 2009¹⁴¹ a introduit au début de la quatrième partie du Code de la santé publique un livre préliminaire dont les dispositions communes du premier titre amènent la « *coopération entre professionnels de santé* »¹⁴². Le premier article¹⁴³ prévoit ainsi des dérogations à l'exercice des professions réglementées¹⁴⁴ ainsi

¹³⁸ Haute Autorité de Santé, HAS. (2008). Délégation, transfert, nouveaux métiers... Comment favoriser les formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé. Disponible sur le site de la HAS

¹³⁹ Propos de Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé et des Sports de 2007 à 2010.

¹⁴⁰ Droit-medical.com. (2010, septembre 19). Des précisions sur la coopération entre professionnels de santé et ses protocoles. Consulté sur le site de Droit médical

¹⁴¹ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients

¹⁴² Article L4021-1 à L4021-3 du code de santé publique.

¹⁴³ Article L4011-1 du code de santé publique

¹⁴⁴ Articles L. 4221-1, L. 4311-1, L. 4321-1, L. 4322-1, L. 4331-1, L. 4332-1, L. 4341-1, L. 4342-1, L. 4351-1, L. 4361-1, L. 4362-1, L. 4364-1 et L. 4371-1 du code de la santé publique

qu'une dérogation au « monopole médical^{145,146} » et aux dispositions pénales¹⁴⁷ d'exercice de la médecine. Le risque pénal est écarté par l'autorisation administrative¹⁴⁸ accordée par l'Agence Régionale de Santé (ARS) prévue par la loi. Ce dispositif a pour objet d'opérer entre les professionnels « des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient ». Il semble aller plus loin que les propositions formulées par le rapport Berland¹⁴⁹ et les recommandations de la HAS¹⁵⁰. En effet, le terme de « transfert » présentait « des difficultés juridiques importantes¹⁵¹ » car l'atteinte à l'intégrité du corps humain n'est ni transférable, ni déléguable sur le plan pénal et que seule la Loi peut l'autoriser.

Le transfert. La définition juridique d'un transfert est « l'acte par lequel une personne acquiert un droit d'une autre qui le lui transmet (transfert de propriété par exemple)¹⁵² ». En l'espèce, la loi transfère ainsi l'atteinte licite à l'intégrité corporelle du médecin au moyen du protocole à l'infirmier. Cependant, ce dernier ne pourra à son tour le déléguer, puisqu'il s'agit d'une dérogation, considérant que, pour transférer une activité ou un acte, il est nécessaire de détenir le droit, en conséquence de quoi un infirmier ne peut transférer une activité qu'il a reçue d'un médecin à un aide-soignant. Cependant, un protocole récent suscite interrogation¹⁵³. En effet, il précise que le transfert de l'acte s'effectue de l'infirmier à l'aide-soignant. Or, cet acte ne peut être réalisé que sur prescription médicale¹⁵⁴ par l'infirmier, donc sous délégation. Une révision des actes infirmiers (rôle propre) est ainsi nécessaire. Le transfert des actes et des activités est une dérogation aux règles d'organisation des professions

¹⁴⁵ Article L4111-1 du code de la santé publique

¹⁴⁶ Haute Autorité de Santé, HAS. (2008). Op cit. p. 5

¹⁴⁷ Article L4161-1 du code de la santé publique

¹⁴⁸ Article 122-4 du code pénal

¹⁴⁹ Berland, Y., (2002). Op cit. p. 5

¹⁵⁰ Haute Autorité de Santé, HAS. (2008). Op cit.

¹⁵¹ Ibid. p. 22

¹⁵² Larousse, Définition de transfert. Consulté sur le site Larousse

¹⁵³ Arrêté du 24 septembre 2021 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « *Sur prescription médicale, réalisation par l'aide-soignant, en lieu et en place de l'infirmier, de soins d'élimination fécale pour des patients atteints de troubles neurologiques chroniques, pris en charge à domicile par le SSIAD pour personnes handicapées* »

¹⁵⁴ 18° du R4311-7 du code de la santé publique

sans pour autant déroger aux règles de responsabilité réparatrice des professionnels de santé que nous aborderons au prochain paragraphe.

Le contrôle du protocole de coopération. Si la mesure est audacieuse, elle n'en demeure pas moins tout aussi encadrée. En effet, le législateur a prévu plusieurs dispositifs de contrôle de la coopération. En premier lieu, il s'agit d'une démarche responsable reposant sur l'initiative de deux professionnels de santé, soucieux de leurs responsabilités et investis dans leur exercice, notamment auprès de patients souhaitant résoudre une problématique d'accès aux soins à laquelle il ne pouvait répondre de façon légale auparavant. De plus, les professionnels de santé ne peuvent intervenir que « dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience ». La procédure applicable¹⁵⁵ précise le contenu de la démarche qu'il est nécessaire de réaliser de concert et qui doit nécessairement contenir « l'objet et la nature de la coopération, notamment les disciplines ou les pathologies, le lieu et le champ d'intervention des professionnels de santé concernés ». En second lieu, les professionnels soumettent le protocole à l'ARS qui vérifie que celui-ci répond « à un besoin de santé constaté au niveau régional ». Ensuite, l'ARS doit soumettre à son tour le protocole à la HAS. La procédure prévoit un examen particulier de la HAS portant sur l'information du malade, la formation des professionnels et la gestion des évènements indésirables. Enfin, ce n'est qu'après « avis conforme » de la HAS que le Directeur général de l'ARS autorise la mise en œuvre du protocole par arrêté. À la suite de cela, « les professionnels s'engagent à procéder, pendant une durée de douze mois, au suivi de la mise en œuvre du protocole » et « à transmettre les informations relatives à ce suivi » à l'ARS et à la HAS. Le processus de suivi permet d'établir des indicateurs de qualité et de sécurité des soins, ce qui permet à la HAS d'étendre le protocole de façon nationale. Un protocole étendu réduit la procédure en épargnant l'avis conforme de la HAS, d'une part, et favorise, d'autre part, son déploiement sur une région après un enregistrement de la demande et un contrôle des modalités par autorisation du Directeur général de l'ARS. Le législateur avait prévu de se servir des protocoles pour adapter

¹⁵⁵ Arrêté du 31 décembre 2009 relatif à la procédure applicable aux protocoles de coopération entre professionnels de santé

le cadre d'exercice des professionnels en les intégrant dans la formation initiale et continue. Enfin, l'ARS ou les professionnels peuvent « décider de mettre fin à l'application d'un protocole, pour des motifs et selon des modalités définies par arrêté¹⁵⁶ ».

Ainsi, le fond et la forme des protocoles de coopération apparaissent particulièrement fastidieux en raison de la particularité de l'instrument. Cette contrainte associée au fait qu'aucun modèle économique spécifique n'accompagnait la mesure limitera sa diffusion au secteur hospitalier. Les professionnels libéraux ne s'étant que très peu intéressés au dispositif par sa complexité, son appropriation par le binôme médecin-infirmier n'a pas eu l'effet escompté. Toutefois, ce dispositif a servi de support à une expérimentation actions de santé libérale en équipe portée par une association (ASALEE). Les lois du 24 juillet 2019 et du 26 avril 2021 ont depuis opéré des modifications de simplification que nous verrons dans la seconde partie.

Paragraphe 2 – Une coopération ajustée au droit du patient

Si élargir l'offre de soins et améliorer son accès est séduisant, la coopération interroge les droits des malades posés par la loi du 4 mars 2002.

La qualité des soins¹⁵⁷. En l'espèce, la loi du 21 juillet 2009 prévoit que les professionnels « interviennent dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience ». La procédure applicable au protocole de coopération¹⁵⁸ offre des garanties pouvant apparaître légères en matière de formation. En effet, la compétence se justifie par « tous documents » et peut même « prendre la forme d'attestation, d'habilitation ou de certificat délivrés par toutes entités », ce que déplorent les ordres professionnels¹⁵⁹ regrettant de ne

¹⁵⁶ Arrêté du 21 juillet 2010 relatif au suivi de la mise en œuvre d'un protocole de coopération entre professionnels de santé et à la décision d'y mettre fin

¹⁵⁷ Article L1110-15 du code de la santé publique

¹⁵⁸ Arrêté du 31 décembre 2009 relatif à la procédure applicable aux protocoles de coopération entre professionnels de santé

¹⁵⁹ Conseil National de l'Ordre des Infirmiers. (2010, 3 février). Conseil National - La coopération entre professionnels de santé [Communiqué de presse]. Disponible sur le site du CNOI

pas être consultés au préalable, mais uniquement informés à posteriori, « alors que les obligations de compétence, de qualité et de continuité des soins » font partie de leurs missions¹⁶⁰. Néanmoins, le contrôle de la coopération par l'ARS permet d'assurer des garanties suffisantes pour le législateur.

L'information du patient¹⁶¹ et son consentement¹⁶². La loi a porté une attention particulière à ce sujet rappelant que :

Le patient est informé, par les professionnels de santé, de cet engagement dans un protocole impliquant d'autres professionnels de santé dans une démarche de coopération interdisciplinaire impliquant des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganisation de leurs modes d'intervention auprès de lui¹⁶³.

Des dispositions similaires sont également prévues par les codes déontologiques des professions organisées par une instance ordinaire¹⁶⁴. Le professionnel devra accorder une vigilance toute particulière concernant la traçabilité de la transmission de cette information ainsi que concernant le recueil du consentement dans ces circonstances. La HAS prévoit des indicateurs spécifiques sur ce point et a élaboré des outils afin d'accompagner les professionnels dans leurs démarches. La coopération n'est pas un choix qui s'impose au patient, mais une opportunité pouvant lui être proposée. Celui-ci conserve la possibilité de refuser cette proposition, auquel cas il revient au médecin de réaliser l'activité ou l'acte transféré.

La responsabilité réparatrice¹⁶⁵. Nous avons vu dans le paragraphe précédent que la loi dérogeait aux règles professionnelles d'organisation. Toutefois, le sujet est plus complexe concernant la responsabilité réparatrice. En effet, la couverture du risque civil des professionnels engagés est liée à leurs modalités d'exercice. Pour les professionnels de santé salariés, la

¹⁶⁰ Article L4312-1 du code de la santé publique

¹⁶¹ Article L1111-2 du code de la santé publique

¹⁶² Article L1111-4 du code de la santé publique

¹⁶³ Article L4011-1 du code de la santé publique

¹⁶⁴ Article R4127-35 du code de la santé publique

¹⁶⁵ Article 1240 du code civil

procédure¹⁶⁶ prévoit que l'employeur atteste de « la souscription d'un contrat d'assurance au titre du quatrième alinéa de l'article L. 1142-2 du Code de la santé publique ». Il est également recommandé au professionnel de souscrire à une assurance professionnelle individuelle.

Pour les professionnels libéraux, il est prévu qu'ils disposent d'une garantie assurantielle portant sur le champ défini par le protocole. La responsabilité des professionnels de santé est liée, d'une part, à leur mode d'exercice individuel (salariés du secteur public ou privé et libéral) et, d'autre part, à leur mode de collaboration, à savoir s'il existe un lien hiérarchique entre les deux professionnels. Ainsi, plusieurs cas de figure doivent être envisagés et plusieurs régimes de responsabilité peuvent être appliqués en fonction des cas d'espèce. Pour les professionnels salariés, les responsabilités sont plus limitées, car, hors faute personnelle, la responsabilité est assurée par l'employeur. En exercice libéral, la recherche de responsabilité en cas de dommage à l'égard d'un patient s'avère complexe. À ce jour, aucun des contentieux indemnitaires en réparation de préjudice concernant des protocoles de coopération n'a amené de jurisprudence. Dans l'hypothèse où il serait considéré que le protocole de coopération est un « transfert », la responsabilité sera donc transférée. Cependant, l'intégration d'un patient à un protocole de coopération ne peut se réaliser en première intention, puisqu'elle nécessite son information et son consentement préalable. Aussi, l'intervention du second professionnel pourrait être regardée en l'espèce comme lorsque plusieurs médecins collaborent au suivi d'un patient. Leur responsabilité ne pourrait être engagée qu'en cas de faute. Pour le professionnel à l'origine du transfert seront recherchées une responsabilité contractuelle¹⁶⁷ ainsi qu'une responsabilité du fait d'autrui¹⁶⁸. Et pour le professionnel ayant reçu le « transfert », il sera recherché une responsabilité contractuelle. La responsabilité délictuelle devant être écartée au regard de la dérogation faite par la loi.

¹⁶⁶ Arrêté du 31 décembre 2009 relatif à la procédure applicable aux protocoles de coopération entre professionnels de santé

¹⁶⁷ Cass. Civ., 20 mai 1936, Dr Nicolas c. Mercier, D1936.I.88, concl. Matter, rapp. Josserand, note E. P. ; S1937.1.321, note A. Breton ; Gaz. Pal. 1936, 2, jur., p. 41.

¹⁶⁸ V. P. Jourdain, « La responsabilité du fait d'autrui en matière médicale », Médecine et droit, janv-fevr. 2000, n°40, p. 15.

Le dispositif de coopération introduit par l'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009 a pour objectif principal d'améliorer l'offre de soins et d'en améliorer l'accès en dégageant du temps médical. Le législateur a laissé aux professionnels l'autonomie d'initier « la démarche » sans doute pour favoriser l'adhésion et parce que celle-ci répond à des problématiques de proximité difficilement identifiables pour les autorités de santé. Il s'agissait de poser la première pierre de la coopération interprofessionnelle ; d'instaurer des changements de représentation dans un monde de santé encore teinté de paternalisme médical ; mais également de révéler les freins à la construction de l'avenir. Ainsi, la problématique de financement a été majeure, puisque, sans modèle économique, les projets n'existent qu'au travers d'expérimentations ou en structure. La formation des professionnels de santé a également constitué un frein à l'appropriation du dispositif par la profession infirmière, liée, d'une part, à l'universitarisation incomplète de la profession et, d'autre part, à une structuration encore immature de la formation continue.

*

* *

Pour conclure cette première partie, la profession d'infirmier s'est structurée autour de la profession médicale et autour d'une relation de genre marquée par des inégalités et un asservissement accepté constituant une première forme de coopération. C'est ainsi que s'est construite l'histoire de ces deux professions complémentaires intimement liées.

« Peut-être n'est-il rien de plus grand sur la terre que le sacrifice que fait un sexe délicat, de la beauté de la jeunesse, pour soulager dans les hôpitaux ce ramas de toutes les misères humaines. »

Essai sur les mœurs et l'esprit des nations. Voltaire. 1756

Fort heureusement avec le temps, la société a évolué, s'affranchissant progressivement de son passé et de ses représentations. La Loi du 4 mars 2002 crée une véritable révolution sanitaire. Le patient objet de la médecine devient alors sujet de droit et de la santé. Il est le centre de toutes les attentions, plaçant le soin au cœur de la santé¹⁶⁹.

Dès lors, « Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne » générant un droit irréfragable pour le patient. L'Etat a ainsi, l'obligation de « développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible. » avec la contribution des professionnels, des établissements et réseaux de santé, des organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, des autorités sanitaires et des usagers. Pour façonner cette œuvre commune à cette approche globale de la santé, il est nécessaire d'adapter la coopération médecin infirmier.

¹⁶⁹ Article 3 de la LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JORF du 5 mars 2002

A cette fin, le législateur après avoir structuré l'organisation de l'offre des établissements de santé a opéré la mise en place d'instruments de régulation de la profession infirmière puis, initié un changement dans les modes de coopération entre infirmier et médecin autour du patient afin que la coopération puisse répondre aux enjeux du système de santé. Ce que nous allons voir dans la seconde partie.

*

* *

PARTIE II – UNE COOPÉRATION REPENSÉE EN VUE DE L’ADAPTATION AUX ENJEUX DU SYSTÈME DE SANTÉ

Il n’y a jamais eu autant de médecins qu’aujourd’hui. L’effectif de l’ensemble des médecins est passé de 59 065¹⁷⁰ praticiens en 1968 à 212 224¹⁷¹ en 2021. Cette hausse s’accompagne également d’une augmentation de leur densité dans la population : 118,79¹⁷² médecins pour 100 000 habitants en 1968, contre 318¹⁷³ médecins pour 100 000 habitants en 2021 avec des disparités géographiques. Cependant, le vieillissement de la population engendre une augmentation de la CSBM¹⁷⁴. Si l’on rapporte ces éléments démographiques aux besoins de soins de la population, ils sont insuffisants et généreront jusqu’en 2030¹⁷⁵ des difficultés d’accès aux soins, selon les projections. Afin de compenser ces difficultés et de dégager du temps médical, la loi HPST a introduit la coopération par dérogation, ce qui incite à consolider l’offre de soins en maintenant la qualité de notre système de santé. Son enjeu est de « transformer les modes d’organisation, les modes de financement pour inciter à l’exercice coopératif et collaboratif, modifier la formation et les conditions d’exercice des professionnels afin de garantir et améliorer l’accès aux soins et leur qualité¹⁷⁶. »

Ainsi, la coopération entre médecin et infirmier a été renforcée de façon à améliorer l’efficacité de l’organisation des soins (CHAPITRE I), mais la profession infirmière doit être adaptée dans le but de répondre aux enjeux de cette coopération (CHAPITRE II).

¹⁷⁰ IRDES. (2013). Données de cadrage : Démographie et activité des professions de santé. Consulté sur le site de l’IRDES

¹⁷¹ Anguis, M., Bergeat, M., Pisarik, J., Vergier, N., Chaput, H. (2021). Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Constat et projections démographiques. Consulté sur le site de la DREES. p. 12

¹⁷² vie-publique.fr. (2021, 25 novembre). Les professionnels de santé en France : données chiffrées, consulté sur le site Vie Publique

¹⁷³ Anguis, M., Bergeat, M., Pisarik, J., Vergier, N., Chaput, H. Op. cit. p. 16

¹⁷⁴ DREES. (2021). Les dépenses de santé en 2019. Consulté sur le site de la DREES

¹⁷⁵ Anguis, M., Bergeat, M., Pisarik, J., Vergier, N., CHAPUT, H. Op. cit p 3

¹⁷⁶ Propos de Mme Agnès Buzyn, Ministre des solidarités et de la santé tenu le mardi 21 mai 2019 sur le projet de loi relatif à l’organisation et à la transformation du système de santé devant la commission de l’aménagement du territoire et du développement durable du Sénat,

CHAPITRE I – RENFORCER LA COOPÉRATION ENTRE MÉDECIN ET INFIRMIER POUR AMÉLIORER L'EFFICIENCE DE L'ORGANISATION DES SOINS

« Alors que la population française et les besoins de prise en charge sanitaire liés à son vieillissement augmentent, le temps médical disponible se réduit. » C'est ce que souligne le rapport de la Cour des comptes en 2021¹⁷⁷. Cette dernière préconise une structuration plus efficace de l'offre de soins. Ainsi, la politique publique, ayant été essentiellement axée sur la structuration des établissements de santé, s'oriente naturellement vers l'organisation des professionnels de santé et place le binôme médecin-infirmier au cœur de ce processus. Elle a pour objectif d'améliorer leur organisation « en fonction d'objectifs d'accessibilité, de continuité, de qualité et de sécurité des soins », ce qui implique de favoriser la coopération en soins de ville (section 1) et d'améliorer la prise en charge des patients (section 2).

Section 1 – La nécessité de la coopération en soins de ville

Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie et les dispositifs de sortie rapide d'hospitalisation concourent à l'augmentation de la part des soins de ville à la CSBM¹⁷⁸. Afin de favoriser l'efficacité des soins de ville et son décloisonnement, le législateur a renforcé les supports de la coopération posée initialement par la loi du 21 juillet 2009. Ainsi, l'amélioration des prises en charge en ville passe par la mise en place d'une organisation favorisant la coopération (paragraphe 1) et le déploiement d'outils numériques de façon à améliorer l'accès aux soins (paragraphe 2).

¹⁷⁷ Cour des comptes. (2021). Garantir l'accès à des soins de qualité et résorber le déficit de l'assurance maladie. Disponible sur le site de la Cour des comptes

¹⁷⁸ DREES, (2021). Op. cit. p. 10

Paragraphe 1 – La réorganisation des soins de ville par la coopération

La loi du 21 juillet 2009 avait pour ambition de rationaliser le système de santé. Concernant l'offre hospitalière, « L'organisation et la régulation de l'ensemble de l'offre et de la demande de santé se décident au niveau de la région dans laquelle sont définis les territoires de santé¹⁷⁹. » L'ambition se poursuit par la structuration du parcours de soins de ville sur le même modèle que la structuration hospitalière favorisant ainsi la coopération entre médecin et infirmier.

La structuration des soins de ville. L'organisation des soins primaires¹⁸⁰ a longtemps été laissée à l'initiative des professionnels libéraux de santé entraînant une répartition parfois inégale d'accès aux soins et une inadéquation de la réponse aux besoins de santé des territoires. Néanmoins, afin de répondre à l'effectivité du droit à la protection de la santé, depuis 2009, les lois de santé introduisent des dispositions favorisant la structuration de cette « offre de soins primaires ». Ainsi, le législateur a confié aux ARS l'organisation territoriale des soins de premier recours¹⁸¹ ainsi que la planification de la politique de santé avec une concertation citoyenne¹⁸². La structuration des soins primaires est recentrée sur le médecin généraliste de premier recours¹⁸³, favorisant le regroupement en équipes pluridisciplinaires et la coopération des professionnels autour des besoins de santé du territoire. La structuration permet de développer une approche populationnelle de la santé¹⁸⁴ autour de parcours de soins adaptés aux besoins et réalisés de façon

¹⁷⁹ Moquet-Anger, M. (2021). Droit hospitalier. LGDJ. p., 73

¹⁸⁰ Les soins primaires ou soins de premier recours ou soins de proximité représentent le premier niveau de contact entre la population et le système de santé ils sont précisés par l'article L1411-11 du code de la santé publique

¹⁸¹ Article 36 de la Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

¹⁸² Article 1 du Décret n° 2016-1023 du 26 juillet 2016 relatif au projet régional de santé

¹⁸³ Article 64 de la Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

¹⁸⁴ Cambon, L., Alla, F., & Chauvin, F. (2018). Prévention et promotion de la santé : de quoi parle-t-on ? Actualité et dossier en santé publique (adsp), 103, disponible sur le site du HCSP ; p., 9-11

coordonnée par des équipes de soins primaires¹⁸⁵ (ESP) et par des communautés professionnelles territoriales de santé¹⁸⁶ (CPTS) soutenue par un dispositif d'appui à la coordination¹⁸⁷ (DAC) en situation de prise en soins complexes nécessitant une coordination et un support logistique.

La coopération expérimentation. « L'approche globale des soins primaires demande d'articuler les interventions de soignants, d'acteurs des secteurs médico-social et social avec des actions de prévention et de promotion de la santé aussi bien individuelles que collectives¹⁸⁸. » Par son approche disciplinaire et sa coopération étroite avec le médecin de premier recours, l'infirmier constitue une ressource de proximité indispensable au développement d'une approche populationnelle de la santé orientée vers les populations fragiles. Cette approche permet de répondre aux enjeux de la politique de santé sur le territoire. L'expérimentation in situ ASALEE menée depuis 2004 en témoigne. Il s'agit d'une réorganisation des interventions auprès du patient en équipes de soins primaires soutenues par un dispositif associatif contribuant à la logistique, au financement et au suivi des indicateurs. Médecins et infirmiers opèrent des transferts d'activités, d'actes de soins, de prévention et réorganisent leurs modes d'intervention auprès de populations présentant des pathologies chroniques (diabète, insuffisance respiratoire chronique, cardiovasculaire, personnes âgées). Ainsi, l'infirmière réalise d'une part de l'éducation thérapeutique afin d'améliorer la qualité de vie des patients atteints de pathologies chroniques et d'autre part des actes médicaux de suivi tel que la réalisation d'exams (électrocardiogramme, spirométrie, biologiques) ou encore des évaluations cliniques (pied diabétique, test de la mémoire). Le protocole fait l'objet de publications régulières dans le cadre d'une étude nationale DAPHNEE¹⁸⁹. L'étude¹⁹⁰ dresse un bilan positif,

¹⁸⁵ Article L1411-11-1 du code de la santé publique

¹⁸⁶ Article L1434-12 du code de la santé publique

¹⁸⁷ Décret n° 2021-295 du 18 mars 2021 relatif aux dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes et aux dispositifs spécifiques régionaux

¹⁸⁸ Bourgueil, Y., Ramond-Roquin, A., Schweyer, F. (2021). Les soins primaires en question(s). Presses de l'EHESP. p., 61

¹⁸⁹ IRDES, Programme de recherche, Doctor and Advanced Public Health Nurse Experiment Evaluation : Évaluation de l'expérimentation de coopération entre généralistes et infirmières

¹⁹⁰ IRDES. (2018 ; 2019 ; 2021) Questions d'économie de la santé n°232 ; n°239 ; n°241 ; n°264. Disponible sur le site de l'IRDES

montrant que ce mode d'organisation renforce la coopération entre médecin et infirmier et améliore les conditions de travail des professionnels, la qualité de prise en charge des patients et l'accès aux soins par une épargne de temps médical. Cependant, les transferts restent hétérogènes car ils dépendent de l'engagement et des représentations des professionnels de santé rendant complexe un déploiement à plus grande échelle.

La coopération informelle. En pratique courante, la coopération entre médecin et infirmier nécessite parfois l'adaptation de certaines thérapeutiques. Cependant, cette coopération demeure informelle, reposant uniquement sur la relation de confiance établie entre les protagonistes. Il s'agit d'une coutume qui place les infirmiers dans des situations de glissement de tâches¹⁹¹ entraînant une insécurité juridique nuisant à leur reconnaissance. Le législateur a tenté de remédier à cet état de fait¹⁹², autorisant les infirmiers à « adapter la posologie de certains traitements pour une pathologie donnée ». Cependant, la HAS, bien que favorable au principe, a émis un avis défavorable¹⁹³. En effet, elle pointe « l'absence d'information sur le contenu des protocoles¹⁹⁴ » ne permettant pas d'évaluer et de garantir la qualité et la sécurité des soins de cette mesure. Il paraît complexe de définir un protocole circonscrivant un raisonnement clinique propre à chaque patient. Une étude sur cette pratique « tolérée » d'exercice illégal de la médecine permettrait d'appréhender la situation sous un regard scientifique. Toutefois, une adaptation réglementaire des compétences de l'infirmier permettrait de résoudre cette problématique de coopération. Enfin, remarquons que cette disposition¹⁹⁵ place l'exercice coordonné comme une norme supplantant l'exercice isolé.

¹⁹¹ Un glissement de tâche correspond à la réalisation d'un acte par un professionnel qui ne dispose pas réglementairement de la compétence au regard de son diplôme pour l'effectuer.

¹⁹² Article 25 de la Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

¹⁹³ Avis n° 2021.0045/AC/SBP du 1er juillet 2021 du collège de la Haute Autorité de santé relatif au projet d'arrêté fixant la liste des pathologies et traitements dont l'infirmier ou l'infirmière est autorisé(e) à adapter la posologie en application de l'article 25 de la loi du 24 juillet 2019 modifiant l'article L. 4311-1 du code de la santé publique.

¹⁹⁴ Ibid.

¹⁹⁵ Article L4311-1 du code de la santé publique.

En somme, coopération des soins de ville se structure progressivement par l'intervention de l'État permettant aux professionnels de mieux répondre aux enjeux du système de santé. La profession infirmière doit aujourd'hui s'adapter à la baisse de la démographie médicale et aux enjeux de qualité et de sécurité des soins. Une évolution de la profession est nécessaire afin de mieux accompagner cette transition.

Paragraphe 2 - Le numérique, outil de renforcement de la coopération entre médecin et infirmier en ville

Les technologies numériques offrent des potentialités sans précédent pour améliorer l'efficacité du système de santé et permettre la réalisation d'économies par l'assurance maladie. Elles réinventent les modes de coopération et permettent de dépasser les contraintes liées à une démographie médicale déclinante¹⁹⁶.

Le développement des supports numériques a pour ambition de faciliter la coopération autour du patient et de permettre au binôme médecin-infirmier de se renforcer dans un exercice coordonné, ouvrant la voie à une coopération numérique dans un cadre juridique précis accompagné de l'utilisation de nouveaux outils.

Les données de santé. Parce qu'elles ont trait aux droits de la personne et au respect de sa vie privée, les données personnelles de santé font l'objet d'un encadrement particulier. Tout d'abord, la loi du 4 mars 2002 a posé que « toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant¹⁹⁷ ». Ce droit a été par la suite renforcé pour s'imposer à l'ensemble des acteurs concourant à la santé du patient, et notamment ceux du secteur social et médico-social. Aussi, l'obligation de secret a été étendue et s'impose désormais « à tous les professionnels intervenant dans le système

¹⁹⁶ Cour des comptes, (2021, décembre). Op. cit. p. 32

¹⁹⁷ Article L1110-4 du code de santé publique

de santé¹⁹⁸ ». L'échange d'informations relatives au patient est circonscrit tant aux professionnels intervenant dans sa prise en charge qu'à leur stricte nécessité. Le consentement du patient est recherché si le professionnel ne fait pas partie de la même équipe de soins. Le patient peut s'opposer à cet échange. Ensuite, la loi « informatique et liberté¹⁹⁹ » complétée par le règlement général relatif à la protection des données (RGPD) définit dans son article 4 la notion de « données de santé²⁰⁰ ». Ces informations nécessaires à la prise en charge du patient nécessitent donc une sécurisation particulière de la part des offreurs de soins en matière de gestion des données²⁰¹ et d'échanges²⁰². Au regard des enjeux de santé et de protection des droits des patients, l'État a mis en œuvre une politique : « *la stratégie nationale e-santé 2020* » visant à accompagner les professionnels de santé et permettre à la France de faire face aux enjeux du système de santé par l'innovation.

Espace numérique en santé. La loi du 13 août 2004 avait amorcé la mise en place d'un dossier médical personnel (DMP) ayant pour but d'améliorer la coordination du parcours de soins du patient ainsi que la qualité et la continuité des soins. Cependant, le dispositif semblait trop ambitieux et complexe à mettre en œuvre tant pour les usagers que pour les professionnels. La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé²⁰³ relance le DMP qui devient alors « partagé » (dossier médical partagé). Elle en confie sa gestion à la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), qui détermine son contenu et ses modalités d'accès²⁰⁴. Le DMP a d'abord été créé avec le consentement du patient. Puis, depuis le 1^{er} janvier

¹⁹⁸ Ibid.

¹⁹⁹ Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés

²⁰⁰ CNIL Données concernant la santé, Article 4, Définition : « données concernant la santé », les données à caractère personnel relatives à la santé physique ou mentale d'une personne physique, y compris la prestation de services de soins de santé, qui révèlent des informations sur l'état de santé de cette personne. Consulté sur le site de la CNIL

²⁰¹ Article L1111-8 code de la santé publique

²⁰² Délibération n° 2014-239 du 12 juin 2014 portant autorisation unique de mise en œuvre, par les professionnels et établissements de santé ainsi que par les professionnels du secteur médico-social habilités par une loi, de traitements de données à caractère personnel ayant pour finalité l'échange par voie électronique de données de santé à travers un système de messagerie sécurisée

²⁰³ Article 96 de la LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

²⁰⁴ Décret n° 2016-914 du 4 juillet 2016 relatif au dossier médical partagé, JORF n°0155 du 5 juillet 2016

2022, il est intégré automatiquement à l'espace numérique en santé (ENS)²⁰⁵. Cette plateforme numérique permet de centraliser les données de santé du patient en un même lieu, les rendant accessibles aux professionnels de santé et aux patients. Le dispositif comportera à terme d'autres outils, comme une messagerie sécurisée et des services de télésanté. Cette loi accélère le déploiement des outils et ressources numériques pour les professionnels et les patients. L'objectif est de renforcer la qualité des soins et leur accès grâce aux outils de télésanté améliorant notamment la coopération entre l'infirmier et le médecin.

La E.-santé. « La télémédecine peut considérablement renforcer les coopérations entre les professionnels de santé²⁰⁶. » La loi du 21 juillet 2009²⁰⁷ introduit dans le Code de la santé publique un chapitre consacré à la télémédecine. Elle définit la télémédecine comme « des actes médicaux réalisés à distance, au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication²⁰⁸ ». On distingue initialement cinq actes relevant de la télémédecine²⁰⁹. Après plusieurs années d'expérimentation, la loi de financement de la sécurité sociale de 2017²¹⁰ permettra la mise en œuvre de cette activité²¹¹ prise en charge par la sécurité sociale. Son extension est soutenue par un plan quinquennal²¹² et stratégique²¹³ prévoyant des modalités de financement, un renforcement de son déploiement et son

²⁰⁵ Article 98 de la LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

²⁰⁶ Assemblée Nationale, ISAAC-SIBILLE, C. (2021) Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du règlement, par la commission des affaires sociales, en conclusion des travaux d'une mission d'information sur l'organisation des professions de santé : « quelle vision dans dix ans et comment y parvenir ? » ; consulté sur le site de l'Assemblée Nationale p. 37

²⁰⁷ Article 78 de la LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

²⁰⁸ Article L6316-1 du Code de la santé publique

²⁰⁹ Décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine

²¹⁰ Article 56 de la LOI n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018

²¹¹ Décret n° 2018-788 du 13 septembre 2018 relatif aux modalités de mise en œuvre des activités de télémédecine

²¹² Ministère des Solidarités et de la Santé. (2017, octobre). Renforcer l'accès territorial aux soins. Consulté sur le site ARS Santé

²¹³ Ministère des Solidarités et de la Santé. (2018, septembre). Ma Santé 2022. Consulté sur le site solidarités-santé

extension aux paramédicaux et aux pharmaciens²¹⁴. La crise sanitaire de la Covid-19 a contribué à l'essor et au développement de la télémédecine, par nécessité de santé publique. En effet, le recours à cette nouvelle activité a permis de renforcer la coopération entre les professionnels de santé, favorisant ainsi le maintien à domicile et le suivi des patients présentant des pathologies chroniques. Si, pour des patients autonomes, les actes de télémédecine ne nécessitent pas d'assistance particulière, pour les personnes en situation de fragilité, un accompagnement est nécessaire. Aussi, la collaboration entre le médecin et l'infirmier est essentielle et est soutenue par des mesures conventionnelles²¹⁵.

Par conséquent, l'État intervient dans les soins de ville par leur planification afin de répondre aux problématiques d'offre de soins et du développement des pathologies chroniques d'une part. Et d'autre part, médecin et infirmier s'appuient sur les outils numériques tels que la téléconsultation pour les patients dépendants afin de faciliter leur maintien à domicile pour améliorer la prise en charge des patients et améliorer l'accès aux soins. Si bien que l'intervention de l'Etat par ces deux mécanismes structure la coopération entre médecin et infirmier en ville. Néanmoins, les instruments de coopération fonctionnels peinent à se mettre en place et nécessitent une adaptation de la profession infirmière pour permettre l'amélioration de la prise en charge des patients.

Section 2 – L'amélioration de la prise en charge des patients par la pratique avancée

Alors que l'on assiste à une progression rapide des problèmes de santé chroniques à l'échelle mondiale, la formation des dispensateurs de soins de santé n'a, d'une manière générale, pas évolué en conséquence. De nombreux autres auteurs ont noté que la formation, l'éducation et l'éventail des

²¹⁴ Article 53 de la LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

²¹⁵ Avenant n° 6 du 29 mars 2019 à la convention nationale des infirmiers libéraux, signée le 22 juin 2007.

*compétences des personnels de santé d'aujourd'hui n'étaient pas adaptés pour prendre en charge les patients atteints d'affections chroniques*²¹⁶.

Ainsi, de nombreux pays ont pris le parti de favoriser le développement de la profession infirmière par la formation, afin d'améliorer la prise en charge des patients. Néanmoins, l'organisation d'un système de soins doit se structurer en fonction de sa propre identité. Ainsi, la France a adapté la pratique avancée à son modèle (paragraphe 1) déclinant un exercice particulier pour l'infirmier (paragraphe 2).

Paragraphe 1 – Le modèle français de la pratique avancée

Le concept de « pratique avancée », emprunté aux modèles anglo-saxons, permet l'adaptation de la profession infirmière aux besoins spécifiques de santé de la population. Il s'est largement répandu à travers le monde tant pour répondre à des enjeux d'efficience que d'accès à des soins de qualité. Si les modèles étrangers peuvent constituer une source d'inspiration, il est nécessaire de les adapter afin de les intégrer à tel système de soins.

Les modes d'exercices. En France, la pratique avancée a été introduite en 2016²¹⁷. Un titre préliminaire a été introduit concernant l'exercice en pratique avancée au Code de la santé publique au début du livre III de la quatrième partie²¹⁸. Le choix a donc été fait par le législateur de laisser la possibilité à l'ensemble des auxiliaires médicaux d'accéder à la pratique avancée et ainsi de ne pas la réserver à une profession en particulier, prenant en compte les recommandations des différents travaux menés sur l'évolution des professions de santé. Le législateur a pris également soin de délimiter les lieux d'exercice de cette pratique avancée. Les professionnels peuvent exercer en ville (ambulatoire) et également au sein des structures (équipe de soins) assurant des soins primaires en exercice coordonné, ce qui inscrit la pratique avancée en ville dans un processus de coopération reposant sur la notion d'« équipe

²¹⁶ Organization W. H. Former les personnels de santé du XXIe siècle : le défi des maladies chroniques. [s.l.] : World Health Organization, 2005. p., 19

²¹⁷Article 119 de la LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

²¹⁸ Article L4301-1 du code de la santé publique

de soins », dont le médecin traitant en est la pierre angulaire. L'exercice en pratique avancé est également ouvert en établissements de santé, médico-sociaux, en hôpitaux des armées et en assistance d'un médecin spécialiste, mais hors soins primaires. Deux notions centrales se distinguent ainsi pour l'exercice en pratique avancée. D'une part, la notion de « coopération » avec le médecin tant en soins de premier recours²¹⁹ qu'en soins de deuxième recours²²⁰. Et d'autre part, la notion d'« équipe de soins » concernant le premier recours. Le législateur a complété cette loi en 2021²²¹ en apportant un mode d'exercice supplémentaire concernant la santé au travail. Ainsi, l'exercice en pratique avancée est possible « en assistance d'un médecin du travail » qui n'est pas nécessairement spécialiste²²², d'où l'introduction de cette particularité. Cet exercice est notamment destiné aux services « de prévention et de santé au travail ».

Les domaines d'intervention de la pratique avancée. La loi prévoit que, pour chaque profession d'auxiliaire médical, un avis de l'Académie Nationale de Médecine et des représentants des professionnels de santé concernés soit pris avant décret au Conseil d'État concernant les domaines d'intervention. Ces domaines déclinent l'exercice propre à chaque profession d'auxiliaire médical, selon les champs déterminés par les professions socles et selon les mentions déterminant le champ d'intervention de la pratique avancée. Ainsi, la pratique avancée est liée au métier socle. Toutefois, la loi oriente les domaines d'intervention en pratique avancée. Elle prévoit « des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage²²³ » s'inscrivant ainsi dans la volonté de l'État de renforcer l'approche populationnelle de la santé autour de parcours de soins. Elle reconnaît l'expertise clinique et accorde des compétences élargies aux professionnels en pratique avancée par rapport à la profession socle en leur permettant de réaliser des actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques ainsi que de surveillance clinique et

²¹⁹ Article L1411-11 du code de santé publique

²²⁰ Article L1411-12 du code de santé publique

²²¹ Article 34 de la LOI n° 2021-1018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail

²²² Article R4623-2 du code de santé publique

²²³ L4301-1 du code de la santé publique

paraclinique. Enfin, elle leur accorde un droit de prescription « de produits de santé non soumis à prescription médicale obligatoire [...], d'examens complémentaires et des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales²²⁴ ». Ainsi, le professionnel en pratique avancée dispose d'une autonomie. Ces compétences sont destinées à améliorer le suivi des patients et la santé des populations par transfert en créant de nouvelles règles d'organisations des professions de santé.

L'exercice en pratique avancée. Il existe plusieurs prérequis à l'exercice en pratique avancée. D'abord, un exercice minimal de la profession socle est nécessaire. Puis, il importe d'obtenir le diplôme qui doit être délivré par l'Université. Enfin, un enregistrement spécial est nécessaire. Pour les professions organisées autour d'une instance ordinale, les Conseils Départementaux des ordres délivrent l'attestation précisant le cas échéant la mention correspondant au domaine de l'exercice en pratique avancée. Ainsi, les ordres professionnels se voient confier la régulation de leurs pratiques avancées, notamment en matière de démographie. Notons que l'exercice de spécialité n'est pas soumis aux mêmes exigences. Afin de permettre la libre prestation de santé des professionnels de santé dans l'espace européen, une reconnaissance des qualifications est prévue par décret en fonction des professions socles²²⁵. Enfin, la loi précise que « le professionnel agissant en pratique avancée est responsable des actes qu'il réalise²²⁶ », ce qui implique des responsabilités professionnelles plus étendues que le métier socle au regard des domaines d'intervention prévus. Il faut ici s'intéresser à la nature des actes. De principe²²⁷, les auxiliaires médicaux réalisent à la fois des actes médicaux définis par délégation sous condition d'une prescription médicale et des actes propres non médicaux qu'ils peuvent effectuer en autonomie. Dès lors, la prescription médicale est l'instrument autorisant la pratique de l'acte. Concernant les auxiliaires médicaux en pratique avancée, il s'agit ici d'une

²²⁴ L4301-1 du code de la santé publique

²²⁵ Décret n° 2019-510 du 23 mai 2019 relatif aux modalités de reconnaissance des qualifications professionnelles des ressortissants européens concernant le diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée

²²⁶ Article L4301-1 du code de la santé publique

²²⁷ Il existe cependant quelques exceptions : R4311-5-1, L4311-1, L4362-10, R1222-17 du code de la santé publique

évolution faisant exception, plus large que ce qui était autorisé auparavant, au titre des exceptions de principe ou de manière dérogatoire dans le cadre d'un protocole de coopération²²⁸. Puisque, les auxiliaires médicaux en pratique avancée seront autorisés à réaliser des actes médicaux définis sans délégation et donc en autonomie. Néanmoins, cette autorisation est conditionnée explicitement par la formule « dans le cadre », ce qui nécessite que le patient soit « adressé » par le médecin.

Ainsi, le modèle français de la pratique avancée est plus large que le modèle étranger, étant donné qu'il concerne l'ensemble des auxiliaires médicaux. La place du médecin y est centrale. La pratique avancée est façonnée par le législateur pour compléter l'exercice du médecin dans le respect de la personne et pour répondre tant aux besoins d'accès aux soins qu'à la qualité des parcours patients, tout en épargnant du temps médical, ce qui permet d'assouplir les contraintes démographiques par une nouvelle coopération fonctionnelle présentant un cadre juridique adapté. En outre, la pratique avancée favorise, d'une part, la diversification de l'exercice des auxiliaires médicaux participant à l'attractivité des professions et mène, d'autre part, ces professionnels sur le développement de compétences à un plus haut niveau d'expertise sanctionné par un titre universitaire de niveau Master.

Paragraphe 2 – Un exercice particulier pour l'infirmier

Bien que, en France, l'exercice en pratique avancée concerne l'ensemble des auxiliaires médicaux, la profession infirmière est la première à prolonger son exercice par la pratique avancée. Le concept international d'« infirmier en pratique avancée » (IPA) se définit par :

Un infirmier en pratique avancée est un infirmier généraliste ou spécialisé qui a acquis, à travers des études supérieures plus poussées (Master au minimum), les connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaires aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de son métier,

²²⁸ Article L4011-1 du code de la santé publique

*dont les caractéristiques sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmier sera autorisé à exercer*²²⁹.

Le modèle se décompose théoriquement en deux catégories : les infirmières cliniciennes spécialisées et les infirmières praticiennes. Mais le modèle français a choisi « l'hybridation » ; selon Monsieur Christophe Debout²³⁰, « le profil se rapproche cependant davantage des caractéristiques des infirmières cliniciennes spécialisées²³¹ », sans doute car le modèle doit s'adapter à l'ensemble des auxiliaires médicaux.

La pratique avancée infirmière. Mise en place en 2018²³², la pratique avancée infirmière introduit le premier chapitre du titre préliminaire du livre III de la quatrième partie réglementaire du Code de la santé publique concernant les auxiliaires médicaux en exercice en pratique avancée. Le décret vise plusieurs dispositions du Code de la santé publique, notamment concernant le libre choix du patient de son professionnel de santé²³³, rappelant ainsi que la pratique avancée ne s'impose pas au patient, mais qu'elle représente une possibilité. Le recours à la télémédecine²³⁴ est également visé, ce qui inscrit ce nouvel exercice dans l'ère du numérique en santé, notamment concernant la réalisation de la téléconsultation. Le recours à l'IPA associé à une téléconsultation médicale pourrait constituer une solution à la désertification médicale des zones rurales ou difficilement accessibles par le patient. Ainsi, l'IPA pourrait assurer un suivi dans le cadre de ses prérogatives en disposant de « compétences élargies », par rapport à celle de l'infirmier diplômé d'État. L'IPA pourra à titre d'exemple prescrire des examens biologiques afin d'effectuer le suivi d'un patient.

²²⁹ Définition de la pratique avancée infirmière du Conseil International des Infirmières (ICN), 2008

²³⁰ M. Christophe Debout, IADE, Directeur d'Isis, Vice-Président de l'ASI, PhD et membre du Comité formation réseau de pratique avancée du Conseil international des infirmières

²³¹ Martin L. (2019) « Infirmière clinicienne spécialisée, Infirmière praticienne : quelles différences ? ». Consulté sur Actusoins

²³² Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée, JORF n°0164 du 19 juillet 2018

²³³ Article L1110-8 du code de la santé publique

²³⁴ Article L6316-1 du code de la santé publique

En effet, l'IPA dispose « d'un diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée » qui lui a été délivré par une Université²³⁵ constituant l'un des prérequis²³⁶ autorisant l'exercice dans « l'un des domaines d'intervention ». Toutefois, la formation est accessible directement après le diplôme d'État d'infirmier²³⁷. L'IPA contribue au développement de la qualité des soins et des sciences infirmières²³⁸. Désigné comme chef de file de la profession infirmière, il contribue à la qualité et à la sécurité des soins, au développement de la profession par la recherche et à la transmission des savoirs de la profession infirmière.

L'intervention de l'IPA. L'exercice de l'IPA est ouvert dans l'un des cinq domaines²³⁹ mentionnés dans son diplôme²⁴⁰.

- Pathologies chroniques stabilisées ; prévention et polypathologies courantes en soins primaires ;
- Oncologie et hémato-oncologie ;
- Maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale ;
- Psychiatrie et santé mentale ;
- Urgences ;

Parmi les différents domaines, deux sont particuliers et encadrés par arrêtés. Ainsi, le domaine des « pathologies chroniques stabilisées ; prévention et polypathologies courantes en soins primaires » présente une approche populationnelle en santé orientée vers le parcours de soins autour de pathologies chroniques stabilisées définies²⁴¹. Le domaine « Urgence » est davantage orienté vers la technique bénéficiant d'actes qui lui sont propres²⁴² et de parcours orientés par des situations cliniques²⁴³. Les trois autres mentions (oncologie et hémato-oncologie ; maladie rénale chronique, dialyse,

²³⁵ Article D636-73 à D636-81 du code de l'éducation

²³⁶ Article D4301-8 du code de la santé publique

²³⁷ Article D. 636-77 du code de la santé publique

²³⁸ Article R4301-7 du code de la santé publique

²³⁹ Article R4301-2 du code de la santé publique

²⁴⁰ Article D4301-8 du code de la santé publique

²⁴¹ Arrêté du 18 juillet 2018 fixant la liste des pathologies chroniques stabilisées prévue à l'article R. 4301-2 du code de santé publique

²⁴² Annexe I de l'arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de santé publique

²⁴³ Arrêté du 25 octobre 2021 fixant la liste des motifs de recours et des situations cliniques mentionnés à l'article R. 4301-3-1 du code de la santé publique

transplantation rénale et psychiatrie et santé mentale) sont plus spécialisées sur le modèle des disciplines médicales, mais également orientées vers le parcours de soins de pathologies chroniques. Le domaine ou la mention associée déterminent le périmètre de l'IPA. Dans ce cadre, il a compétence « pour conduire un entretien avec le patient qui lui est confié, effectuer une anamnèse de sa situation et procéder à son examen clinique²⁴⁴ », cette disposition donnant l'accès au corps de la personne. Il est cependant limité à la fois par la mention de son diplôme et conditionné à ce qu'un médecin lui « confie » le patient d'une part, et à ce que ce dernier donne son consentement²⁴⁵, d'autre part. La notion de « consentement » est ici centrale. Il incombe, en règle générale, au médecin confiant le patient à l'IPA de s'en assurer²⁴⁶. Cependant, dans le domaine de l'urgence, l'IPA intervient « pour les motifs de recours et les situations cliniques présentant un moindre degré de gravité ou de complexité²⁴⁷ ». Le consentement du patient prend alors la forme d'un document signé.

L'IPA, dans le cadre de son exercice, peut également « conduire toute activité d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage qu'il juge nécessaire²⁴⁸ ». Il dispose de compétences cliniques élargies ; c'est pourquoi il peut :

Effectuer tout acte d'évaluation et de conclusion clinique ou tout acte de surveillance clinique et paraclinique, consistant à adapter le suivi du patient en fonction des résultats des actes techniques ou des examens complémentaires ou de l'environnement global du patient ou reposant sur l'évaluation de l'adhésion et des capacités d'adaptation du patient à son traitement ou sur l'évaluation des risques liés aux traitements médicamenteux et non médicamenteux²⁴⁹.

²⁴⁴ Article R4301-3 du code de la santé publique

²⁴⁵ Article L. 1111-4 et Article R4312-14 du code de santé publique

²⁴⁶ Article R4301-6 du code de la santé publique

²⁴⁷ Décret n° 2021-1384 du 25 octobre 2021 relatif à l'exercice en pratique avancée de la profession d'infirmiers, dans le domaine d'intervention des urgences

²⁴⁸ Article 4301-3 du code de la santé publique

²⁴⁹ Article R4301-1 du code de la santé publique

Il dispose également de compétences techniques propres, puisqu'il est habilité à effectuer une liste d'actes techniques sans prescription médicale²⁵⁰. Il peut également réaliser des demandes d'examens et de suivi ainsi que des actes de prévention en autonomie²⁵¹. Il dispose, en outre, d'un droit de prescription plus large que l'infirmier, qui est notamment ouvert aux examens de biologie médicale²⁵². Enfin, il a la possibilité de « Renouveler, en les adaptant si besoin, des prescriptions médicales²⁵³. » Toutefois, le renouvellement et l'adaptation des prescriptions médicales restent encadrés par des protocoles dans plusieurs mentions.

Les rapports. Les missions sont clairement définies, le médecin assure « la conduite diagnostique et le choix thérapeutique » et l'IPA le « suivi ». D'ailleurs, lorsque la situation dépasse son périmètre, l'IPA est tenu « sans délai » d'informer le médecin et de réorienter le patient. Ainsi, l'autonomie de l'IPA est médicalement supervisée, ce qui le distingue des professions médicales qui disposent d'une autonomie complète dans leur domaine, parfois limitée à une région anatomique (chirurgien-dentiste) ou à une situation précise (sage-femme) sans rendre compte de leurs activités à un autre professionnel. La coopération avec le médecin est centrale dans l'exercice de l'IPA. Ainsi, comme nous avons pu l'évoquer plus haut dans ce paragraphe, l'IPA se voit confier par le médecin la « prise en charge globale des patients » dont il assure le suivi. Cette prise en charge s'inscrit dans leur parcours de soins encadré par un « protocole d'organisation²⁵⁴ ». Ce protocole définit en quelque sorte la stratégie de prise en charge du patient et détermine l'adressage par le médecin du patient à l'IPA. Il planifie la coopération entre l'IPA et le médecin autour du parcours de soins.

²⁵⁰ Annexe I de l'arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de santé publique

²⁵¹ Annexe II de l'arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de santé publique

²⁵² Annexe III & IV de l'arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de santé publique

²⁵³ Annexe V de l'arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de santé publique

²⁵⁴ Article R4301-4 du code de la santé publique

En conclusion, la pratique avancée infirmière marque une évolution significative en matière de compétences et de responsabilités pour la profession infirmière. Elle contribue à l'amélioration de la prise en charge des patients et améliore l'efficacité du système de soins. Néanmoins, nous verrons dans ce qui suit que la profession infirmière doit évoluer de manière globale afin de s'adapter à l'évolution du système de santé.

CHAPITRE II – PENSER LA COOPÉRATION ENTRE MÉDECIN ET INFIRMIER AUTOUR DE LA QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE ET DE L'ÉVOLUTION DES BESOINS DES USAGERS

Si la profession infirmière évolue dans son exercice afin de répondre aux enjeux de santé par la coopération, il est nécessaire d'adapter sa formation (section 1) sans négliger les attentes de la profession (section 2)

Section 1 – Adapter la formation infirmière à l'évolution des besoins des usagers

Améliorer la coopération pour une meilleure efficacité du système de santé nécessite d'adapter la formation infirmière à l'évolution des besoins en décloisonnant les formations de santé. Ainsi, la profession infirmière s'insère progressivement dans un cadre universitaire (paragraphe 1) et le développement de la formation continue se structure (paragraphe 2).

Paragraphe 1 – L’insertion de la profession infirmière dans le cadre universitaire

C’est aux facultés qu’il incombe d’instruire les collaborateurs et collaboratrices des médecins. De même que les facultés ont jusqu’à présent dirigé l’instruction des sages-femmes et d’une partie des chirurgiens-dentistes, elles doivent prendre en charge l’instruction des infirmières soignantes, des infirmières visiteuses et des assistantes sociales, dont nous verrons plus loin le rôle essentiel dans la vie nationale²⁵⁵.

(Robert Debré, 1944)

Le premier cycle. La formation infirmière est une formation professionnelle qui a longtemps été éloignée de l’Université, ce qui constitue un obstacle à l’émancipation de la profession et à la construction de savoirs au standard académique. L’une des raisons est liée à l’hétérogénéité des instituts de formation et à leur répartition sur le territoire compliquant l’organisation des réformes²⁵⁶. À cela s’ajoute la complexité de gouvernance des établissements sous tutelle du ministère de l’Enseignement supérieur, de la Recherche et de l’Innovation et du ministère de la Santé. Néanmoins, à la suite des accords de Bologne²⁵⁷, la formation infirmière a entamé un processus d’universitarisation du premier cycle qui conféra un grade de licence aux titulaires du Diplôme d’État d’infirmier en 2009²⁵⁸. Cet ajustement permet d’envisager la poursuite d’études universitaires. Cependant, la formation relève du ministère de la Santé et ne dépend pas du ministère de l’Enseignement supérieur, de la Recherche et de l’Innovation comme c’est le cas pour les professions médicales. Son contenu est défini par un référentiel de formation²⁵⁹ qui n’a pas fait l’objet d’adaptations en substance, et ce malgré certaines évolutions de la

²⁵⁵ Bouler, L. S., & Lenesley, P. (2021). Etudes de santé : Le temps des réformes. Rabelais. p. 321

²⁵⁶ IGAS, & Morelle A, Veyret J, Lesage G, Acker D, Noire D. (2008). Évaluation de l’impact du dispositif LMD sur les formations et le statut des professions paramédicales ; p20

²⁵⁷ Le processus de Bologne : questions-réponses. (2018, 26 janvier). Ministère de l’Enseignement supérieur et de la Recherche. Consulté le 6 août 2022, consulté sur le site du ministère de l’enseignement supérieur et de la recherche

²⁵⁸ Article D636-69 du code de l’éducation

²⁵⁹ Annexe II, Référentiel de compétence, Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d’Etat d’infirmier

profession. Toutefois, le processus d'universitarisation a été complété par la réforme de l'accès à la formation entreprise par la loi relative à l'orientation et à la réussite des étudiants²⁶⁰ qui a intégré la formation infirmière au dispositif Parcoursup. Enfin, le processus se poursuit par la mise en place de conventionnements entre les instituts de formation et les Universités²⁶¹ apportant leur contribution aux enseignements prenant « la forme d'une intégration pédagogique de la formation, ainsi que fonctionnelle ou structurelle de l'institut ou école de formation à l'Université²⁶². » Ceci témoigne de la volonté de l'État de désenclaver la formation infirmière par la mutualisation des enseignements comme le recommandait l'inspection générale des affaires sociales en 2008²⁶³. La finalité de la démarche est de favoriser la coopération des professionnels de santé par une ouverture transversale de leur formation avec une mutualisation d'enseignements²⁶⁴. Certaines expérimentations de dispositifs de passerelles sont également menées dans certaines régions²⁶⁵ afin d'éviter les ruptures de parcours et de permettre une diversification des profils d'étudiants. Ainsi, la modularité des études de santé et des parcours permettra sans doute un jour de s'émanciper des représentations corporatistes néfastes à l'équilibre du système de santé. Ce processus d'universitarisation du premier cycle sera finalisé lorsque la formation initiale sera sous la tutelle du ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation.

Le deuxième cycle. La formation infirmière est la seule formation d'auxiliaire médical proposant d'autres diplômes d'État de la filière infirmière (spécialités

²⁶⁰ Loi n° 2018-166 du 8 mars 2018 relative à l'orientation et à la réussite des étudiants

²⁶¹ Arrêté du 10 juin 2021 portant dispositions relatives aux autorisations des instituts et écoles de formation paramédicale et à l'agrément de leur directeur en application des articles R. 4383-2 et R. 4383-4 du code de la santé publique, JORF n°0135 du 12 juin 2021

²⁶² Ibid.

²⁶³ IGAS, & Morelle A, Veyret J, Lesage G, Acker D, Noire D. Op. cit., p. 48

²⁶⁴ Décret n° 2020-553 du 11 mai 2020 relatif à l'expérimentation des modalités permettant le renforcement des échanges entre les formations de santé, la mise en place d'enseignements communs et l'accès à la formation par la recherche

²⁶⁵ Arrêté du 26 avril 2022 portant autorisation d'expérimentations relatives aux modalités permettant le renforcement des échanges entre les formations de santé, la mise en place d'enseignements communs et l'accès à la formation par la recherche, et modifiant l'arrêté du 9 septembre 2021 portant autorisation d'expérimentations relatives aux modalités permettant le renforcement des échanges entre les formations de santé, la mise en place d'enseignements communs et l'accès à la formation par la recherche.

ou pratique avancée) comme nous avons pu le voir précédemment. Cependant, ces métiers sont singuliers et présentent une hétérogénéité d'accès et de formation et ne constituent pas, à ce jour, un véritable deuxième cycle. En effet, certaines formations supérieures relèvent encore du ministère chargé de la santé. C'est le cas des formations d'infirmier anesthésiste et de puéricultrice. Par exemple, pour la formation d'infirmier anesthésiste, l'accès s'effectue par concours avec un prérequis de « deux années minimum d'exercice, en équivalent temps plein de la profession d'infirmier au 1^{er} janvier de l'année du concours²⁶⁶ ». De plus, la reconnaissance de ces diplômes et la durée de formation ne sont pas homogènes. En effet, alors que le diplôme d'infirmier anesthésiste bénéficie d'un grade Master²⁶⁷ et que les instituts de formation sont conventionnés avec une université²⁶⁸, le diplôme de puéricultrice ne fait l'objet d'aucune reconnaissance universitaire. Ainsi, le modèle abouti de formation du deuxième cycle correspondrait au modèle de la pratique avancée vu précédemment. En effet, celui-ci est intégré à l'Université, respecte le schéma des études de l'enseignement supérieur avec un accès possible après le premier cycle et la délivrance d'un diplôme sanctionnant une formation de deuxième cycle de l'enseignement supérieur²⁶⁹. Sur le même mode de structuration, la formation d'infirmier de bloc opératoire a été récemment modernisée. Ainsi, à partir de l'année universitaire 2023-2024, la formation bénéficiera du même modèle de formation que la pratique avancée. L'État semble envisager la construction du deuxième cycle de la profession infirmière sur ce modèle en distinguant deux types de pratiques avancées, pour les infirmiers cliniciens et spécialisés²⁷⁰.

Un troisième cycle. Le défi pour la profession et l'enjeu pour le système de santé consistent à mettre en place une filière universitaire complète de la profession infirmière. À cette fin, l'État a souhaité poursuivre l'action engagée

²⁶⁶ Article 6, Arrêté du 23 juillet 2012 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste

²⁶⁷ Article D636-69-1 du code de l'éducation

²⁶⁸ Article 3, Arrêté du 23 juillet 2012 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste

²⁶⁹ Article D612-34 du code de l'éducation

²⁷⁰ IGAS, & Dr N.Bohic, A.Josselin, A-C.Sandeau-Gruber, H.Siahmed, Avec La Contribution De C.D'Autume. (2021, novembre). Trajectoire pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé (tome 1). Consulté sur le site de l'IGAS. p. 116

par l'ouverture d'une section du Conseil National des Universités (CNU) en sciences infirmières (section 92)²⁷¹. S'agissant d'une nouvelle section, elle se compose de membres nommés²⁷² issus d'autres sections universitaires dans l'attente de l'existence d'un corps d'enseignants-chercheurs en sciences infirmières. Le nombre de postes d'enseignants-chercheurs en sciences infirmières dépendra du soutien des politiques d'investissement en faveur des universités. Il s'agit d'une section en mono-appartenant ; aussi, il n'est pas prévu à l'heure actuelle de bénéficier d'un cadre d'exercice permettant la poursuite d'un exercice clinique comme peuvent le faire les médecins dans les secteurs hospitalo-universitaires.

Ainsi, la création d'une section en sciences infirmières au sein du CNU pose la trame de l'universitarisation complète de la profession organisée autour de trois cycles d'études : la licence correspondant au diplôme d'Infirmier diplômé d'État ; le master dans la perspective d'une finalisation, correspondant au Diplôme d'État de pratiques avancées infirmières (cliniciennes et spécialisées) et le doctorat en Sciences infirmières, qui est en développement dans l'attente de former des enseignants-chercheurs avec un niveau de qualification académique. Ainsi, la qualité de la formation et la transmission des savoirs disciplinaires, conceptuels et scientifiques seront effectuées par un corps d'enseignants-chercheurs qualifiés dans la discipline des sciences infirmières qui façonneront en coopération avec les autres disciplines de santé les professionnels de demain.

²⁷¹ Décret n° 2019-1107 du 30 octobre 2019 modifiant le décret n° 87-31 du 20 janvier 1987 relatif au Conseil national des universités pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques

²⁷² Arrêté du 6 décembre 2019 portant nomination au Conseil national des universités pour les disciplines de santé

Paragraphe 2 – La consolidation des compétences professionnelles par le développement de la formation continue de l’infirmier

Si la structuration de la formation représente l’un des enjeux de la qualité des soins dispensés, le maintien des compétences et de l’expertise des professionnels de santé en exercice en constitue le deuxième volet.

La qualité des soins. « La qualité du système de santé » constitue l’un des volets de la loi du 4 mars 2002. L’OMS définit la qualité des soins comme « la mesure dans laquelle les services de santé destinés aux individus et aux populations augmentent la probabilité de parvenir à l’état de santé souhaité²⁷³ ». Elle repose sur la prise en compte de l’évolution du système de santé, des connaissances et des attentes des patients en matière de prise en charge. Il s’agit d’une attente légitime au regard des droits de la personne malade et des fondements de notre système de santé. Il est nécessaire pour cela de disposer des instruments utiles au maintien des compétences et d’entretenir le développement de cette culture.

La compétence. Les professionnels de santé se doivent de respecter les conditions d’exercice de leur profession. Le Code de la santé publique conditionne l’exercice à l’obtention d’un diplôme délivré après une formation et à son enregistrement. Cependant, face à l’évolution rapide du progrès médical et des recommandations de bonnes pratiques, la loi du 4 mars 2002 a renforcé les obligations de formation continue des médecins²⁷⁴. Par la suite, la loi du 21 juillet 2009 a généralisé cette obligation à l’ensemble des professions de santé avant que la loi du 26 janvier 2016 la redéfinisse et la réorganise²⁷⁵. Cette nécessaire qualité d’exercice est également rappelée par plusieurs dispositions des codes de déontologie des professions de santé. Ainsi, « Tout médecin entretient et perfectionne ses connaissances dans le

²⁷³ Définition de la qualité des soins de l’OMS. Disponible sur le site de l’OMS

²⁷⁴ Article L4133-1 du code de la santé publique

²⁷⁵ Décret n° 2011-2113 du 30 décembre 2011 relatif à l’organisme gestionnaire du développement professionnel continu

respect de son obligation de développement professionnel continu²⁷⁶. » De même, l'infirmier, « pour garantir la qualité des soins qu'il dispense et la sécurité du patient [...], a le devoir d'actualiser et de perfectionner ses compétences. Il prend toutes dispositions nécessaires pour respecter ses obligations en matière de développement professionnel continu²⁷⁷ ». S'il en va de la déontologie du professionnel, les employeurs, par obligation de qualité et de sécurité des soins, doivent également être partie prenante de cette démarche. Cependant, si le Code de la santé publique précise des dispositions particulières concernant les médecins, les odontologistes et les pharmaciens exerçant en établissements de santé²⁷⁸, cette disposition n'apparaît pas concernant spécifiquement la profession infirmière pourtant tenue aux mêmes obligations que les professionnels médicaux et de la pharmacie. En effet, le développement professionnel continu (DPC) des infirmiers représente une partie du plan de financement des établissements de santé qui comprend également le financement des congés de formation professionnelle, les bilans de compétences, les parcours de validation des acquis de l'expérience et les études promotionnelles de l'ensemble des salariés non médicaux, ce qui rend le DPC illisible – car collectif et interdisciplinaire²⁷⁹ – et constitue encore aujourd'hui un frein à son effectivité à l'égard de la profession infirmière.

L'organisation du DPC. Pourtant la structuration du DPC est engagée pour la profession infirmière. Le DPC a pour objectifs de maintenir et d'actualiser les connaissances et les compétences ainsi que d'améliorer les pratiques. Il constitue une obligation triennale pour tous les professionnels de santé, quel que soit leur mode d'exercice ou leur secteur d'activité²⁸⁰. Pour la profession infirmière, l'État a défini des orientations prioritaires de DPC pour la période 2020-2022²⁸¹. Celles-ci sont générales dans le cadre de la politique nationale de santé, spécifiques à la profession ou à la spécialité sur la base

²⁷⁶ Article R4127-11 du code de la santé publique

²⁷⁷ Article R4312-46 du code de la santé publique

²⁷⁸ Articles L6155-1 à L6155-4 du code de santé publique

²⁷⁹ Pr Olivier Laboux & François Maury & Cédric Puydebois & Stéphane Elshoud. (2021, décembre). La formation continue dans la fonction publique hospitalière (N°2021-047R). IGAS. Consulté sur le site de l'IGAS. p.51

²⁸⁰ Article L4021-1 du code de la santé publique

²⁸¹ Arrêté du 31 juillet 2019 définissant les orientations pluriannuelles prioritaires de développement professionnel continu pour les années 2020 à 2022

des propositions des conseils nationaux professionnels (CNP) et issues du dialogue conventionnel pour les professionnels libéraux²⁸². Les CNP sont des instances fédératives conventionnées avec l'État représentant les organismes de la profession (sociétés savantes, syndicats, Ordre) ayant pour mission d'orienter les actions du DPC métier²⁸³. La profession infirmière dispose à ce jour de cinq CNP²⁸⁴ (le Conseil national professionnel des infirmiers anesthésistes, le Conseil national professionnel des infirmiers, le Conseil national professionnel des infirmiers de bloc opératoire, le Collège des infirmières/ers puéricultrices/teurs et le Conseil national professionnel des infirmiers de pratique avancée).

Le pilotage et la gestion financière du DPC pour l'ensemble des professionnels de santé sont assurés par l'agence nationale du développement professionnel continu (ANDPC). Le conseil de l'ordre des infirmiers s'assure que les professionnels inscrits satisfont à leurs obligations de DPC²⁸⁵. La loi du 24 juillet 2019²⁸⁶ a poursuivi cette démarche qualité en organisant la certification des professionnels de santé à partir du 1^{er} janvier 2023²⁸⁷. Ainsi, la formation continue constitue un enjeu majeur pour la profession infirmière même si l'articulation entre les différents acteurs du DPC rend encore complexe son effectivité. L'appropriation de ces mesures par les établissements de santé et par les universités permettrait de mettre en œuvre une politique de formation continue locale adaptée aux besoins de la population.

Les réorganisations opérées par les réformes successives concernant la formation et celles à venir ont pour objectif de préparer la profession à certains besoins de santé et enjeux sociétaux. Néanmoins, face à l'impondérable, la profession a su s'adapter à la situation exceptionnelle de la Covid-19.

²⁸² Article L4021-2 du code de la santé publique

²⁸³ Article L4021-3 du code de la santé publique

²⁸⁴ Arrêté du 20 août 2019 portant liste de conseils nationaux professionnels pouvant conventionner avec l'Etat en application de l'article D. 4021-1-1 du code de la santé publique

²⁸⁵ Article L4021-5 du code de santé publique

²⁸⁶ LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé ; article 5

²⁸⁷ Ordonnance n° 2021-961 du 19 juillet 2021 relative à la certification périodique de certains professionnels de santé

Section 2 – Les enjeux de la profession infirmière face à l'accélération des besoins de la population

La crise sanitaire que nous avons traversée a fait appel à la résilience des professionnels de santé pour répondre aux besoins de la population. « La grande leçon que nous tirons de la crise de la Covid-19 réside dans le constat selon lequel les professionnels de santé constituent le socle de notre nation [...]»²⁸⁸ ». La profession infirmière a su s'adapter à l'enjeu sanitaire (paragraphe 1) laissant entrevoir la possibilité d'accorder plus d'autonomie à la profession (paragraphe 2).

Paragraphe 1 – Une adaptation rapide de la profession infirmière face à la crise sanitaire

L'épidémie de la Covid-19 a révélé la nécessaire coopération entre les professionnels de santé ; les organisations se sont adaptées ; des décloisonnements ont été opérés par nécessité pour répondre aux besoins de santé de la population face à une situation extraordinaire tant par son ampleur que par sa gravité et sa durée.

L'état d'urgence sanitaire. Par le passé, des régimes d'exceptions ont été mis en place²⁸⁹. Toutefois, face à la pandémie mondiale de Covid-19, le gouvernement a pris des dispositions exceptionnelles en créant un nouveau régime d'exception. Ainsi, la loi du 23 mars 2020²⁹⁰ crée un régime juridique spécial temporaire introduit dans le Code de la santé publique²⁹¹. Ce régime présente des similitudes avec les autres régimes spéciaux d'état d'urgence²⁹². Il est mis en place par un décret en conseil des ministres par le Président de

²⁸⁸ M. Cyrille Isaac-Sibille. (2021, juillet). Rapport d'information de la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission sur l'organisation des professions de santé : Quelle vision dans dix ans et comment y parvenir ? (No 4319). Assemblée Nationale. Propos de M. Paul Christophe, Député de la 14e circonscription du Nord p.60

²⁸⁹ Roudier, K., Geslin, A., & Camous, D. (2016). L'état d'urgence. DALLOZ. p.5-26

²⁹⁰ LOI n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19, JORF n°0072 du 24 mars 2020

²⁹¹ L3131-1 à L3131-20 du code de la santé publique

²⁹² LOI n° 55-385 du 3 avril 1955 instituant un état d'urgence et en déclarant l'application en Algérie, JORF n° 0085 du 7 avril 1955

la République et sa prorogation doit être autorisée par la loi par prorogation du législateur. Cependant, sa durée d'application après son déclenchement est d'un mois, alors que, pour l'état d'urgence, sa durée n'est que de douze jours avant l'intervention du législateur, ce qui a suscité des débats. L'état d'urgence sanitaire sera décrété et autorisé par la loi à plusieurs reprises. Les dispositions du Code de la santé publique qui organisaient l'état d'urgence sanitaire devaient se terminer initialement le 1^{er} avril 2021, mais ont été prolongées à deux reprises pour être maintenues en vigueur jusqu'au 31 juillet 2022²⁹³. Ainsi, durant cette période, des mesures dérogatoires aux conditions habituelles ont directement touché l'exercice de la profession infirmière dans son organisation et dans son exercice de façon à permettre d'assurer la continuité des soins et à lutter contre la propagation de l'épidémie pour garantir la santé de la population.

L'adaptation de l'hôpital. Dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire, pour assurer la gestion des établissements de santé, le dispositif de crise « plan blanc²⁹⁴ » fut déclenché. Il permet aux établissements de mobiliser immédiatement les moyens dont ceux-ci disposent en cas d'afflux de patients pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle. Il peut être déclenché par le directeur ou le responsable de l'établissement, qui en informe sans délai le représentant de l'État dans le département, ou à la demande de ce dernier.²⁹⁵ Dans ce contexte, la capacité des lits de réanimation des établissements a dû être augmentée de façon rapide et opérationnelle afin d'accueillir les nombreux patients en état critique. Cette réorganisation a été accompagnée par une mobilisation particulière des professionnels de la santé disposant d'une expertise dans la gestion de patients en réanimation, parmi lesquels figurent les infirmiers disposant d'une expérience particulière en réanimation ainsi que les infirmiers anesthésistes, qui disposent également de compétences reconnues dans la gestion de la douleur, de l'urgence et de la réanimation. Ils aspirent aujourd'hui à une reconnaissance de leur exercice en

²⁹³ LOI n° 2021-1465 du 10 novembre 2021 portant diverses dispositions de vigilance sanitaire, JORF n°0263 du 11 novembre 2021

²⁹⁴ LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

²⁹⁵ Article L3110-7 du code de la santé publique

une pratique avancée « spécialisée²⁹⁶ ». Leurs compétences particulières²⁹⁷ ont été mises à profit pour la mise en place de dispositifs de réanimation éphémères, pour la prise en charge de patients lourds et pour le transfert interhospitalier²⁹⁸, ce qui a permis d'augmenter les capacités en lits de réanimation, de sécuriser les prises en charge complexes et de décharger du temps médical. Dans un contexte sanitaire hors du commun, entraînant des besoins surdimensionnés en ressources humaines, les établissements ont dû mobiliser la réserve sanitaire²⁹⁹. Ils ont dû également faire preuve non seulement d'adaptation en renforçant la coopération entre les établissements du secteur privé et du secteur public, mais aussi d'innovation en coordonnant avec les réseaux de médecine de ville des moyens nécessaires à la gestion de cette crise.

L'adaptation des infirmiers en ville. Tout d'abord, la première nécessité en ville était d'assurer la continuité des soins quotidiens aux patients les plus fragiles et de mettre en œuvre la stratégie « dépister, tracer, isoler ». La profession infirmière fut la plus concernée par cette obligation³⁰⁰ du fait de la nature des soins dispensés³⁰¹. Avec beaucoup d'abnégation, les infirmiers ont poursuivi leurs soins et accompagné les populations au quotidien, étant, à certains moments de la crise sanitaire, les seules présences au côté des malades. Des réorganisations sont intervenues entre les médecins et les infirmiers, les uns diagnostiquant les patients atteints par le virus, les autres assurant les soins aux personnes fragiles. Ainsi, les infirmiers furent-ils, durant l'état d'urgence, autorisés à assurer à la fois leurs soins sans renouvellement de prescription médicale de leurs soins³⁰² et le dépistage de la Covid-19 en

²⁹⁶ Bohic, N., Josselin, A., Sandeau-Gruber, A. C., Siahmed, H., & Autume, C. (2021, novembre). Trajectoire pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé (No 2021-05R). Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS). p.116

²⁹⁷ R4311-12 du code de la santé publique

²⁹⁸ III du R4311-12 du code de la santé publique

²⁹⁹ Article L3132-1 à L3132-3 du code de la santé publique

³⁰⁰ Article R4312-12 du code de la santé publique

³⁰¹ Article R4312-2 du code de la santé publique

³⁰² Article 6 de l'arrêté du 7 novembre 2020 modifiant l'arrêté du 10 juillet 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire

toute autonomie en premier recours³⁰³, maximisant ainsi la stratégie nationale. À la suite de cela, la situation sanitaire a favorisé indirectement la coopération numérique entre médecin et infirmier avec le développement du télésoin et l'appropriation de la téléconsultation. Cette coopération a permis de limiter la saturation des structures hospitalières par la mise en place de visites sanitaires donnant lieu à la surveillance, la prévention et l'éducation des patients par l'infirmier au domicile. Enfin, la campagne de vaccination massive avec l'ouverture à la prescription du vaccin par l'infirmier³⁰⁴ a permis d'étendre rapidement la couverture vaccinale de la population. C'est ainsi que la multiplication des autorisations accordées aux auxiliaires médicaux de se substituer aux professionnels médicaux a apporté une réponse efficace à la gestion de cette situation exceptionnelle.

La coopération des professionnels de santé durant la crise sanitaire a contribué à mieux exploiter les ressources opérationnelles et à mobiliser les compétences de chacun au bénéfice de la population. Certaines de ces mesures dérogatoires se sont terminées avec la fin de l'état d'urgence sanitaire au 31 juillet 2022³⁰⁵. Mais, plus que jamais, les réorganisations et la coopération des professionnels de santé ont ouvert la voie au décloisonnement de ces professions.

Paragraphe 2 – Vers plus d'autonomie pour la profession infirmière

La crise sanitaire a permis d'expérimenter une meilleure efficacité des compétences des professionnels de santé, suscitant à nouveau une réflexion sur le partage des compétences entre professionnels de santé et sur les compétences de la profession infirmière.

³⁰³ Arrêté du 16 octobre 2020 modifiant l'arrêté du 10 juillet 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans les territoires sortis de l'état d'urgence sanitaire et dans ceux où il a été prorogé, JORF n°0253 du 17 octobre 2020

³⁰⁴ Arrêté du 1er juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire, JORF n°0126 du 2 juin 2021

³⁰⁵ LOI n° 2022-1089 du 30 juillet 2022 mettant fin aux régimes d'exception créés pour lutter contre l'épidémie liée à la covid-19

Le mal-être de la profession infirmière. « Les infirmiers s’interrogent sur leur avenir et souhaitent des évolutions profondes de leur métier³⁰⁶ ». La profession est confrontée à une crise identitaire. Même si de nouveaux actes professionnels ont été ajoutés récemment concernant la vaccination³⁰⁷, le cadre juridique d’exercice de la profession s’éloigne de plus en plus de l’exercice quotidien des infirmiers devant l’accroissement des besoins de santé. En ville par exemple, l’infirmier intervient souvent dans la coordination des acteurs de la prise en charge du patient, dans le cadre du maintien à domicile sans que cela lui soit reconnu. Il est pourtant la pierre angulaire du maintien à domicile et de l’accompagnement des plus fragiles. Des dispositifs de protocole de coopération³⁰⁸ existent pourtant sur ces thématiques,³⁰⁹ mais sont insuffisamment exploités par les professionnels qui dérogent bien souvent au cadre législatif, ce qui ne permet pas d’apporter une reconnaissance légitime. Par conséquent, un décalage subsiste. Pourtant, les protocoles de coopération pour certains initiés avant 2009 devaient être intégrés à la formation initiale des professionnels de santé³¹⁰ et permettre à terme de faire partie de leurs compétences. La profession infirmière dispose de compétences qui sont insuffisamment exploitées au profit de l’efficience du système de santé. Le cadre d’exercice de la profession limitant l’intervention de l’infirmier aux seuls actes délégués constitue l’une des raisons de cette crise identitaire.

La profession médicale intermédiaire. Le SÉGUR de la santé prévoyait la création d’une « profession médicale intermédiaire³¹¹ » à la suite de ses conclusions pour améliorer l’accès aux soins. Une mission de réflexion devait être lancée – associant les ordres professionnels en concertation avec

³⁰⁶ Conseil National - Les infirmiers s’interrogent sur leur avenir et souhaitent des évolutions profondes de leur métier. (2021, 8 mai). [communiqué de presse].

³⁰⁷ Décret n° 2021-980 du 23 juillet 2021 relatif à la réalisation de certains actes professionnels par les infirmiers et d’autres professionnels de santé

³⁰⁸ Article L4011-2 du code de santé publique

³⁰⁹ Arrêté du 1er mars 2021 relatif à l’autorisation du protocole de coopération « Intervention d’infirmières libérales à domicile afin de diagnostiquer et d’initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé

³¹⁰ Décret n° 2010-1204 du 11 octobre 2010 relatif aux modalités d’intégration des protocoles de coopération étendus dans le développement professionnel continu et la formation initiale des professionnels de santé

³¹¹ Ségur de la santé : les conclusions –. (2022, 2 juin). [communiqué de presse]; mesure n°7

l'ensemble des acteurs – sur la création d'une nouvelle profession médicale intermédiaire en milieu hospitalier. Bien que novatrice, cette proposition n'a pas su emporter la faveur des professionnels, au premier rang desquels figurent les médecins qui y voyaient le spectre des officiers de santé. « Au centre de la construction se trouve la profession médicale, les compétences des autres professions étant construites comme des dérogations au monopole médical, protégé par l'exercice illégal de la profession.³¹² » Cette proposition portée par un projet de loi³¹³ visait à introduire cette nouvelle profession dans le Code de la santé publique. Elle n'a cependant pas été retenue. En l'espèce, une reconnaissance des professions déjà existantes par une restructuration du livre IV du Code de la santé publique serait sans doute mieux accueillie et saurait pour le moins emporter la conviction des auxiliaires médicaux ayant cheminé dans leur organisation professionnelle³¹⁴.

Un instrument réajusté. Le législateur a souhaité ajuster l'outil de coopération mis en place par la loi de 2009 et abordé plus en avant. Ainsi, les lois du 24 juillet 2019³¹⁵ et du 26 avril 2021³¹⁶ ont opéré des modifications opérationnelles en assouplissant le dispositif. L'on distingue des protocoles nationaux³¹⁷, proposés par le comité national des coopérations interprofessionnelles (CNCI) prenant la forme d'arrêtés auxquels les professionnels et les établissements de santé peuvent adhérer, ainsi que des protocoles locaux³¹⁸, conclus au sein d'une équipe. Leur mise en œuvre s'effectue après déclaration auprès de l'ARS. Le dispositif ainsi allégé devrait être davantage plébiscité. Toutefois, le protocole de coopération s'oriente en

³¹² Matillon, Y. (2003, août). Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé. Ministère de la Jeunesse, de l'Éducation nationale et de la Recherche - Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées. Consulté sur le site Vie Publique p. 8

³¹³ Assemblée Nationale. (2020b, octobre 22). Proposition de loi no 3470 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification. Consulté sur le site de l'Assemblée Nationale

³¹⁴ Bohic, N., Josselin, A., Sandeau-Gruber, A. C., Siahmed, H., & Autume, C. (2021, novembre). Op. cit. p.130-131

³¹⁵ LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

³¹⁶ LOI n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification

³¹⁷ L4011-3 du code de la santé publique

³¹⁸ L4011-4 du code de la santé publique

majorité sur des champs concernant les pathologies chroniques³¹⁹ alors que la profession bénéficie de l'exercice en pratique avancée dans ce domaine. Une régulation des protocoles de coopération devra nécessairement être opérée afin que ceux-ci ne chevauchent pas sur les évolutions actuelles de la profession.

La profession infirmière attend une redéfinition globale de ses périmètres, prenant en compte les compétences acquises, sa contribution et ses évolutions. L'approche de la profession doit être globale et non segmentaire au risque de limiter le développement des nouveaux modes d'exercice. Une approche par compétences pourrait permettre de structurer la profession de manière cohérente et de valoriser la contribution de l'ensemble de la profession.

³¹⁹ Bohic, N., Josselin, A., Sandeau-Gruber, A. C., Siahmed, H., & Autume, C. (2021, novembre). Op. cit. p.94

CONCLUSION

Dans un contexte d'augmentation des besoins en santé prévisibles ou imprévisibles (Covid-19), la question de l'adéquation entre l'offre et la demande de soins constitue une préoccupation majeure des Français et des professionnels de santé³²⁰. Si la médecine a longtemps été la seule réponse apportée, la loi du 4 mars 2002 a opéré un changement de paradigme. Ainsi, la santé ne se réduit plus aujourd'hui à la seule médecine. Le patient, objet de la médecine, est devenu sujet de la santé. Dès lors, le médecin ne peut plus répondre à lui seul à l'ensemble des besoins de santé, ce qui nécessite une coopération.

Par ailleurs, les concepts de « médecine » et de « soins », jadis attribués, dans leur représentation de façon verticale, aux médecins et aux infirmiers se sont rejoints autour du concept de « soin » permettant d'appréhender la santé dans toutes ses dimensions. Cette approche horizontale de la santé amène à penser que favoriser la coopération entre médecins et infirmiers répond à l'évolution des enjeux du système de santé et contribue à l'évolution de la profession infirmière.

Dans le cadre de ce travail, il a fallu, dans un premier temps, caractériser la coopération entre médecin et infirmier, afin, dans un deuxième temps, d'identifier comment celle-ci s'était adaptée aux enjeux du système de santé. Au terme de ce travail se distinguent deux formes de coopération mobilisant les instruments juridiques, répondant aux enjeux du système de santé et contribuant subséquemment à l'évolution de la profession infirmière.

Une coopération fonctionnelle. Se modélisant sous la forme du partage des activités et des tâches entre les professionnels de santé, elle différencie le rôle propre de l'infirmier réalisé en autonomie, du rôle sur prescription médicale

³²⁰ Santé, A. F. A. (2022, 11 janvier). « Tous unis pour notre santé » : France Assos Santé présente ses 20 propositions pour améliorer le système de santé et permettre à chacun d'être acteur de sa santé ! Consulté sur le site de France Assos Santé.

délégué par le médecin. Ce mode d'organisation asymétrique atteint aujourd'hui ses limites face à la croissance des besoins en santé nécessitant d'opérer des réorganisations entre les professionnels. Parfois informelles, ces réorganisations, se formalisent dans un premier temps par un dispositif de transfert d'activités et de tâches, pour dans un deuxième temps conduire à un nouveau mode d'exercice, plus autonome, valorisant des compétences reconnues par un diplôme universitaire adapté aux enjeux du système de santé.

Une coopération structurelle. Se modélisant sous la forme des supports d'organisation mis en place par l'Etat, elle concerne d'une part le découplage des parcours et la structuration de l'offre autour de la notion d'équipe. D'autre part, elle s'appuie sur les outils du numérique afin de dépasser certaines contraintes.

La coopération doit être soutenue dans son développement et encouragée dans sa mise en œuvre. Cependant, elle ne peut s'imposer aux professionnels comme au patient.

BIBLIOGRAPHIE

ARTICLES

Andre, J. M. (2019). *Les dépenses de santé sont-elles soutenables ?*. Gestion Hospitalière, n°583. <https://gestions-hospitalieres.fr/les-depenses-de-sante-sont-elles-soutenables/>

Angius, P. Bergeat, M. Pisarik, J. Vergier, N. Chaput, H. (2020). *Quelle démographe récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Constat et projection démographiques*. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), N°76. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/DD76.pdf>

Arrighi, Y. Rappt, T. Sirven, N. (2017). *The impact of economic conditions on the disablement process : A markov transition approach using share data*. Health Policy, Vol 121, n°7 . P 778-785. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.05.002>

Cambon, L., Alla, F., & Chauvin, F. (2018). *Prévention et promotion de la santé : de quoi parle-t-on ?*. Actualité et dossier en santé publique (ADSP), 103, 9-11. <https://www.hcsp.fr>

Cases, C. Baubeau, D. (2004). *Peut-on quantifier les besoins de santé ?*. Solidarité & santé, n°1. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/eps_2_quantification_besoins_sante_2004.pdf

Desmarais, P. (2012). *Les protocoles de coopération entre professionnels de santé un dispositif à peaufiner*, Revue de droit sanitaire et social, n°3. P513. <https://www.boutique-dalloz.fr/rdss-p.html>

IRDES. (2018 ; 2019 ; 2021). *Questions d'économie de la santé*. n°232 ; n°239 ; n°241 ; n°264. <https://www.irdes.fr/recherche/publications.html>

Poisson, M. (2015). *Au-delà du cure et du care : l'histoire de la relation médecin-malade comme source de réflexion pour penser la relation infirmière-malade au XXIème siècle*. Recherche en soins Infirmiers, Vol 122, n°3. P 26-38 <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2015-3-page-26.htm>

Simon, P. Moulin, T. (2022). Téléconsultation, Télé-expertise, télésurveillance médicale : l'apport de « mon espace santé ». *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, Vol 206, n°5. p 643 – 647. <https://doi.org/10.1016/j.banm.2022.03.008>

Tabuteau, D. (2018). *Les officiers de santé : un schisme professionnel aux effets délétères et durables*. Le concours médical. Tome 140, p.12-14

Vigil-Ripoche, M.A. (2011). *Marie Françoise Collière - 1930 - 2005. Une infirmière, une historienne, une auteure, une pédagogue, une conceptrice des soins, et ...une femme*. Recherche en Soins Infirmiers, n°107. p 7-22 . 10.3917. <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2011-4-page-7.htm>

DOCUMENTS EN LIGNE

Académie National de médecine. (2003). *La Loi du 19 Ventôse an XI, texte fondateur et expédient provisoire*. Consulté le 23 juin 2022 à l'adresse <https://www.academie-medecine.fr/la-loi-du-19-ventose-an-xi-texte-fondateur-et-expedient-provisoire/>

ACTUSOINS. (2019). *Infirmière clinicienne spécialisées, Infirmière praticienne : Quelles différences ?* Consulté le 31 juillet 2022 à l'adresse <https://www.actusoins.com/319422/ide-clinicienne-specialisee-ide-praticienne-queelles-differences.html>

Agence du numérique en santé. (s. d.). *La e-santé*. Consulté le 27 juillet 2022 à l'adresse <https://esante.gouv.fr/>

AMELI. (s. d.). *Les avenants à la convention nationale des infirmières et infirmiers libéraux*. Consulté le 28 juillet 2022 à l'adresse <https://www.ameli.fr/infirmier/textes-referance/convention/avenants#:~:text=L%20avenant%20pr%C3%A9voit%20la,un%20lieu%20d%C3%A9di%C3%A9%20aux%20t%C3%A9l%C3%A9consultations>

AMELI. (s. d.). *Téléconsultation*. Consulté le 28 juillet 2022 à l'adresse <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/consultations-telemedecine/telemedecine/teleconsultation>

ARS. (2022). *La stratégie nationale e-santé 2020*. En ligne consulté le 27 juillet à l'adresse <https://www.ars.sante.fr/la-strategie-nationale-e-sante-2020>

Ashworth Underwood, E. (s. d.). *Florence Nightingale*. Encyclopædia Universalis. Consulté le 30 avril 2022 à l'adresse <https://www.universalis.fr/encyclopedie/florence-nightingale/>

Assemblée Nationale. (2020). *Proposition de loi no 3470 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification*. Consulté le 8 aout 2022 à l'adresse https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15b3470_proposition-loi#D_Article_1er

Assemblée Nationale. (s. d.). *Michel, Augustin Thouret - Base de données des députés français depuis 1789 - Assemblée nationale*. Consulté le 21 décembre 2022 à l'adresse [https://www2.assemblee-nationale.fr/sycomore/fiche/\(num_dept\)/18239](https://www2.assemblee-nationale.fr/sycomore/fiche/(num_dept)/18239)

<p>Association National des Puéricultrices Diplômée et des étudiants. (2018). <i>Historique de la puéricultrice</i>. Consulté le 7 juillet 2022 à l'adresse https://www.anpde.asso.fr/la-profession</p>
<p>AVISE. (s. d.). Portail du développement de l'économie sociale et solidaire, <i>Les grands défis du système de santé français</i>. Consulté le 14 juillet 2022 à l'adresse https://www.avise.org/articles/les-grands-defis-du-systeme-de-sante-francais</p>
<p>Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (s. d.). Consulté le 3 juillet 2022 à l'adresse https://www.cnrtl.fr/</p>
<p>CNIL <i>Données concernant la santé</i>. (s. d.). Consulté le 26 juillet 2022 à l'adresse https://www.cnil.fr/fr/reglement-europeen-protection-donnees/chapitre1#Article4</p>
<p>CNIL. (2022). <i>L'espace numérique de santé (ENS ou Mon espace santé) et le dossier médical partagé (DMP): questions-réponses</i>. Consulté le 27 juillet 2022 à l'adresse https://www.cnil.fr/fr/lespace-numerique-de-sante-ens-ou-mon-espace-sante-et-le-dossier-medical-partage-dmp-questions</p>
<p>CNRTL. (s. d.). <i>Définition d'exclusivité</i>. Consulté le 10 Aout 2022 sur https://www.cnrtl.fr/definition/academie8/exclusivit%C3%A9</p>
<p>Conseil National de l'Ordre des Infirmiers. (2010, 3 février). Conseil National - <i>La coopération entre professionnels de santé</i> [Communiqué de presse]. https://www.ordre-infirmiers.fr/publications/les-grands-dossiers/la-cooperation-entre-professionnels-de-sante.html</p>
<p>Conseil National de l'Ordre des Infirmiers. (s. d.). <i>Un ordre pour les infirmiers pourquoi ?</i>. Consulté le 16 juillet 2022 à l'adresse https://www.ordre-infirmiers.fr/la-profession-infirmiere/role-et-missions.html</p>
<p>Conseil National des Universités. (s. d.). <i>CNU</i>. Consulté le 6 août 2022 à l'adresse https://conseil-national-des-universites.fr/cnu/#/</p>
<p>Conseil National. (2021). <i>Les infirmiers s'interrogent sur leur avenir et souhaitent des évolutions profondes de leur métier</i>. [Communiqué de Presse] Consulté le 30 juillet 2022 à l'adresse https://www.ordre-infirmiers.fr/actualites-presse/articles/les-infirmiers-sinterrogent-sur-leur-avenir-et-souhaitent-des-evolutions-profondes-de-leur-metier.html</p>
<p>DALLOZ. (2020). <i>Les états d'urgence : l'état d'urgence et l'état d'urgence sanitaire</i>. Consulté le 9 aout 2022 à l'adresse https://actu.dalloz-etudiant.fr/focus-sur/article/les-etats-durgence-letat-durgence-et-letat-durgence-sanitaire/h/d4412a04b3db44b2e0a38537200d5d8b.html</p>
<p>Dictionnaire de l'académie de médecine. (s. d.). Consulté le 3 juillet 2022 à l'adresse http://dictionnaire.academie-medecine.fr/</p>

DREES. (2021). *Les dépenses de santé en 2019*. Consulté le 22 juillet 2022 à l'adresse <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/DD76.pdf>

Droit-medical.com. (2010, septembre 19). *Des précisions sur la coopération entre professionnels de santé et ses protocoles*. Consulté le 23 janvier 2022, à l'adresse <http://droit-medical.com/actualites/evolution/844-precisions-protocole-cooperation-professionnels-sante>

France Assos Santé. (2022). « *Tous unis pour notre santé* » : France Assos Santé présente ses 20 propositions pour améliorer le système de santé et permettre à chacun d'être acteur de sa santé ! France Assos Santé. Consulté le 9 août 2022 à l'adresse https://www.france-assos-sante.org/communiqu%C3%A9_presse/tous-unis-pour-notre-sante-france-assos-sante-presente-ses-20-propositions-pour-ameliorer-le-systeme-de-sante-et-permettre-a-chacun-detre-acteur-de-sa-sante/

INSEE. (2017). *L'espérance de vie en retraite sans incapacité sévère des générations nées entre 1960 et 1990 : une projection à partir du modèle Destinie*. Consulté le 14 juillet 2022 à l'adresse <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2842771>

INSEE. (2021). *France, portrait social*. Consulté le 14 juillet à l'adresse <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5432497?sommaire=5435421>

INSEE. (2022). *Bilan démographique 2021. La fécondité se maintient malgré la pandémie de Covid-19*. Consulté le 14 juillet 2022 à l'adresse <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6024136>

Institut Montaigne. (2019). *Projet de loi de santé : les quatre évolutions majeures de la santé en France*. Consulté le 1^{er} mai 2022 à l'adresse <https://www.institutmontaigne.org/blog/projet-de-loi-de-sante-les-quatre-evolutions-majeures-de-la-sante-en-france>

IRDES. (2013). *Données de cadrage : Démographie et activité des professions de santé*. Consulté le 21 juillet 2022 à l'adresse <https://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/DemographieProfSante/DemoMedecins.htm>

Larousse. (s. d.). *Définition de Transfert*. Consulté le 20 juillet 2022 sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/transfert/79100>

Larousse. (s. d.). *Définitions : auxiliaire, auxiliaires - Dictionnaire de français Larousse*. LAROUSSE. Consulté le 15 août 2022, sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/auxiliaire/6901>

Le Monde. (2020). « *Coronavirus : applaudir les soignants mais aussi les armer* ». Consulté le 3 avril 2022 à l'adresse https://www.lemonde.fr/idees/article/2020/03/26/coronavirus-applaudir-les-soignants-mais-aussi-les-armer_6034488_3232.html

Le service public de la diffusion du droit. (s. d.). Legifrance. Consulté le 30

<p>avril 2022, à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/</p>
<p>M. Belliard, C. (s. d.). <i>CHAPTAL Léonie (1873–1937)</i>. Centre d'études, de documentation, d'information et d'action sociales (CEDIAS). Consulté le 30 avril 2022, à l'adresse http://www.cedias.org/index.php?lvl=cmspage&pageid=4&id_article=260</p>
<p>Ministère de l'Enseignement supérieur et de la recherche. (2018). <i>Le processus de Bologne: questions-réponses</i>. Consulté le 6 août 2022 sur https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/le-processus-de-bologne-questions-reponses-47254</p>
<p>ODOXA. (2018). <i>Baromètre santé 360 consacré aux professions libérales de santé</i>. Consulté le 3 avril 2022 à l'adresse http://www.odoxa.fr/sondage/barometre-sante-360-consacre-aux-professions-liberales-de-sante/</p>
<p>OMS. (s. d.). <i>Définition de la qualité des soins</i>. Consulté le 11 juillet 2022 à l'adresse https://www.who.int/fr/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1</p>
<p>Ordre National des Infirmiers. (2010). <i>Historique de l'exercice de l'infirmier de bloc opératoire</i>. Consulté le 8 juillet 2022 à l'adresse https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/pdf/RAPPORT_IBODE_2010.pdf</p>
<p>SNIA. (2017) <i>Historique de la profession d'infirmier anesthésiste</i>. Consulté le 9 juillet 2022 à l'adresse https://www.snia.net/lhistoire-des-iade.html</p>
<p>Van den broucke S. (2017. juin.). <i>La littératie en santé : un concept critique pour la santé publique</i>. Santé publique France. Consulté le 15 août 2022, sur https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-litteratie-en-sante-un-concept-critique-pour-la-sante-publique</p>
<p>Vie Publique. (2021) <i>Auxiliaire de justice</i>. Consulté le 3 juillet à l'adresse https://www.vie-publique.fr/fiches/38267-qui-sont-les-auxiliaires-de-justice</p>
<p>vie-publique.fr. (2021, 25 novembre). <i>Les professionnels de santé en France : données chiffrées</i>. Consulté le 21 juillet 2022, à l'adresse https://www.vie-publique.fr/fiches/37856-professionnels-de-sante-chiffres-medicales#:~:text=Pour%20l'ensemble%20des%20m%C3%A9decins</p>

MÉMOIRE & THÈSES

Benoit, S (2019). <i>Ré-évolutions du métier d'infirmier</i> . [Master, Université de Rennes 1]
Cousin, C. (2016) <i>Vers une redéfinition de l'acte médical</i> . [Thèse de doctorat, Université Rennes 1]
Keller, C. (2020). <i>L'établissement de santé à l'épreuve de la coopération interhospitalière</i> . [Thèse de doctorat, Université Rennes 1.]
Mel, E. (2018). <i>Le statut de l'infirmier en droit</i> . [Thèse de doctorat, Université d'Aix Marseille.]

OUVRAGES

Bouler, L. S., & Lenesley, P. (2021). <i>Etudes de santé : Le temps des réformes</i> . RABELAIS.
Bourgueil, Y., Ramond-Roquin, A., Schweyer, F. (2021). <i>Les soins primaires en question(s)</i> . Presses de l'EHESP
Delmas, P. Sliwka, C. (2007) <i>Ordre infirmier français enjeux et perspectives : enjeux et perspectives (fonction cadre de santé)</i> . Lamarre édition
Duvergier, J. B. (1834). <i>Collection complète des lois, décrets, ordonnances, règlements et avis du Conseil d'État... : de 1788 à 1830 inclusivement, par ordre chronologique, continuée depuis 1830. En ligne : https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k65102508</i>
Keller, C., Moquet-Anger, M. L., Villeneuve, P., C. K., & Toupillier, D. (2017). <i>L'épreuve de droit hospitalier</i> . Presse de l'école des hautes études en santé publique.
Laude, A., & Tabuteau, D. (2018). <i>Les droits des malades</i> . n° 4015 (French Édition) (2e éd.). Que sais-je ?
Moquet-Anger, M. (2021). <i>Droit hospitalier</i> . (2021) (Manuels) (French Édition). LGDJ.
Mornat, J. (2020). <i>Médecine partagée</i> . Éditions L'Harmattan.
Roudier, K. Geslin, A. Camous, D. (2016). <i>L'état d'urgence</i> . Dalloz
Tabuteau, D., & Morelle, A. (2017). <i>La santé publique</i> . QUE SAIS JE.
Truchet, D., & Apollis, B. (2022). <i>Droit de la santé publique</i> . 11e éd. Dalloz.
Vandeveldde-Rougale, A., de Gaulejac, V., & Fugier, P. (2019). <i>Dictionnaire de sociologie clinique</i> . Éditions Érès.

World Health Organization. (2005). *Former les personnels de santé du 21^e siècle : le défi des maladies chroniques* (French Édition). World Health Organization.

RAPPORTS

Anguis, M., Bergeat, M., Pisarik, J., Vergier, N., Chaput, H. (2021). *Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Constat et projections démographiques.* <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/DD76.pdf>

Assemblée Nationale, Chapelier, A. (2021). *Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du règlement, par la commission des affaires sociales, en conclusion des travaux de la mission sur la formation des professions paramédicales.* https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-soc/l15b4298_rapport-information

Assemblée Nationale, Isaac-Sibille, C. (2021) *Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du règlement, par la commission des affaires sociales, en conclusion des travaux d'une mission d'information sur l'organisation des professions de santé : « quelle vision dans dix ans et comment y parvenir ? ».* https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-soc/l15b4319_rapport-information

Berland, Y., (2002). *“Démographie des professions de santé”.* <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/024000643.pdf>

Berland, Y., (2003) *Rapport d'étape sur le Transfert de compétence « coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences. »* <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/034000619.pdf>

Berland, Y., Bourgueil, Y. (2006). *Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé.* https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_cinq_experim_juin2006.pdf

Bohic, N., Josselin, A., Sandeau-Gruber, A. C., Siahmed, H., & Autume, C. (2021). *Trajectoire pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé.* https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2021-051r-tome_1_rapport.pdf

Cour des comptes. (2021). *Garantir l'accès à des soins de qualité et résorber le déficit de l'assurance maladie.* <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/sante-garantir-laces-des-soins-de-qualite-et-resorber-le-deficit-de-lassurance>

Génisson, C., Milon, A. (2014). *« Coopération entre professionnels de santé : améliorer la qualité de prise en charge, permettre la progression dans le soin et ouvrir la possibilité de définir de nouveaux métiers ».* https://www.senat.fr/rap/r13-318/r13-318_mono.html

Haute Autorité de Santé, HAS. (2007). *Les Nouvelles Formes De Coopération Entre Professionnels De Santé : Les Aspects Juridiques*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/cooperation_pros_rapport_aspects_juridiques.pdf

Haute Autorité de Santé, HAS. (2008). *Délégation, transfert, nouveaux métiers... Comment favoriser les formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé*. https://www.has-sante.fr/jcms/c_654891/fr/delegation-transferts-nouveaux-metiers-comment-favoriser-des-formes-nouvelles-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante-recommandation

IGAS, Morelle, A., Veyret, J., Lesage, G., Acker, D., Noire, D. (2008). *Évaluation de l'impact du dispositif LMD sur les formations et le statut des professions paramédicales*. <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/evaluation-de-l-impact-du-dispositif-lmd-sur-les-formations-et-le-statut-des>

Matillon, Y. (2003, août). *Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé*. Ministère de la Jeunesse, de l'Éducation nationale et de la Recherche - Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées. <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/034000682.pdf>

Ministère des solidarités et de la santé & ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, Lebouler, S. (2018). *L'universitarisation des formations en santé*. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_ formations_sante_universarisation.pdf

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2017, octobre). *Renforcer l'accès territorial aux soins*. <https://www.ars.sante.fr/media/19406/download?inline>

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2018, septembre). *Ma Santé 2022*. <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/>

OPCO Santé, Grenier, C., Giordano, F. (2020). *Les rapports de l'Observatoire, Prospective des métiers de la santé à l'horizon 2040*. https://www.opco-sante.fr/sites/default/files/2021-12/OPCO_Sante_Etude_Prospective_me%CC%81tiers.pdf

SOURCES JURIDIQUES

Constitutions, Codes et Jurisprudences :

Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946. (1946, 27 octobre). Conseil Constitutionnel. https://www.conseil-constitutionnel.fr/le-bloc-de-constitutionnalite/preambule-de-la-constitution-du-27-octobre-1946
Constitution de l'OMS. (1946, 22 juillet). Organisation Mondiale de la Santé https://www.who.int/fr/about/governance/constitution#:~:text=La%20Constitution%20a%20%C3%A9t%C3%A9%20adopt%C3%A9e,ont%20%C3%A9t%C3%A9%20incorpor%C3%A9s%20au%20texte
Code de la Santé publique. (1953, 7 octobre). https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006072665/1953-10-07
C., Autier, E., Cristol, D., Peigné, J., & Markus, J. (2022). Code de la santé publique 2022 36ed - Annoté commenté en ligne. DALLOZ.
Code civil des Français. (1804). Assemblé Nationale. https://www.assemblee-nationale.fr/evenements/code-civil-1804-1
C., Tisserand-Martin, A., Naudin, E., Ancel, P., Damas, N., Venandet, G., Henry, X., & Guiomard, P. (2022). Code civil 2023 122ed - Annoté. DALLOZ.
Debène, M., Marillia, F., & Gaudemont, C. D. (2021). Code de l'éducation 2022 16ed - Annoté et commenté. DALLOZ.
Mayaud, Y., & Gayet, C. (2021). Code pénal 2022, annoté. 119e éd. DALLOZ.
Décision n° 2020-800 DC du 11 mai 2020, (JORF n° 0116 du 12 mai 2020)
Décision n° 2020-803 DC du 9 juillet 2020, (JORF n° 0169 du 10 juillet 2020)
Décision n° 2020-808 DC du 13 novembre 2020, (JORF n° 0277 du 15 novembre 2020)
Décision n° 434004 et autres du 30 décembre 2021 du Conseil d'État statuant au contentieux, (JORF n° 0022 du 27 janvier 2022)
Décision 94-343/344 DC - 27 juillet 1994 - Loi relative au respect du corps humain et loi relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal - Conformité, (JORF n° 0174 du 29 juillet 1994)
Décision 94-343/344 DC - 27 juillet 1994 - Loi relative au respect du corps humain et loi relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du

corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal - Conformité, (JORF n° 0174 du 29 juillet 1994)

Lois et Ordonnances :

LOI du 15 juillet 1893, assistance médicale gratuite, (JORF du 18 juillet 1893)
LOI n° 55-385 du 3 avril 1955 instituant un état d'urgence et en déclarant l'application en Algérie, (JORF n° 0085 du 7 avril 1955)
LOI n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, (JORF n° 0006 du 07 janvier 1978)
LOI n° 78-615 du 31 mai 1978 modifiant les art. l473 (définition de la personne exerçant la profession d'infirmière), (JORF du 1 juin 1978)
LOI n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, (JORF n° 0172 du 28 juillet 1999)
LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, (JORF du 5 mars 2002)
LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, (JORF n° 185 du 11 août 2004)
LOI n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, (JORF n° 190 du 17 août 2004)
LOI n° 2006-1668 du 21 décembre 2006 portant création d'un ordre national des infirmiers, (JORF n° 299 du 27 décembre 2006)
LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, (JORF n° 0167 du 22 juillet 2009)
LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, (JORF n° 0022 du 27 janvier 2016)
LOI n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, (JORF n° 0305 du 31 décembre 2017)
LOI n° 2018-166 du 8 mars 2018 relative à l'orientation et à la réussite des étudiants, (JORF n° 0057 du 9 mars 2018)
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)
LOI n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19, (JORF n° 0072 du 24 mars 2020)
LOI n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, (JORF n° 0099 du 27 avril 2021)
LOI n° 2021-1018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail, (JORF n° 0178 du 3 août 2021)
LOI n° 2021-1465 du 10 novembre 2021 portant diverses dispositions de vigilance sanitaire, (JORF n° 0263 du 11 novembre 2021)
Ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, (JORF n° 98 du 25 avril 1996)
Ordonnance n° 2021-961 du 19 juillet 2021 relative à la certification périodique de certains professionnels de santé, (JORF n° 0167 du 21 juillet 2021)

LOI n° 2022-1089 du 30 juillet 2022 mettant fin aux régimes d'exception créés pour lutter contre l'épidémie liée à la covid-19, (JORF n°0176 du 31 juillet 2022)

Décrets :

Décret du 27 juin 1922, portant institution du brevet de capacité d'infirmières professionnelles, (JORF du 1 juillet 1922)
Décret n° 47-1544 du 13 août 1947 instituant un diplôme d'État de puériculture, (JORF du 20 août 1947)
Décret du 9 avril 1960 création d'un certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-anesthésiste, (JORF du 15 avril 1960)
Décret n° 71-388 du 21 mai 1971 portant création d'un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier de salle d'opération. (JORF 25 mai 1971)
Décret n° 91-1281 du 17 décembre 1991 modifiant le décret n° 88-903 du 30 août 1988 créant un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier spécialisé en anesthésie-réanimation, (JORF du 21 décembre 1991)
Décret n° 92-48 du 13 janvier 1992 modifiant le décret n° 71-388 du 21 mai 1971 portant création d'un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier de salle d'opération. (JORF n°14 du 17 janvier 1992)
Décret n° 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières, (JORF n° 41 du 18 février 1993)
Décret n° 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières, (JORF n° 41 du 18 février 1993)
Décret n° 2010-1204 du 11 octobre 2010 relatif aux modalités d'intégration des protocoles de coopération étendus dans le développement professionnel continu et la formation initiale des professionnels de santé, (JORF n° 0238 du 13 octobre 2010)
Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine, (JORF n°0245 du 21 octobre 2010)
Décret n° 2011-2113 du 30 décembre 2011 relatif à l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu (JORF n°0001 du 1 janvier 2012)
Décret n° 2014-1511 du 15 décembre 2014 relatif aux diplômes de santé conférant le grade master, (JORF n° 0291 du 17 décembre 2014)
Décret n° 2016-914 du 4 juillet 2016 relatif au dossier médical partagé, (JORF n° 0155 du 5 juillet 2016)
Décret n° 2016-1023 du 26 juillet 2016 relatif au projet régional de santé, (JORF n° 0174 du 28 juillet 2016)

Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers, (JORF n° 0276 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 et modifiant le décret n° 2016-746 du 2 juin 2016 relatif à l'établissement des listes nominatives des masseurs-kinésithérapeutes 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 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée, (JORF n° 0164 du 19 juillet 2018)
Décret n° 2018-788 du 13 septembre 2018 relatif aux modalités de mise en œuvre des activités de télémédecine, (JORF n° 0212 du 14 septembre 2018)
Décret n° 2019-510 du 23 mai 2019 relatif aux modalités de reconnaissance des qualifications professionnelles des ressortissants européens concernant le diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée, (JORF n° 0121 du 25 mai 2019)
Décret n° 2019-678 du 28 juin 2019 relatif aux conditions de réalisation de certains actes professionnels en bloc opératoire par les infirmiers et portant report d'entrée en vigueur de dispositions transitoires sur les infirmiers de bloc opératoire, (JORF n° 0150 du 30 juin 2019)
Décret n° 2019-1107 du 30 octobre 2019 modifiant le décret n° 87-31 du 20 janvier 1987 relatif au Conseil national des universités pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques (JORF n°0254 du 31 octobre 2019)
Décret n° 2020-553 du 11 mai 2020 relatif à l'expérimentation des modalités permettant le renforcement des échanges entre les formations de santé, la mise en place d'enseignements communs et l'accès à la formation par la recherche, (JORF n°0117 du 13 mai 2020)
Décret n° 2021-295 du 18 mars 2021 relatif aux dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes et aux dispositifs spécifiques régionaux, (JORF n° 0068 du 20 mars 2021)
Décret n° 2021-980 du 23 juillet 2021 relatif à la réalisation de certains actes professionnels par les infirmiers et d'autres professionnels de santé, (JORF n° 0171 du 25 juillet 2021)
Décret n° 2021-1384 du 25 octobre 2021 relatif à l'exercice en pratique avancée de la profession d'infirmiers, dans le domaine d'intervention des urgences, (JORF n°0250 du 26 octobre 2021)

Arrêtés :

Arrêté du 24 avril 1962 relatif à l'usage du titre d'aide-anesthésiste (JORF 9 mai 1962)
Arrêté du 12 décembre 1990 relatif à la scolarité, au diplôme d'État de puéricultrice et au fonctionnement des écoles, (JORF 16 décembre 1990)
Arrêté du 13 décembre 2004 relatif à la coopération entre professionnels de santé, (JORF n°10 du 13 janvier 2005)
Arrêté du 30 mars 2006 modifiant et complétant l'arrêté du 13 décembre 2004 relatif à la coopération entre professionnels de santé, (JORF n°83 du 7 avril 2006)
Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier, (JORF n°0181 du 7 août 2009)
Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier, (JORF n°0181 du 7 août 2009)
Arrêté du 31 décembre 2009 relatif à la procédure applicable aux protocoles de coopération entre professionnels de santé (JORF n°0012 du 15 janvier 2010)
Arrêté du 21 juillet 2010 relatif au suivi de la mise en œuvre d'un protocole de coopération entre professionnels de santé et à la décision d'y mettre fin, (JORF n°0175 du 31 juillet 2010)
Arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de santé publique, (JORF n°0164 du 19 juillet 2018)
Arrêté du 31 juillet 2019 définissant les orientations pluriannuelles prioritaires de développement professionnel continu pour les années 2020 à 2022, (JORF n°0177 du 1 août 2019)
Arrêté du 6 décembre 2019 portant nomination au Conseil national des universités pour les disciplines de santé, (JORF n°0299 du 26 décembre 2019)
Arrêté du 7 novembre 2020 modifiant l'arrêté du 10 juillet 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire, (JORF n° 0272 du 8 novembre 2020)
Arrêté du 16 octobre 2020 modifiant l'arrêté du 10 juillet 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans les territoires sortis de l'état d'urgence sanitaire et dans ceux où il a été prorogé, (JORF n° 0253 du 17 octobre 2020)
Arrêté du 1er mars 2021 relatif à l'autorisation du protocole de coopération

« Intervention d'infirmières libérales à domicile afin de diagnostiquer et d'initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé, (JORF n° 0053 du 3 mars 2021)
Arrêté du 1er juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire, (JORF n° 0126 du 2 juin 2021)
Arrêté du 10 juin 2021 portant dispositions relatives aux autorisations des instituts et écoles de formation paramédicale et à l'agrément de leur directeur en application des articles R. 4383-2 et R. 4383-4 du code de la santé publique, (JORF n° 0135 du 12 juin 2021)
Arrêté du 24 septembre 2021 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Sur prescription médicale, réalisation par l'aide-soignant, en lieu et en place de l'infirmier, de soins d'élimination fécale pour des patients atteints de troubles neurologiques chroniques, pris en charge à domicile par le SSIAD pour personnes handicapées », (JORF n° 0227 du 29 septembre 2021)
Arrêté du 25 octobre 2021 fixant la liste des motifs de recours et des situations cliniques mentionnés à l'article R. 4301-3-1 du code de la santé publique, (JORF n°0251 du 27 octobre 2021)
Arrêté du 26 avril 2022 portant autorisation d'expérimentations relatives aux modalités permettant le renforcement des échanges entre les formations de santé, la mise en place d'enseignements communs et l'accès à la formation par la recherche, et modifiant l'arrêté du 9 septembre 2021 portant autorisation d'expérimentations relatives aux modalités permettant le renforcement des échanges entre les formations de santé, la mise en place d'enseignements communs et l'accès à la formation par la recherche, (JORF n° 0106 du 7 mai 2022)

Circulaires, directive, avis, délibération :

Avis n° 2021.0045/AC/SBP du 1er juillet 2021 du collège de la Haute Autorité de santé relatif au projet d'arrêté fixant la liste des pathologies et traitements dont l'infirmier ou l'infirmière est autorisé(e) à adapter la posologie en application de l'article 25 de la loi du 24 juillet 2019 modifiant l'article L. 4311-1 du code de la santé publique.
Avis relatif à l'avenant n° 6 à la convention nationale des infirmiers libéraux, signée le 22 juin 2007, (JORF n°0135 du 13 juin 2019)
Circulaire interministérielle DHOS/RH1/DGESIP n° 2009-201 du 26 juin 2009 relative à la délivrance du grade de licence aux infirmiers diplômés d'État. Organisation du partenariat conseils régionaux - universités - IFSI
Circulaire n° 7083 du 28 octobre 1902 rendant obligatoire les écoles d'infirmières et donnant la première définition de l'infirmière

Délibération n° 2014-239 du 12 juin 2014 portant autorisation unique de mise en œuvre, par les professionnels et établissements de santé ainsi que par les professionnels du secteur médico-social habilités par une loi, de traitements de données à caractère personnel ayant pour finalité l'échange par voie électronique de données de santé à travers un système de messagerie sécurisée,
(JORF n° 0162 du 16 juillet 2014)

Directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	01
PARTIE I – MÉDECIN ET INFIRMIER : UNE COOPÉRATION CENTRÉE AUTOUR DU PATIENT	11
CHAPITRE I – DES RAPPORTS CONCOURANT À L’EFFECTIVITÉ DES SOINS ET DES DROITS DES PATIENTS	12
Section 1 – Infirmier : une profession adaptée aux besoins médicaux	12
Paragraphe 1 – Une complémentarité entre l’exercice du médecin et de l’infirmier	13
Paragraphe 2 – L’expertise infirmière sous différentes formes en réponse à l’évolution des besoins médicaux	17
Section 2 – Les droits du patient comme moteur du changement de paradigme	21
Paragraphe 1 – Le patient au cœur de la relation de soin	22
Paragraphe 2 – les enjeux du système de santé	25
CHAPITRE II – DES INSTRUMENTS STRUCTURANTS PERMETTANT D’ADAPTER LA COOPÉRATION ENTRE MÉDECIN ET INFIRMIER.....	28
Section 1 – Une régulation de l’exercice infirmier.....	29
Paragraphe 1 – Un exercice régulé par une structure ordinale.....	29
Paragraphe 2 – Un Code de déontologie pour la profession infirmière.....	32
Section 2 – Vers une réorganisation des interventions auprès du patient	36
Paragraphe 1 – Une coopération légalisant du dérogatoire.....	37
Paragraphe 2 – Une coopération ajustée au droit du patient.....	40
PARTIE II – UNE COOPÉRATION REPENSÉE EN VUE DE L’ADAPTATION AUX ENJEUX DU SYSTÈME DE SANTÉ.....	47
CHAPITRE I – RENFORCER LA COOPÉRATION ENTRE MÉDECIN ET INFIRMIER POUR AMÉLIORER L’EFFICIENCE DE L’ORGANISATION DES SOINS.....	48
Section 1 – La nécessité de la coopération en soins de ville.....	48
Paragraphe 1 – La réorganisation des soins de ville par la coopération	49
Paragraphe 2 - Le numérique, outil de renforcement de la coopération entre médecin et infirmier en ville	52
Section 2 – L’amélioration de la prise en charge des patients par la pratique avancée.....	55

Paragraphe 1 – Le modèle français de la pratique avancée	56
Paragraphe 2 – Un exercice particulier pour l’infirmier	59
CHAPITRE II – PENSER LA COOPÉRATION ENTRE MÉDECIN ET INFIRMIER AUTOUR DE LA QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE ET DE L’ÉVOLUTION DES BESOINS DES USAGERS	64
Section 1 – Adapter la formation infirmière à l’évolution des besoins des usagers.....	64
Paragraphe 1 – L’insertion de la profession infirmière dans le cadre universitaire.....	65
Paragraphe 2 – La consolidation des compétences professionnelles par le développement de la formation continue de l’infirmier.....	69
Section 2 – Les enjeux de la profession infirmière face à l’accélération des besoins de la population	72
Paragraphe 1 – Une adaptation rapide de la profession infirmière face à la crise sanitaire.....	72
Paragraphe 2 – Vers plus d’autonomie pour la profession infirmière	75
CONCLUSION	79
BIBLIOGRAPHIE.....	81
TABLE DES MATIERES.....	96

« Dans un contexte d'évolution des enjeux de santé, l'adéquation entre l'offre et la demande de soins représente une préoccupation majeure de la société. Si la médecine a longtemps été la seule réponse apportée à la santé, la santé ne se réduit plus aujourd'hui à la seule médecine. Dès lors, le médecin ne peut plus répondre seul à l'ensemble des besoins de santé, ce qui nécessite de coopérer. La profession infirmière ayant toujours accompagné l'évolution de la profession de médecin, il est naturel de penser que favoriser la coopération entre médecins et infirmiers répond à l'évolution des enjeux du système de santé en contribuant à l'évolution de la profession infirmière. En s'interrogeant d'abord sur les rapports entre ces deux professions et l'évolution des enjeux de santé, pour ensuite analyser les textes juridiques entourant la profession infirmière et les instruments de la coopération entre médecin et infirmier, il apparaît que, la coopération entre médecin et infirmier est protéiforme et se structure autour de deux catégories : l'une fonctionnelle et l'autre structurelle. Ainsi, la coopération répond aux enjeux de santé et contribue subséquentment à l'évolution de la profession infirmière. Cependant, elle apparaît encore limitée par la structuration juridique de ces deux professions, encourageant à une évolution des professions de santé. »

“In a context of constant evolution of social issues, the relevance/balance between care supply and demand represents a major concern in society. If medicine has long been the only answer to health, health itself is no longer reduced to medicine only. Therefore, a doctor can no longer be the only actor in healthcare needs, which implies cooperation/collaboration. The nursing profession has always accompanied the evolution of the medical profession. It is only natural to think that encouraging cooperation between doctors and nurses is the answer to the evolution of healthcare system issues by contributing to the evolution of the nursing profession itself. Reflecting upon the connection between these two professions and the development of social issues and then, analysing legal texts concerning the nursing profession and the cooperation means between doctors and nurses, made it clear that this cooperation is protean and is organized in two categories : functional on the one hand, and structural on the other hand. In that respect, cooperation is the answer to social issues and subsequently contributes to the nursing profession evolution. However, it still seems limited by both these professions' legal structuring, encouraging the development of health professions.”

Mots clefs : coopération – auxiliaires médicaux – profession infirmière – exercice infirmier – actes infirmiers – actes médicaux – infirmiers spécialisés - droit de la personne – enjeux du système de santé – ordre des Infirmiers – déontologie infirmière – protocole de coopération – droits du patient – responsabilité – soins primaires – numérique en santé – pratiques avancées – infirmier en pratiques avancées – formation infirmière – développement professionnel continu – COVID19