

EHESP

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2012 –

**« COORDINATION DES PARCOURS COMPLEXES DE SOINS,
UNE PRATIQUE AVANCÉE EN SOINS INFIRMIERS »**

– Groupe n° 10 –

- **Juliette BESSE (D3S)**
- **Alexis CHERUBIN (D3S)**
- **Guillaume FLUCK (D3S)**
- **Nelly CONSTANT (DS)**
- **Christine STERVINO (DS)**
- **Simon RAOUT (EDH)**
- **Bénédicte GUIBARD (IASS)**
- **Mathieu BIJOUX (AAH)**
- **Fabrice GOUEDO (IES)**

Animatrices

- *Martine GUINARD*
- *Fabienne DARCHEN*

S o m m a i r e

Introduction	1
1 Fruit d'une histoire particulière, le statut infirmier est appelé à évoluer	2
1.1 Contexte et cadre législatif.....	2
1.1.1 Des caractéristiques démographiques justifiant des évolutions	2
1.1.2 Un cadre législatif marquée par sa rigidité.....	3
1.1.3 Potentialités du cadre législatif actuel	5
1.1.4 Orientations futures du cadre législatif	7
1.2 La Profession infirmière en France	7
1.2.1 Histoire de la profession.....	7
1.2.2 Un questionnement sur la position de l'infirmière dans le système de santé.....	8
1.2.3 Rencontre entre les spécialités infirmières et les pratiques avancées.....	9
1.2.4 Légitimité de l'infirmière dans la pratique avancée de coordination de parcours complexe de soins	10
2 Si des expériences concluantes ont été menées à l'étranger en matière de pratiques avancées, le cadre français actuel reste fragile	12
2.1 Les leçons des expériences étrangères : quel rôle et quelle place pour les infirmières en pratiques avancées ?.....	12
2.1.1 Les exemples étrangers rappellent la légitimité des infirmières dans l'exercice de pratiques avancées.....	12
2.1.2 Le contexte a justifié la création de postes d'IPA à l'étranger.....	13
2.2 Le développement des pratiques avancées se heurte à différents éléments	15
2.2.1 La pratique doit être acceptée par les professionnels de santé	15
2.2.2 Un positionnement et un gain économique peu clairs.....	15
2.3 Un panel de dispositifs innovants et d'expérimentations en France.....	16
2.3.1 L'émergence de coopérations entre professionnels.....	16
2.3.2 La mise en place réussie du dispositif « ASALEE ».....	18
3 Malgré des obstacles certains, notamment idéologiques, les pratiques avancées présentent des avantages en termes de qualité de soin	19

3.1	Les IDE observent une position ambiguë à propos des PA	19
3.2	Pourtant, le bilan des PA s'avère positif pour le patient	19
3.3	Certains blocages rendent la diffusion des PA difficile.....	20
4	La création d'un statut d'IPA apparaît indispensable et entraîne des conséquences de l'échelon national à l'échelon local.	20
4.1	Une mobilisation nationale d'ampleur apparaît nécessaire à la mise en place d'un statut d'IPA.....	21
4.1.1	Une démarche impliquant de nombreux acteurs	21
4.1.2	Un véritable statut d'IPA indispensable.....	21
4.1.3	La mise en place de formations d'IPA en cohérence avec le statut défini.....	22
4.1.4	Une intégration marquée des IPA dans la politique de santé	22
4.1.5	Ces préconisations s'intègrent dans des évolutions majeures à plus long terme touchant le système médical français.....	22
4.2	Les ARS pourraient jouer un rôle de relai et de coordination au niveau régional dans la mise en place des IPA	23
4.2.1	Une expérimentation auprès de différentes régions pourrait être bénéfique.....	23
4.2.2	Des ARS coordonnant une mise en place des IPA intégrée au Projet Régional de Santé (PRS).....	23
4.2.3	Les ARS pourraient participer au financement des postes d'IPA	23
4.3	Les modalités de mise en place des IPA au niveau local peuvent être multiples mais rappellent l'importance de la coopération	23
4.3.1	Les IPA peuvent s'intégrer à l'offre de soins selon des modalités variées	23
4.3.2	Le rôle des IPA intervenant sur la coordination des parcours complexes des soins rappelle l'importance des coopérations entre les différents acteurs de santé.....	24
4.3.3	A l'échelle d'un établissement, la mise en place des IPA implique un suivi.....	24
4.4	Projet d'expérimentation locale d'une coordination de parcours complexe, appliquée au secteur psychiatrique dans la région Midi-Pyrénées.....	24
4.4.1	Les difficultés de coordination en psychiatrie.....	24
4.4.2	Un accès aux soins difficile en région Midi-Pyrénées	25
4.4.3	Les raisons de la recherche d'une coordination	26
4.4.4	Le projet	26
5	Conclusion	28
	Bibliographie.....	29

Liste des annexes.....	31
ANNEXE 1 - Méthodologie.....	32
ANNEXE 2 – Grille d’entretien	33
ANNEXE 3 – Liste des personnes rencontrées dans le cadre de l’enquête.....	34
ANNEXE 4 – Informations recueillies lors des entretiens.....	35
ANNEXE 5 – Expériences en pratiques avancées infirmières à l’étranger	53

R e m e r c i e m e n t s

Nous remercions toutes les personnes qui se sont rendues disponibles pour nous rencontrer dans le cadre de notre étude et qui nous ont apporté de précieuses indications.

Nous tenons à remercier plus particulièrement nos animatrices pour leur appui méthodologique sur ce sujet qui nous a conduit à expérimenter la coordination dans le cadre de ce travail collectif.

Nos remerciements vont enfin à Emmanuelle Guevara pour son soutien logistique et administratif tout au long du projet.

Liste des sigles utilisés

- ANAP: Agence Nationale d'Appui à la Performance
- ARS : Agence Régionale de Santé
- ASALEE : Association Action de Santé Libérale En Equipe
- CII : Conseil International des Infirmiers
- CSP : Code de la Santé Publique
- EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
- ETP : Education Thérapeutique du Patient
- FIQCS : Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins
- HAS : Haute Autorité de Santé
- HPST : Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires
- IADE : Infirmière Anesthésiste Diplômée d'Etat
- IBODE : Infirmière de Bloc Opératoire Diplômée d'Etat
- ICS : Infirmière Clinicienne Spécialisées
- IDE PUER : Infirmière Diplômée d'Etat Puéricultrice
- IPA : Infirmiers en Pratiques Avancées
- IPS : Infirmières Praticiennes Spécialisés
- IRDES : Institut de Recherches et Développement en Economie de la Santé
- ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé
- PA : Pratiques Avancées
- PRS : Projet Régional de Santé

Introduction

Au chapitre des défis de santé publique, la France, au même titre que ses voisins européens n'est pas en reste. Chronicité et vieillissement de la population constituent en effet des enjeux majeurs. Si l'on ajoute à cela le phénomène de raréfaction médicale et l'inégale répartition de sa population sur le territoire, l'idée de « stratégies nationales d'adaptation de l'offre de soins » prend aujourd'hui tout son sens.

Dans ce contexte, la profession infirmière semble pouvoir tirer son épingle du jeu. En effet, la densité de ce corps professionnel et les récentes évolutions de leur statut sont autant de vecteurs incitant à la création de nouvelles pratiques infirmières. C'est ainsi que l'idée de développer des Pratiques Avancées (PA) en soins infirmiers a vu le jour en France à l'instar de nombreux pays occidentaux. « Une infirmière qui exerce en pratique avancée est une infirmière diplômée qui a acquis des connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de sa profession. Les caractéristiques de cette pratique avancée sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera autorisée à exercer »¹. Dans ce cadre, la coordination des parcours complexes de soins serait l'une des missions de l'infirmière en pratiques avancées.

Lors de coordinations, les différents professionnels mettent en commun leurs expertises. Il s'agit alors de partager des informations relatives à une prise en charge, afin que les interventions soient graduées et pertinentes. Il n'y a là aucune évolution des rôles de chacun, l'infirmière continuant d'effectuer les tâches ou activités qui lui sont dévolues. Elle doit certes faire preuve de nouvelles compétences, en termes de collaboration au sein d'une équipe, mais rien qui n'aille au-delà de l'exercice normal de son métier. On ne peut donc parler de pratique avancée lorsque des professionnels se réunissent en équipe, dans un objectif de coordination. En revanche, si l'infirmière devient coordinatrice, elle acquiert une position particulière, notamment en termes de décision relative à la prise en charge. Ce rôle décisionnaire, en particulier face aux médecins, constitue un véritable bouleversement de ses compétences.

Dès lors, ce nouvel acteur qu'est l'infirmière en pratiques avancées, est-il le plus légitime pour fluidifier le parcours devenu de plus en plus complexe du patient ?

A partir de l'analyse du contexte français et des stratégies mises en place dans différents pays, nous envisagerons l'avenir de cette nouvelle profession infirmière dans le système français et à l'échelle d'un territoire.

¹ La pratique avancée en soins infirmiers : définition du CII (Conseil International des Infirmières), réseau de pratique avancée (2002)

1 Fruit d'une histoire particulière, le statut infirmier est appelé à évoluer

1.1 Contexte et cadre législatif

1.1.1 Des caractéristiques démographiques justifiant des évolutions

L'évolution démographique de la population française et des personnels de santé demandera que le système de santé ajuste les pratiques médicales et paramédicales. Les infirmiers² seront amenés à prendre une place plus importante dans l'orientation du patient dans son parcours de soins. Au 1^{er} janvier 2012, il y a en France 15 341 022 personnes de 60 ans et plus, soit 23,5% de la population totale³. Selon les estimations, en 2030, les personnes de plus de 60 ans représenteront 29,4% de la population et 32,1% en 2060⁴. D'importants changements liés à la sénescence sont donc à prévoir pour la pérennité du système de santé et le maintien de soins de qualité. Parallèlement, la démographie médicale est en train de changer. Aujourd'hui, on compte en France environ 217 000 médecins. D'ici à 2019, cet effectif va diminuer de 10%. Ce n'est qu'à l'horizon 2030 que l'effectif des médecins retrouvera son niveau actuel. Dans le même temps, la population va continuer de croître et de vieillir. Au-delà de la répartition des médecins sur le territoire, c'est toute l'organisation du parcours de soins des patients qui devra être révisée. Pallier le problème de démographie médicale demandera nécessairement d'explorer des voies nouvelles de répartition des gestes médicaux et paramédicaux. En outre, le nombre de malades atteints de pathologies chroniques croît et ce d'autant plus que « la proportion de personnes déclarant avoir des maladies chroniques augmente fortement avec l'âge, passant de 15 % pour les 15-24 ans à 76 % pour les personnes âgées de 85 ans ou plus »⁵. Les personnes avancées en âge, lorsqu'elles sont malades, présentent souvent des cas de polyopathologies. C'est pourquoi il ne s'agit pas de traiter une seule mais plusieurs maladies et d'organiser la prise en charge des soins de façon coordonnée et efficiente. Tous les acteurs de santé sont concernés. Cependant, les rapports du Professeur Yvon Berland de 2002 sur la démographie médicale et de 2003 sur la coopération des professionnels de santé font apparaître un retard de la France dans la valorisation des compétences des auxiliaires médicaux en général et des infirmières en particulier. Il apparaît qu'une des solutions aux problématiques que nous rencontrons

² Lire indifféremment infirmier ou infirmière.

³ INSEE, Pyramide des âges au 1^{er} janvier 2012. http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=ccc

⁴ INSEE, Projection de population par grand groupe d'âge, http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF02164

⁵ L'état de santé de la population en France, rapport 2011

actuellement, à savoir une démographie médicale en déclin et des cas de maladies plus complexes, est de mettre en place de nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé.

1.1.2 Un cadre législatif marquée par sa rigidité

L'évolution de la démographie française en général et de la démographie médicale en particulier, appelle des changements dans la façon dont les professionnels de santé s'organisent. S'il est clair qu'il va falloir s'adapter à une demande de soins croissante dans les années à venir, le cadre légal est-il aujourd'hui défini de façon à pouvoir répondre à ce défi ?

Dans le système de droit français, le Code Pénal définit une « atteinte à l'intégrité des personnes » comme toute intervention sur le corps humain qui peut entraîner un dommage. Cette atteinte est punissable par la loi et la punition dépend du niveau de gravité. « Cela implique en particulier que seule la loi peut autoriser un professionnel de santé à intervenir sur le corps humain »⁶. Le Code Civil en son article 16-3 ajoute qu'« il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui. Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement à part dans le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir ». Ce ne sont pas des compétences qui sanctionnent la possibilité de déroger à cette règle, autrement dit ce ne sont ni la combinaison ni la maîtrise de savoirs dans une situation qui permettent d'y déroger, mais l'inscription de l'intervention dans des cadres légaux. Pour le dire autrement, « le critère légal de légitimité des interventions sur le corps humain retenu par le législateur est celui de la qualification professionnelle liée à l'obtention d'un diplôme ou d'un titre équivalent, véritable 'permis de soigner'. La notion de qualification constitue donc la clé de voûte de cette organisation »⁷.

Il importe ici d'effectuer quelques distinctions. La notion de compétence peut être définie comme la mise en œuvre d'une combinaison de connaissances, de savoir-faire, d'expérience dans une situation donnée. « La qualification renvoie, quant à elle, à une habilitation du professionnel à exercer un certain nombre d'actes du fait de sa possession d'un diplôme ou d'un titre équivalent »⁸. La notion de compétence est celle que nous mobilisons ici lorsque nous questionnons la possibilité pour les auxiliaires médicaux, et notamment les infirmières, de faire des tâches ou actes généralement réservés aux

⁶ HAS, Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? Avril 2008

⁷ Ibid.

⁸ HAS, Les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé : les aspects juridiques, Octobre 2007

médecins. Mais ce faisant nous butons sur la qualification, conférée par le diplôme et qui rend difficile la valorisation des compétences à travers d'autres formes de coopération.

La profession médicale est au centre du système. Les médecins détiennent le diplôme et par conséquent la qualification, mais ne sont pas les seuls à avoir la compétence. Pourtant, avoir la compétence ne rend pas légale, pour une infirmière, la réalisation d'un acte ou d'une tâche qui incombe normalement au médecin, hors cas d'urgence médicale. Une nuance qui amène à distinguer l'exercice légal et illégal de la médecine.

L'article L.4161-1 du Code de la Santé Publique (CSP) régit l'exercice illégal de la médecine. Il sanctionne toute personne qui usurperait le titre de médecin sans en posséder la qualification et donc le diplôme. Il n'a pas vocation à s'appliquer aux auxiliaires médicaux. L'exercice illégal de la médecine établit de fait un monopole de la profession médicale, les infirmières et autres auxiliaires médicaux agissant comme « aides d'un médecin »⁹. Dans les termes de l'arrêté du 6 janvier 1962, les actes médicaux « ne peuvent être exécutés par des auxiliaires médicaux qualifiés que sous la responsabilité et la surveillance directe d'un médecin, celui-ci pouvant contrôler et intervenir à tout moment, les actes médicaux suivant, dont la liste est limitative »¹⁰. La seule valorisation de la qualification au détriment de la compétence n'est pas l'unique obstacle à de nouvelles formes de coopération. Se pose également un problème de légitimité.

La durée de formation des médecins est beaucoup plus longue que celles des auxiliaires médicaux. Dans un système qui fait du diplôme l'élément attestant de la qualification, la légitimité d'un professionnel de santé découle de la possession du diplôme. Or, cette légitimité provient, selon les médecins eux même, d'une durée significativement plus longue des études des médecins rapportée à celle des auxiliaires médicaux. Ces facteurs expliquent pour partie la rigidité du cadre actuel dans la délégation des tâches. Pour les autres professionnels de santé, et notamment les auxiliaires médicaux, des décrets d'acte décrivent de façon très détaillée le contenu et l'étendue de leur pratique, mais toujours sous l'autorité du médecin. Pourtant, avec les contraintes de plus en plus grandes qui pèsent sur le système de santé, les délégations entre médecins et auxiliaires médicaux vont se généraliser. Quel est le cadre légal qui rend possible les délégations ou transferts d'actes ?

⁹ L. 4161-1 CSP

¹⁰ Arrêté du 6 janvier 1962 fixant liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant être pratiqués également par des auxiliaires médicaux ou par des directeurs de laboratoires d'analyses médicales non médecins

1.1.3 Potentialités du cadre législatif actuel

Comment, aujourd'hui, la loi prévoit-elle la coordination des parcours complexes de soins ?

Les rapports de 2002¹¹ et de 2003¹² du Professeur Yvon Berland sur la démographie des professions de santé et sur les transferts de tâches montraient l'importance, dans le contexte démographique et économique que nous avons évoqué, de développer les coopérations entre les professionnels de santé pour faire face aux défis que le système de santé doit relever. Cependant, il est rappelé dans le rapport de 2003 que « si le contexte de la mission s'inscrit dans le cadre des évolutions démographiques importantes qui suscitent des inquiétudes, la proposition de délégation de compétences n'a pas pour seul objectif de résoudre à terme des problèmes de densité médicale. Elle est également soutenue, d'une part par le souci de conserver une qualité de soins dans notre pays et certainement de l'améliorer par une plus grande disponibilité des médecins pour les tâches et activités qui le nécessitent et, d'autre part, par la volonté d'assurer une meilleure adéquation entre formation et exercice professionnel ». Ce n'est donc pas uniquement le contexte de démographie médicale qui pousse à réfléchir à de nouvelles formes de coopération, mais aussi le souci de mieux utiliser et valoriser les compétences déjà présentes. À partir des rapports Berland, diverses expérimentations ont été menées et les bases légales des coopérations ont été progressivement établies.

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST) est, en son article 51, la base législative qui rend possibles les différentes formes de coopération dans le secteur de la santé. Elle fait suite à l'article 131 de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Selon cette loi, « des expérimentations relatives à la coopération entre professionnels de santé et aux possibilités de transfert de compétences entre professions médicales et d'autres professions de santé peuvent être prévues [...] par arrêté du ministre chargé de la santé. Cet arrêté fixe les modalités précises de ces expérimentations, et notamment la nature et la liste des actes, la durée de l'expérimentation, les établissements et services qui en sont chargés, les conditions de mise en œuvre, ainsi que les modalités de son évaluation ». Si la loi de 2004 encadre fortement les coopérations dans leur contenu même, la loi HPST tente de donner plus de liberté aux professionnels de santé dans l'impulsion et dans l'organisation des coopérations. De plus, la loi HSPT sort les coopérations de leur cadre expérimental et supprime la notion de durée. Elle énonce désormais que « les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de

¹¹ Pr. Ivon Berland, Mission « Démographie des professions de santé », Novembre 2002,

¹² Pr. Ivon Berland, Rapport « Transfert de Compétences » octobre 2003,

coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient [...]. Le patient est informé, par les professionnels de santé, de cet engagement dans un protocole impliquant d'autres professionnels de santé dans une démarche de coopération interdisciplinaire impliquant des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganisation de leurs modes d'intervention auprès de lui. »¹³. À strictement parler, il est inexact de parler de « transferts d'activités ou d'actes de soins », il convient plutôt de parler de « nouvelles formes de coopérations entre professionnels de santé ». Les professions ainsi que leurs activités propres sont détaillées dans des décrets d'actes. Il n'est pas du ressort du médecin de transférer des activités qui lui échoient, car seule la loi peut établir un transfert d'activités.

L'arrêté du 31 décembre 2009 détaille les modalités de ces coopérations, à travers deux étapes réglementaires distinctes l'une de l'autre. « La création d'un protocole de coopération par des professionnels de santé, volontaires ; puis l'adhésion des professionnels de santé, volontaires, à un protocole de coopération autorisé par l'agence »¹⁴. Les nouvelles formes de coopération sont formalisées dans un protocole de coopération qui « précisent l'objet et la nature de la coopération, notamment les disciplines ou les pathologies, le lieu et le champ d'intervention des professionnels de santé concernés ». Bien que l'« initiative » soit valorisée, et que les professionnels semblent *a priori* bénéficier d'une certaine autonomie, les démarches de coopération sont en réalité très encadrées. Les protocoles sont transmis à l'Agence Régionale de Santé (ARS) qui vérifie leur compatibilité avec les besoins régionaux et s'assure que « la volonté de l'ensemble des parties prenantes de coopérer est avérée ». Il s'agit de veiller à ce que les nouvelles formes de coopération ne constituent pas une charge de travail excessive pour l'une des parties. Si les démarches de coopération sont en accord avec les besoins, les protocoles sont ensuite transmis à la Haute Autorité de Santé (HAS) pour avis. Ce n'est qu'après avis conforme de la HAS que le directeur général de l'ARS autorise, par arrêté, les coopérations entre professionnels de santé. Si les coopérations se révèlent fructueuses, les protocoles peuvent être étendus à tout le territoire national par la HAS et intégrés à la formation initiale ou au développement professionnel continu des professionnels de santé. Une fois mises en place, les coopérations sont évaluées pendant une période 12 mois, période au terme de laquelle l'ARS peut décider d'y mettre fin si elles ne remplissaient pas les engagements requis.

¹³ L. 4011-1 CSP

¹⁴ HAS, Coopération entre professionnels de santé, Guide méthodologique tome 2, Juillet 2010

1.1.4 Orientations futures du cadre législatif

Les possibilités d'intervention des infirmières sont très encadrées par les décrets d'actes et les prescriptions médicales. Deux pistes pour l'avenir peuvent être envisagées.

Faire évoluer le décret d'actes, qui à l'heure actuel recense 109 actes que peuvent pratiquer les infirmières, afin d'intégrer des actes supplémentaires. Dans la mesure où ces actes porteraient atteinte à l'intégrité de la personne, ils devraient faire l'objet de mesures législatives et non réglementaires puisque seuls les médecins dérogent de par la loi à cette règle. De plus, cela nécessiterait de mettre en place des formations spécifiques à destination des infirmières concernées.

La seconde possibilité consisterait à passer d'une logique de recensement des actes infirmiers telle que pratiquée actuellement à une logique de missions, selon le modèle de la profession médicale. Cette possibilité conduirait à une réflexion plus en profondeur sur les rôles et statut de l'infirmière aujourd'hui dans une logique de nouvelles coopérations entre professionnels de santé.

Cependant, il importe de garder à l'esprit que « au-delà de l'intérêt ou de la nécessité de la gestion de la démographie de certaines professions, ou de l'adéquation entre certaines propositions d'évolution et des revendications professionnelles, les règles dont il s'agit ont pour but premier de protéger l'intégrité corporelle des patients »¹⁵. Afin d'explicitier ce qui a guidé les évolutions de la profession infirmière, nous allons à présent revenir sur son historique.

1.2 La Profession infirmière en France

1.2.1 Histoire de la profession

La profession infirmière trouve son origine dans l'acte de charité et les ordres religieux. Les découvertes scientifiques de la fin du XIX^e siècle conduisent les médecins à réclamer du personnel compétent pour les assister. C'est dans ce contexte que les premières écoles apparaissent. Ce n'est qu'en 1922 que le législateur officialise le titre d'Infirmière Diplômée d'Etat. Les soins sont alors essentiellement curatifs et les soins infirmiers sont issus de la pratique médicale. De 1900 à 1950, le corps infirmier est toujours féminin. Les manuels de formation du début du siècle énoncent la suprématie des médecins vis-à-vis des infirmières « l'infirmière hospitalière seconde assidûment et docilement le médecin. » Ce n'est que très progressivement que l'autonomie des infirmières va s'instaurer grâce notamment à la mise en exergue d'un savoir spécifique complémentaire de celui du médecin. En 1965, Le Conseil International des Infirmières définit la profession ainsi :

¹⁵ HAS, Les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé : les aspects juridiques, Octobre 2007

« L'infirmière est la personne qui, ayant suivi un enseignement infirmier de base, est apte et habilitée à assumer dans son pays, la responsabilité des soins infirmiers, que requièrent la promotion de la Santé, la prévention de la maladie, et les soins aux malades » . A partir des années 1970-1980, la profession continue son évolution. Des théoriciens en soins infirmiers posent les principes d'une approche holistique de la personne soignée. En 1978, la reconnaissance officielle du rôle propre infirmier pose une avancée notable dans l'affirmation de l'identité de la profession et définit un champ d'activité autonome. 1992 marque la fusion entre les filières de soins généraux et de soins psychiatriques avec un programme d'études conduisant au diplôme unique. Il s'agit alors de former une infirmière polyvalente qui réalise une prise en charge globale de l'individu dans une acception bio-psycho-sociale. L'utilisation du diagnostic infirmier dans ce programme pose la contribution des soins infirmiers au projet de soins des patients. C'est aussi dans ce programme que s'inscrit la volonté de mettre en avant une approche préventive de la santé, en introduisant la santé publique dans la formation. La nécessité d'un travail interdisciplinaire est peu à peu reconnue. Les activités de santé publique s'inscrivent dans une approche globale des soins depuis longtemps prônée dans la démarche de soins infirmiers. Ainsi, progressivement, la profession s'affirme comme partenaire des autres professionnels de santé et continue à construire son autonomie vis-à-vis de la communauté médicale. Aujourd'hui, dans l'environnement économique et démographique décrit, comment le rôle infirmier peut-il évoluer ?

1.2.2 Un questionnement sur la position de l'infirmière dans le système de santé

Les infirmières sont aujourd'hui dans une dualité de positionnement. Certaines craignent de s'orienter vers un métier de plus en plus technique au détriment du rôle propre, voyant ainsi confier des actes infirmier à d'autres professionnels. D'autres sont dans une volonté de revalorisation professionnelle avec des compétences enrichies permettant de repositionner la profession et d'asseoir définitivement son identité indépendamment de la référence médicale. On note des évolutions fondamentales du rôle infirmier avec un droit de prescription infirmier instauré pour certains dispositifs médicaux en 2007 et pour le vaccin antigrippal en 2008. Dans un contexte démographique général et professionnel difficile, il paraît indispensable que chaque acteur du système de soins soit recentré sur son cœur de métier.

La complexification des besoins en soins des populations génère aujourd'hui plusieurs interrogations, notamment en ce qui concerne les parcours des patients âgés et ceux atteints de pathologie chronique qui nécessitent un suivi tout au long de leur prise en charge. Le décloisonnement des secteurs, entériné par la loi HPST, est un atout pour trouver des solutions pérennes visant à coordonner les actions de soins. Il en découle notamment les expérimentations de pratiques avancées et de coopérations décrites

précédemment. La préoccupation reste leur généralisation. Cette nouvelle organisation doit pouvoir s'appuyer sur des personnes reconnues pour leur savoir-faire. Le développement des alternatives à l'hospitalisation nécessite un travail d'information et d'écoute des patients, de leur entourage mais aussi un suivi des patients tout au long de leur parcours. Ces facteurs doivent poser la réflexion sur les évolutions des métiers du soin dans un contexte qui pousse les pouvoirs publics à vouloir inscrire le rééquilibrage entre les tâches des infirmières et des médecins comme un enjeu de santé publique. L'orientation vers les pratiques avancées conduit à examiner leur lien avec les spécialités existantes des infirmières.

1.2.3 Rencontre entre les spécialités infirmières et les pratiques avancées

Les infirmières diplômées d'état ont la possibilité de poursuivre leur formation afin d'exercer le métier d'infirmière de bloc opératoire (IBODE), d'infirmière anesthésiste (IADE) ou d'infirmière puéricultrice (IDE PUER). Le Diplôme d'État de puéricultrice a été créé le 13 août 1947, pour former des professionnelles de santé de la petite enfance. La spécialité d'infirmier de bloc opératoire a vu le jour et a été instituée par le décret n° 71-388 du 21 mai 1971. Aujourd'hui, l'IBODE exerce un métier complexe, exigeant un haut niveau de compétences, qui lui confère d'importantes responsabilités et une certaine autonomie. Celles-ci sont reconnues dans un référentiel métier paru en décembre 2003. De même, le décret n°91-1281 du 17 décembre 1991 crée le Diplôme d'Etat d'Infirmier(e) Anesthésiste (IADE), après de longues luttes professionnelles pour faire admettre la qualification infirmière dans ce domaine.

Ces différentes spécialités, reconnues comme telles en France, ne sont pas sans faire écho à des pratiques avancées instituées dans d'autres pays et à la définition du CII. C'est le cas aux États-Unis notamment, où l'anesthésie est reconnue comme une pratique avancée en soins infirmiers. La structuration en corps professionnels distincts en France interroge donc à l'heure d'instaurer des pratiques avancées dans la profession. Il s'agit ici de se poser la question de la différence de reconnaissance professionnelle accordée entre une infirmière spécialisée et une infirmière en pratiques avancées, toutes deux ayant acquis de nouvelles compétences et de plus grandes responsabilités.

On peut à cet égard évoquer le cas du secteur psychiatrique. En effet, depuis l'arrêté du 23 mars 1992, la formation spécifique des infirmiers de secteur psychiatrique est supprimée. Toutefois, le plan santé mentale 2005 a mis en évidence le manque de formation lié à la réforme de 1992. Deux circulaires sont venues, entre 2004 et 2006, préconiser la mise en place d'une formation spécifique et la nécessité d'instaurer un tutorat pour les infirmières appelées à exercer en secteur psychiatrique. Enfin, le 4 avril 2010, l'Ordre infirmier a plaidé officiellement pour une spécialisation des infirmiers en santé mentale et en psychiatrie. On se retrouve donc devant une perspective paradoxale :

instaurer des pratiques avancées là où existait déjà un corps professionnel. Les enjeux de reconnaissance professionnelle sont ici particulièrement prégnants.

On peut également envisager la question des « métiers intermédiaires », qui pourraient constituer une perspective d'évolution des spécialisations infirmières. La création de métiers en santé de niveau intermédiaire a été prônée dans un rapport interministériel de janvier 2011¹⁶, dans lequel les rapporteurs insistent sur la nécessité d'instituer et de reconnaître des métiers situés entre les professions paramédicales classiques (dont le diplôme d'infirmière) nécessitant 3 ans d'études et la qualification médicales, obtenue après 9 années de formation. Il s'agirait de construire des métiers paramédicaux sans être redondants avec un métier existant et de les faire correspondre à un mode d'exercice professionnel et à des responsabilités identifiés.

Outre la question de l'instauration de pratiques avancées dans le système français, il apparaît que la question de leur positionnement au regard des spécialisations déjà existantes est importante à soulever. La coexistence des deux dispositifs risquerait en effet de créer des disparités professionnelles dommageables pour les professionnels infirmiers. L'évolution des spécialisations vers des métiers intermédiaires peut alors apparaître comme l'une des réponses à cette problématique.

En lien avec le contexte prédéfini, la légitimité des Infirmiers en Pratiques Avancées (IPA) serait donc mise en question du fait du développement d'autres métiers eux aussi susceptibles de répondre à des nouveaux besoins de santé et entre autre au besoin de coordonner les parcours complexes de soins.

1.2.4 Légitimité de l'infirmière dans la pratique avancée de coordination de parcours complexe de soins

Au regard de la nécessaire mise en place de professionnels de santé qui assureront la coordination des parcours complexes de soins, il nous semble intéressant de décliner en quoi l'infirmière est une actrice émergente légitime pour coordonner ces parcours dans le système de santé actuel. Nous allons donc centrer notre propos sur les compétences développées par les infirmières pour pouvoir étudier leur légitimité à s'inscrire dans des nouvelles pratiques de coordination de soins.

Il est certain que les infirmières libérales jouent déjà un rôle pivot dans la politique de maintien à domicile des personnes âgées et de prise en charge des patients atteints de maladies chroniques. Depuis 2009, la réingénierie du diplôme infirmier a inscrit la formation dans un cursus universitaire qui va permettre de développer une approche par compétence centrée sur le sujet en action et les capacités réflexives des professionnels.

¹⁶ L. HENART, Y. BERLAND, D. CADET, Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire, 01/2011

L'« universitarisation » peut être la voie privilégiée pour l'émergence de nouvelles formes de pratiques infirmières, telles que les pratiques avancées.

Dans le nouveau référentiel, les compétences dites cœur de métier montrent que l'activité infirmière répond à la complexité des besoins des patients. La neuvième compétence intitulée « organiser et coordonner les activités soignantes » est transversale. Le développement de cette compétence est en lien avec les recommandations de la HAS et de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS) qui soulignent que « L'articulation des différentes interventions et compétences professionnelles autour du patient est un déterminant fondamental pour la qualité des soins ». Il s'agit d'organiser les activités en tenant compte des différents acteurs avec la nécessité de mettre en place un système d'accompagnement du patient par la création d'un espace d'interdisciplinarité concertée. La vraie plus-value de la coordination des actions sera de rendre le dispositif efficace pour développer une offre de soins de qualité, adaptée aux besoins des populations à moindre coût.

La question qui se pose alors est de savoir en quoi les pratiques avancées de coordination des parcours complexes de soins sont une évolution légitime pour les infirmiers ?

Nous avons démontré que la formation infirmière posait la compétence de coordination comme une compétence cœur de métier en lien avec la démarche qualité. L'émergence d'expertise de coordination des parcours patient peut aujourd'hui être considérée comme une pratique avancée car elle répond à un besoin de santé de la population. L'objectif sera ensuite de permettre sa validation par une formation universitaire et de l'intégrer à un cadre juridique d'application afin de délimiter la responsabilité des professionnels engagés.

Les infirmières peuvent sans doute participer à redéfinir le paysage de l'offre de soins afin de mieux répondre aux besoins de la population mais il faudra sans doute mobiliser pour cela l'ensemble des professionnels de santé médicaux et paramédicaux pour édifier les coopérations et l'interdisciplinarité dans une visée de collaboration concertée. Pour l'Ordre National des Infirmiers français, la pratique avancée est un partage de compétences, en aucun cas une délégation de tâches. Il ne doit pas s'agir de s'approprier certaines tâches techniques déléguées par le corps médical mais plutôt de définir un champ professionnel infirmier élargi, au regard de nouvelles compétences. Les pratiques avancées dans le domaine de la coordination de parcours de soins doivent aussi être des réponses à une volonté de rendre légitime des expertises cliniques infirmières de façon pérenne.

L'infirmière sera-t-elle l'acteur émergent pour coordonner les actions au sein du parcours de soins des personnes soignées ? Cela sous-tend d'abord une collaboration partenariale entre les médecins et les infirmières alors que certains médecins ne sont pas forcément prêts à faire progresser le champ d'expertise des infirmières. Les freins sont à la fois liés

à la position et à la formation respective de chacun. Même si la relation médecin-infirmière a beaucoup évolué depuis cinquante ans, concrètement les médecins sont encore aujourd'hui peu incités à une collaboration plus large. Le déploiement de nouveaux rôles infirmiers paraît donc tributaire de la relation professionnelle instaurée avec le corps médical. Il est également fondé sur la démonstration des compétences infirmières dans les champs concernés par les pratiques avancées. La plus value de l'approche infirmière décrite comme holistique pour la coordination de parcours complexe doit ainsi être clairement affichée.

La difficulté sera de définir les modalités et limites de la collaboration. L'infirmière chargée de coordonner les parcours complexes de soins peut améliorer la cohérence des parcours patients. Il ne s'agit pas de penser que l'infirmière agit seule mais qu'elle est pivot du dispositif de prise en charge et qu'elle se positionne comme collaboratrice compétente des médecins traitants et des autres professionnels. La compétence de coordination des parcours complexes de soins pourrait alors être une prérogative infirmière au sens donné par Zarifian " La compétence est la faculté à mobiliser des réseaux d'acteurs autour des mêmes situations, à partager des enjeux, à assumer des domaines de coresponsabilité ».

2 Si des expériences concluantes ont été menées à l'étranger en matière de pratiques avancées, le cadre français actuel reste fragile

2.1 Les leçons des expériences étrangères : quel rôle et quelle place pour les infirmières en pratiques avancées ?

Certains pays ont développé et encouragé les pratiques avancées en soins infirmiers avant la France. La plupart des pays distinguent les Infirmières Praticiennes Spécialisées (IPS) et les Infirmière Clinicienne Spécialisées (ICS). Les IPS ont une expertise pratique et peuvent effectuer des actes normalement dévolus aux médecins dont des prescriptions. Les ICS ont une expertise clinique en termes d'organisation des soins et donc de coordination mais aussi des activités de formation et de recherche.

A partir des expériences étrangères, que peut-on apprendre sur la légitimité des IPA ?

2.1.1 Les exemples étrangers rappellent la légitimité des infirmières dans l'exercice de pratiques avancées.

Les infirmières semblent particulièrement légitimes pour prendre en charge des pratiques avancées du fait de leur ethos professionnel et de leur expertise.

A) Les IPA ont une expertise spécifique reconnue

Selon une experte rencontrée¹⁷, la pertinence du développement de ces pratiques se justifie par leur « optique de santé plus élargie » et leur approche globale de la santé y compris en terme de prévention et de promotion. Par exemple, elle explique que les IPS réussissent à imposer leur légitimité dans une équipe grâce à leur expertise infirmière et non grâce à leurs connaissances médicales. De nombreuses études montrent que les suivis impliquant des IPA n'ont pas d'effet négatif sur la qualité des soins et a même tendance à augmenter la satisfaction des patients car « les infirmières tendent à passer plus de temps à écouter les problèmes du patient et à donner des conseils »¹⁸.

B) Une plus-value spécifique dans le suivi des maladies chroniques

Certaines études citées dans le rapport OCDE portent sur la présence des IPA dans la gestion des maladies chroniques et concluent à un gain plus important du fait que l'infirmière donne plus de conseils et propose des programmes d'Education Thérapeutique du Patient (ETP)¹⁹. Or, du fait de l'évolution des types de pathologies, les actions de prévention, de promotion de la santé se développent. Ainsi, au Royaume-Uni, il existe un type spécifique d'IPA, les *Community matrons* qui sont spécialisées dans le traitement de patients avec des maladies chroniques²⁰. Ainsi, le « management de maladies chroniques », l'intervention dans la conception des plans de soins et les situations complexes de soins font partie des tâches principales pour les IPA.

2.1.2 Le contexte a justifié la création de postes d'IPA à l'étranger

Les pays étrangers ont développé les pratiques infirmières avancées d'abord du fait de pénurie de médecin²¹. Ce contexte semble commun à l'ensemble des pays. En effet, dans de nombreux pays, l'offre et la demande de santé sont amenées à évoluer.

A) Une solution à l'évolution de la démographie médicale

Le développement de ces pratiques est d'abord pensé comme une solution au manque de médecin. Ainsi, en Finlande²², les IPA, assistés à distance par des médecins, permettent

¹⁷ Entretien mené avec Mme G. ROCH le 07/05/2012

¹⁸ M. et G. LAFORTUNE, éditions OCDE, 2010, p. 51 ces conclusions se basent sur une revue de littérature et d'essais randomisés.

¹⁹ Essai de Aiken et al. En 2006 aux USA, de Mousquès et al. en France, Griffiths et al. au Royaume-Uni (2004), p.43 à 50 du rapport Lafortune de l'OCDE

²⁰ M. et G. LAFORTUNE, éditions OCDE, 2010, p. 33

²¹ M. et G. LAFORTUNE, Les pratiques infirmières avancées : Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés, éditions OCDE, 2010, p.18

²² M. et G. LAFORTUNE, éditions OCDE, 2010, p. 36

d'améliorer l'accès aux soins dans des zones reculées²³. Il s'agit de développer une substitution ou une délégation de tâche des médecins vers les autres professionnels de santé. Néanmoins, ce phénomène présente des limites. D'une part, les IPA peuvent disparaître quand le nombre de médecins augmente à nouveau, ce qui s'est produit en Ontario, montrant leur fragilité. D'autre part, les infirmières peuvent aussi être peu nombreuses. Ainsi, M. et G. Lafortune soulignent que « les rôles avancés infirmiers tendent à être plus développés dans les pays avec un ratio infirmière-médecin élevé »²⁴.

B) Une réponse aux besoins de santé en psychiatrie

Comme en France, de nouveaux besoins de santé sont apparus. Ceux-ci sont pris en charge dans le cadre de la coordination des parcours complexes de soins parfois appelée « management de cas ». Ces besoins sont aussi ceux des malades souffrant de pathologies psychiatriques ou de problèmes de santé mentale, domaines dans lequel les Etats-Unis ont développés des pratiques avancées²⁵. Ces IPA tendent « à agir sur l'environnement du patient » et à mener des psychothérapies. Il s'agit d'agir sur le patient mais aussi sur son environnement afin que celui-ci soit favorable à sa guérison. Selon Christophe Debout, « il est possible d'affirmer que l'exercice des IPA apporte une plus-value certaine à la santé de la population. [...] Un rapport a mis en évidence l'efficacité des IPA en psychiatrie et en santé mentale ».²⁶ En outre, ces pratiques n'ont une plus-value que si elles s'appuient sur une équipe pluridisciplinaire²⁷. Le nombre de perte de patients et les passages aux urgences sont limités et la situation globale de la personne prise en charge est améliorée. Les compétences à développer semblent être proches de celles des IPA. La pratique avancée « s'entend plutôt comme un regard infirmier expert posé sur la complexité des situations de soins des patients : il s'agit de comprendre le problème de santé du patient et de proposer des interventions de soins pertinentes et efficaces. Cette complexité a des déterminants multiples : physiques, techniques, mais aussi humains et sociaux »²⁸.

²³ CAS, Quelles opportunités pour l'offre de soins de demain ? Les coopérations entre professionnels de santé, Note d'analyse (Questions Sociales), numéro 254, décembre 2011, p. 9

²⁴ M. et G. LAFORTUNE, éditions OCDE, 2010, p. 19

²⁵ C. DEBOUT, Pratiques avancées en soins infirmiers, l'exemple américain in Soins psychiatrie, n°277, nov./dec. 2011

²⁶ CAS, Quelles opportunités pour l'offre de soins de demain ? Les coopérations entre professionnels de santé, Note d'analyse (Questions Sociales), numéro 254, décembre 2011, p. 9,

²⁷ Cette partie s'appuie sur l'article de C PETITQUEUX-GLASER, S. ACEF et G. GOZLAN, Le case management, accompagnement des patients et continuité des soins, EM consulte, 2009

²⁸ S. WARBET, Entretien avec Christophe Debout, enseignant chercheur à l'EHESP- « Les pratiques avancées infirmières contribuent à la construction d'une stratégie interdisciplinaire » in La revue de l'infirmière, EM Consulte, 2011

Si les IPA semblent légitimes pour répondre aux besoins en santé de la population, leur développement se heurte à plusieurs freins.

2.2 Le développement des pratiques avancées se heurte à différents éléments

2.2.1 La pratique doit être acceptée par les professionnels de santé

A) L'acceptation par les médecins

Le développement de ces professions doit être accepté par les médecins qui représentent généralement un puissant lobby. Ainsi, en Suisse, le nombre important de médecins entraînerait une forte résistance de cette profession et cantonnerait les IPA aux positions d'ICS avec peu de recherche en soins infirmiers. De manière générale et au-delà d'une potentielle perte d'activité, les médecins s'opposent au développement pour différentes raisons: « le degré d'autonomie et d'indépendance des infirmières en pratiques avancées, les préoccupations relatives à la responsabilité juridique en cas de faute professionnelle et des questions concernant les compétences et l'expertise des infirmières en pratiques avancées »²⁹.

Selon l'étude de l'OCDE, le degré d'acceptation des médecins est plus ou moins fort en fonction de l'organisation du système de santé. Ainsi, la pratique en cabinet isolé et le paiement à l'acte semblent ne pas les inciter à y être favorables sauf si le transfert d'activité est une opportunité de développer des activités plus rémunératrices.

B) Les concurrences avec d'autres professionnels

Plusieurs études montrent qu'il existe des résistances horizontales des infirmières qui nient l'expertise des IPA et notamment des ICS car elles disposent de peu de temps de pratiques cliniques. En outre, les IPA peuvent être concurrencés par les nouvelles professions de santé, « manager de cas » ou assistants médicaux. Dans certains pays comme l'Allemagne, le développement important des assistants médicaux expliquerait une faible présence des IPA. Il ne semble pas exister d'étude comparant l'intérêt de chacune de ces deux solutions.

2.2.2 Un positionnement et un gain économique peu clairs

A) Les gains créés sont discutés

Si les postes d'IPA sont souvent créés pour limiter les coûts du système de santé en employant des professionnels moins payés que des médecins, les études mettent en avant des coûts supplémentaires dus à la formation, à la prescription plus fréquente d'examen

²⁹ M. et G. LAFORTUNE, éditions OCDE, 2010, p. 54

ou de nouvelles visites³⁰. Les extensions de tâches pourraient les augmenter. On peut cependant penser que les actions de prévention et de promotion de la santé sont de nature à éviter des actes aux coûts élevés.

B) Un positionnement parfois peu affirmé

En Suisse, le « rôle autonome » de clinicienne est difficile à mettre en œuvre et les compétences des IDE liées aux multiples formations complémentaires ne sont pas complètement intégrées par les médecins. Les rôles ne sont pas très lisibles y compris pour les IDE entre elles. Il en est de même pour les ICS du Québec francophone. Il apparaît qu'un des facteurs essentiels du succès des PA soit le soutien des autorités politiques et administratives. Cela suppose que celles-ci aient une connaissance précise des atouts potentiels des IPA.

Si les gains demeurent discutables à court terme, l'intégration réussie des IPA dans les systèmes de santé étrangers - dont il faut tenir compte des spécificités, s'avère bénéfique à long terme et peut servir en partie d'exemple pour la France.

2.3 Un panel de dispositifs innovants et d'expérimentations en France

2.3.1 L'émergence de coopérations entre professionnels

Afin de faire face à de nombreux « défis sanitaires », la France, s'inspirant notamment d'autres pays, s'est elle aussi lancée dans la pratique des coopérations. Celles-ci auraient pu être un vecteur de redéfinition du métier infirmier. Pourtant leur application demeure limitée et de nombreux freins font encore obstacle à sa mise en œuvre.

A) Une possibilité d'enrichir le travail infirmier

Instaurées par l'article 51 de la loi HPST analysé précédemment, les coopérations bénéficient d'un soutien institutionnel³¹ et permettent de nouveaux modes d'exercice collectif : les regroupements intra- ou interprofessionnels, des mises en réseaux, des transferts d'actes. Ces coopérations ont pour but l'amélioration de la permanence des soins ainsi que le renforcement du secteur des soins primaires et de la prise en charge des patients atteints de maladie chroniques. La coopération a de plus l'avantage de placer l'infirmier comme un acteur majeur de la prise en charge. Il doit jouer un rôle de

³⁰M. et G. LAFORTUNE, éditions OCDE, 2010, p 21

³¹ Y. OUHARZOUNE, Les principes des coopérations va profondément changer notre système de santé à l'avenir, EM Consulte

«triage»³² en évaluant l'état de santé du patient et en se chargeant de son orientation. En théorie donc, les coopérations sanitaires passent pour être la solution pertinente à une réorganisation de l'offre de soins, tout en redéfinissant les contours des métiers infirmiers. Pourtant en pratique, ces dispositifs ont été utilisés pour régulariser des glissements de tâches, des freins sont par ailleurs apparus et les professionnels ont peu adhéré à ce dispositif.

B) Une désillusion pratique

Si le mode d'exercice collectif bénéficie aujourd'hui d'une attractivité certaine puisqu'il permet une meilleure qualité de vie au travail, le développement des transferts de tâches quant à lui fait l'objet de nombreux freins tant au niveau des professionnels qu'à celui des patients.

Pour les patients, cette coopération doit faire l'objet d'un travail en amont. Même si ce nouveau mode d'exercice a pour but une meilleure prise en charge, il est également une atteinte au sacro-saint « colloque singulier » qui unit le médecin à son patient. L'immixtion d'un tiers à ce colloque peut être vécu comme une atteinte au secret médical et, par la même, à son intimité. Parce qu'elles touchent aux identités professionnelles, les coopérations sont peu courues. En effet, un transfert de tâche est vu pour beaucoup comme une véritable amputation, amputation double puisque, eu égard au principe de la rémunération à l'acte, tout transfert d'activité entraîne une perte de revenu pour le déléguant.

Du côté de la profession infirmière, le transfert de tâche ne présente pas davantage de qualités : bien que la coopération ne puisse se faire sans des compétences préalables, aucune formation qualifiante n'est pourtant requise. La formation varie selon les titulaires de l'autorisation et les lieux d'activité. De plus, un risque de paupérisation des tâches de l'infirmier délégué est possible. En effet, la personne titulaire d'un transfert de tâche ne risquerait elle pas de ne travailler que dans le cadre de cette délégation au risque de voir ses activités premières réduites à néant ? Dès lors du fait de l'absence de cadre normalisé de formation et du caractère souvent répétitif des tâches, la majorité des coopérations existantes ne peuvent être considérées comme des pratiques avancées si l'on s'en tient à la définition du CII.

Cependant, il existe des exceptions comme les réseaux de l'association Action de Santé Libérale En Equipe (ASALEE).

³² BOURGUEIL Y., MAREK A. et MOUSQUES J. (2006), Soins primaires : vers une coopération entre médecins et infirmières – L'apport des expériences européennes et canadiennes, IRDES

2.3.2 La mise en place réussie du dispositif « ASALEE »

Il s'agit d'une association, créée en juillet 2005, qui se déploie dans près de 60 implantations dont 5 régions et 10 départements. Elle a fait suite au rapport Berland et à l'expérimentation mise en œuvre dans des cabinets de médecins libéraux avec des infirmières. ASALEE repose sur une organisation pluri-professionnelle de la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques en médecine ambulatoire. Il s'agit d'adjoindre une IDE rémunérée aux médecins volontaires afin d'aider à la prise en charge des maladies chroniques. Le protocole a été validé par l'ARS après avis positif de la HAS.

L'activité de l'infirmière dans l'organisation consiste à :

- Faire des listes éligibles de patients pour leur proposer des consultations de dépistage ou éducation thérapeutique du patient
- Mettre à jour des dossiers et harmoniser les termes médicaux de la plateforme informatique
- Faire des consultations de type Education thérapeutique du patient (ETP) avec des dérogations visant à conférer à l'infirmière la possibilité de prescrire et de réaliser des examens médicaux

Le protocole de coopération ASALEE est un travail en équipe d'infirmiers délégués à la santé populationnelle et de médecins généralistes pour l'amélioration de la qualité des soins et l'allocation optimisée de la disponibilité des « professionnels de santé sur le territoire concerné » Elle fait partie depuis quelques années des initiatives les plus marquantes dans la perspective d'une médecine de parcours.

L'objectif du protocole est d'améliorer le suivi des maladies chroniques par exemple le suivi du patient diabétique de type 2. Il existe trois autres protocoles.

Le système a été expérimenté et a fait l'objet d'une évaluation socio-économique par l'IRDES qui a confirmé l'impact positif sur l'amélioration de la qualité du suivi. Le rapport d'évaluation de juin 2011 va également dans ce sens. Malgré des difficultés rencontrées au niveau financier, mais également dans la mobilisation des acteurs (réticences du corps médical quant à un hypothétique manque à gagner), l'expérimentation ASALEE apparaît concluante et pourrait gagner à voir son statut pérennisé. Il serait aussi souhaitable de généraliser les formations et d'améliorer les liens avec les centres hospitaliers et autres structures sanitaires et médico-sociales. L'expérience pourrait bénéficier d'évolutions plus larges touchant à la formation d'IPA.

3 Malgré des obstacles certains, notamment idéologiques, les pratiques avancées présentent des avantages en termes de qualité de soin

A ce stade de la réflexion, il s'agit d'étudier, en s'appuyant sur les analyses des expériences étrangères et des prémices français, l'opportunité et les freins au développement des PA dans le système de santé français. Le questionnement est double : une promotion des PA est-elle souhaitable en France ; le cas échéant, est-elle envisageable ? La discussion s'appuiera sur les entretiens menés et les dispositifs étudiés.

3.1 Les IDE observent une position ambiguë à propos des PA

Il est clair que les infirmiers sont partagés par rapport à une évolution qui ne concernera pas forcément tous les professionnels. Comme nous l'avons déjà énoncé précédemment, il y a une tension sur la vision de l'évolution du métier avec la crainte d'un éloignement du cœur de métier clinique, d'un appauvrissement de leurs compétences et d'une subordination plus importante au corps médical. En matière de sciences infirmières, nécessaires pour développer les PA, les universitaires sont eux aussi réticents au développement de cette discipline qui s'apparente davantage pour eux à un savoir professionnel.

Les infirmières, du fait de leur positionnement professionnel, semblent les mieux à même d'effectuer les missions d'IPA et de coordonner les parcours complexes de soin. Si les pratiques avancées constituent une opportunité de progression de carrière et d'enrichissement pour des IDE, des problèmes pratiques rendront plus difficile la création de postes d'IPA. D'une part, la position hiérarchiques des IPA ne sera pas claire et risque d'entraîner des confusions. D'autre part, leur rémunération devra être prise en compte dans les grilles salariales et dans le budget des établissements.

3.2 Pourtant, le bilan des PA s'avère positif pour le patient

La présence d'IPA pour coordonner les parcours complexes de soins permettrait une amélioration qualitative de la prise en charge notamment en ce qui concerne la prévention et l'Education Thérapeutique du Patient (ETP). Par exemple, grâce à une harmonisation des pratiques, des ré-hospitalisations pourraient être évitées. La fluidification des parcours facilite le cheminement du patient et le rend acteur de sa prise en charge. De plus, les PA peuvent améliorer l'accompagnement tout au long d'un traitement, comme en témoigne les infirmières interrogées. Cela suppose une réelle démarche d'interdisciplinarité, à condition qu'elle soit un changement profond des mentalités et non un mot qui cache une simple mise en commun de moyens avec des spécialités toujours cloisonnées.

Toutefois, pour les établissements de santé, les PA ne semblent pas présenter un gain financier immédiat (coût de la formation notamment). A moyen terme, la meilleure

allocation des ressources humaines serait susceptible de dégager des marges de manœuvre intéressantes pour les établissements de santé. En termes de financement global du système de santé, la coordination de parcours de soin par des IPA pourrait limiter le nombre d'actes coûteux (ré-hospitalisations, multiplication d'actes, etc).

3.3 Certains blocages rendent la diffusion des PA difficile

Il existe un biais lié à la transposition d'un modèle issu de l'étranger. Des facteurs tels que la culture ou la configuration du système sanitaire et médico-social d'un pays sont susceptibles d'empêcher l'importation d'une pratique. Ainsi, le modèle du Royaume-Uni s'inscrit dans un système où le patient n'a pas de libre choix de son soignant. Comme le prouve l'exemple du Québec, le refus des pratiques avancées par les médecins au niveau individuel mais aussi collectif est un frein majeur pour introduire des PA et intégrer les IPA dans les services. Même si le corps médical ne remet pas en cause les compétences infirmières, il est réticent à déléguer ses tâches médicales entre autre pour éviter une perte de rémunération.

Les PA sont relativement méconnus tant du large public que des décideurs politiques, des personnels administratifs et des professionnels de santé. Le manque d'information s'analyse comme le principal point faible dans la diffusion des PA.

Même si à l'évidence des freins existent, des efforts canalisés permettront de les atténuer et ce faisant de libérer les gisements de progrès que renferment l'implantation des PA. Le premier pas a consisté en la reconnaissance des coopérations qui peuvent s'entendre comme des PA *a minima*.

Pour développer plus avant les PA, les ARS peuvent constituer un appui local, en ce qu'elles sont chargées de promouvoir un décloisonnement entre les champs hospitalier et libéral d'une part, et entre sanitaire et médico-social d'autre part.

4 La création d'un statut d'IPA apparaît indispensable et entraîne des conséquences de l'échelon national à l'échelon local.

Il apparaît opportun d'aborder les éléments conduisant à la création d'un réel statut d'IPA qui pourrait prendre en charge la coordination des parcours complexes de soins. A ce titre, le Conseil International Infirmier recommande de parvenir à un titre d'IPA protégé, passant par la mise en place d'une formation qualifiante, d'une régulation spécifique et d'un accompagnement des professionnels.

Pour aborder ces éléments nous déclinons les différentes échelles que sont le niveau national, avec principalement un travail ministériel, puis le niveau régional où les

Agences Régionales de Santé apparaissent comme un relai majeur, pour arriver au niveau local, cadre d'action concret des acteurs de santé.

4.1 Une mobilisation nationale d'ampleur apparaît nécessaire à la mise en place d'un statut d'IPA

Le niveau national est celui des arbitrages, opérés notamment par le Ministère de la Santé, qui s'il peut mener des actions à court terme, doit également prendre en compte les évolutions de fond touchant la politique de santé en France.

4.1.1 Une démarche impliquant de nombreux acteurs

Notre étude a pu mettre en avant les freins, sur lesquels bute la mise en place d'un statut d'IPA. En conséquence, il semble primordial d'associer en amont du processus un nombre important d'acteurs pour réussir à concrétiser le projet. Les Ordres Nationaux des professions médicales et paramédicales sont particulièrement concernés, leur appui étant impératif à la création d'un nouveau statut et à sa réussite. Les différents syndicats, et associations de professionnels devraient également être associés. Les financeurs, que sont l'Assurance Maladie mais aussi les Conseils Régionaux ont leur place à part entière dans ces discussions. Tandis qu'une Agence comme l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) pourrait apporter un regard bénéfique sur le sujet. Il ne faudrait pas omettre les instituts de formation des Infirmières, mais aussi les universités, qui prendront en charge la formation des futures IPA.

4.1.2 Un véritable statut d'IPA indispensable.

Il est primordial qu'un cadre réglementaire soit mis en place pour permettre aux IPA de jouer leur rôle pleinement.

A très court terme, et dans une perspective transitoire, il apparaît tout d'abord important d'achever la mise en place des coopérations en parvenant à la validation de protocoles nationaux. A court terme, il serait toutefois opportun de créer, en l'intégrant au Code de la santé Publique, un véritable statut pour cette nouvelle fonction. Celui-ci devrait être axé sur un référentiel de compétences, précisant les conditions requises pour l'intégrer notamment des expériences dans les champs médical, sanitaire et social ainsi que la validation d'un diplôme d'IPA de niveau Master 2. Si les volets clinique et pratique sont tous deux concernés, les disciplines cliniques pourraient d'abord être promues, car plus facilement acceptées par la communauté médicale, avant de poursuivre pour aboutir à de véritables IPA, cliniciennes et praticiennes. Cela rejoint également l'évolution de la nomenclature des pratiques infirmières qui devraient passer d'une liste d'actes à une approche par missions.

Ce statut pourrait mettre en avant le fait que les IPA interviennent dans un partage de compétences, et pourrait leur accorder le même type de grille de rémunération que les infirmières spécialisées, en accord avec leur niveau de formation.

4.1.3 La mise en place de formations d'IPA en cohérence avec le statut défini

Le référentiel de compétences devra être traduit par la mise en place de formations à l'image de celles déjà existantes, notamment à l'Université d'Aix-Marseille. Elles auront pour but de spécialiser les IDE pour qu'elles puissent prendre des fonctions d'IPA, en alternant formation théorique forte en science infirmière, et renforcement des expériences. A un tronc commun en Master 1 pourrait succéder des spécialisations en Master 2, intégrant la coordination des parcours complexes de soins.

Les ministères de l'Enseignement Supérieur et de la Santé devront coopérer afin d'aboutir à des directives garantissant une formation adéquate des IPA intégrant notamment des praticiens du corps médical. A ce titre, la création de départements universitaires de recherche en science infirmière pourrait être promue.

De façon plus générale, un apprentissage autour de ces évolutions devrait être proposé dans les différentes formations médicales et paramédicales.

4.1.4 Une intégration marquée des IPA dans la politique de santé

Le statut créé, et les formations mises en place, les IPA pourraient être un relai efficace dans les Plans nationaux de santé publique, intervenant dans un rôle de coordonnateur, comme nous l'avons décrit. Plus loin, une nouvelle Pratique Exigible Prioritaire axée autour de la Coordination des parcours complexes de soins, nécessaire à la certification d'un établissement pourrait être créée et imposerait la présence d'une IPA.

Dans une optique plus tournée vers l'Assurance Maladie, et son financement, le non-respect d'un parcours de soins défini par une IPA pourrait être sanctionné par des pénalités en termes de remboursement, afin d'agir plus activement encore sur les flux de patients.

4.1.5 Ces préconisations s'intègrent dans des évolutions majeures à plus long terme touchant le système médical français

En touchant à la répartition des compétences entre les différents professionnels de santé, la création du statut des IPA met en lumière le besoin de faire aboutir la mise en place d'un dossier médical partagé qui améliorerait la qualité de la prise en charge.

Comme cela a été discuté, le mode de rémunération de certaines professions médicales à l'acte peut être critiqué lorsqu'est abordée la création des IPA. En ce sens, une évolution vers une rémunération au forfait, voire à la salarisation est à nouveau mise en avant.

La hiérarchie médicale devrait également être touchée, l'infirmière se dégageant partiellement de la soumission aux médecins, ce qui pourrait être renforcé par la progression de la recherche infirmière et du nombre de doctorants.

4.2 Les ARS pourraient jouer un rôle de relai et de coordination au niveau régional dans la mise en place des IPA

4.2.1 Une expérimentation auprès de différentes régions pourrait être bénéfique

Les ARS pourraient jouer un rôle dans une expérimentation de la mise en place du statut d'IPA. Cette expérimentation permettrait d'en valider le contenu, mais aussi de valider les procédures de financement ou de rattachement.

4.2.2 Des ARS coordonnant une mise en place des IPA intégrée au Projet Régional de Santé (PRS)

Par leur approche transversale des différents champs médical, sanitaire et social, les ARS sont à même de coordonner la mise en place des IPA, notamment pour celles intervenant sur la coordination des parcours complexes des soins. Le PRS pourrait permettre aux ARS de jouer par l'intermédiaire de la planification, sur la répartition des IPA sur le territoire, en tenant compte notamment de l'état de santé de la population mais aussi de la démographie médicale. Pour ces missions, un référent au sein des ARS sur les questions touchant aux IPA devrait être instauré.

4.2.3 Les ARS pourraient participer au financement des postes d'IPA

Si les modalités de financement peuvent être multiples, les ARS pourraient y participer, voire même prendre en charge en propre des postes d'IPA. Le Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) pourrait abonder ces crédits compte tenu du rôle de coordonnateur des parcours complexes de soins que peuvent jouer les IPA.

4.3 Les modalités de mise en place des IPA au niveau local peuvent être multiples mais rappellent l'importance de la coopération

4.3.1 Les IPA peuvent s'intégrer à l'offre de soins selon des modalités variées

Les IPA peuvent être amenées à intervenir dans des champs variés ce qui met en avant la diversité des modalités de création de ces postes. Pour le cas plus précis étudié ici, touchant à la coordination des parcours complexes de soins, les IPA pourraient trouver leur place au sein d'un Centre Hospitalier, d'un EHPAD ou d'une maison de santé. Toutefois, pour accroître leurs compétences et leurs modalités d'action elles pourraient également s'organiser sous forme d'équipe mobile, rattachée à une association, ou directement à l'ARS.

4.3.2 Le rôle des IPA intervenant sur la coordination des parcours complexes des soins rappelle l'importance des coopérations entre les différents acteurs de santé

Les IPA intervenant sur la coordination des parcours complexes de soins, impliquant par exemple des passages au sein de différents établissements, mettent en lumière l'importance de la coopération entre les établissements de santé, mais aussi avec les professionnels en ville. Cette nouvelle fonction pourrait bénéficier d'un approfondissement de ces coopérations tout en les favorisant.

4.3.3 A l'échelle d'un établissement, la mise en place des IPA implique un suivi

Dans le cas d'IPA rattachées à un établissement, celui-ci devra jouer un rôle particulier quant à la formation notamment. Il pourrait en effet chercher à favoriser les candidatures chez les IDE, financer leur formation et assurer leur intégration. Cela pourrait être traduit dans le Plan de formation et dans le Projet d'établissement. L'appui de l'établissement semble particulièrement important dans ce cadre pour veiller à ce que les IPA puissent trouver une place leur permettant de déployer leurs compétences.

Dans un axe plus opérationnel, un travail de définition des critères d'inclusion pour le travail des IPA, et de balisage de leur activité est indispensable.

4.4 Projet d'expérimentation locale d'une coordination de parcours complexe, appliquée au secteur psychiatrique dans la région Midi-Pyrénées

4.4.1 Les difficultés de coordination en psychiatrie

Les patients atteints de pathologie mentale nécessitent des soins de longue durée et des prise en charge diversifiées, tantôt hospitaliers, tantôt ambulatoires, ou relevant du secteur médico-social. Cela aboutit à définir des « trajectoires de soins » pour un patient, plus ou moins brèves, et où les réponses en termes d'organisation structurelle ne sont pas homogènes d'un établissement à l'autre, voire d'un secteur de psychiatrie à l'autre. De plus, depuis 1986, différentes alternatives possibles à l'hospitalisation sont prônées, qui permettent de répondre aux besoins du patient et de sortir de la dynamique « d'enfermement » longtemps à l'œuvre dans le secteur psychiatrique. En outre, la maladie psychique met bien souvent la personne en situation de vulnérabilité. Les patients connaissent des problèmes de santé et des problèmes sociaux imbriqués, à la fois causes et conséquences des troubles. Cela contribue à créer des trajectoires chaotiques, qu'il est essentiel de coordonner.

Ainsi, le plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015³³, élaboré en concertation avec l'ensemble des acteurs intervenant dans les politiques de santé mentale, se décline selon 4 axes stratégiques, que sont la prévention et la réductions des ruptures au cours de la vie de la personne, selon les publics et les territoires, entre la psychiatrie et son environnement sociétal et entre les savoirs. La mise en place d'une coordination des parcours de patients relevant de la psychiatrie correspond ainsi tout à fait aux objectifs du plan.

4.4.2 Un accès aux soins difficile en région Midi-Pyrénées

La région Midi-Pyrénées est la plus grande région de France. Elle présente des disparités territoriales riches pour l'analyse comme pour la mise en place comparée de dispositifs expérimentaux.

Par ailleurs, l'ARS de Midi-Pyrénées a réalisé en 2011 un Diagnostic partagé sur la santé en Midi-Pyrénées, dont un volet spécifique consacré à la santé mentale³⁴. Les besoins de soins potentiels en psychiatrie y sont estimés à près de 165 000 personnes (données 2007), dont 6 857 patients atteints de schizophrénie. Ceux-ci présentent des spécificités de prise en charge en lien avec des risques de non observance des traitements et de difficultés d'insertion dans le milieu ordinaire. On constate en outre des inégalités territoriales très fortes. Ainsi, l'offre est encore fortement cloisonnée entre les secteurs sanitaire, social et médico-social. De plus, les médecins généralistes du premier recours, adressent peu leurs patients vers leurs confrères spécialistes et les psychologues.

En termes de densité de psychiatres libéraux, la Haute Garonne a un taux élevé (1,75 pour 10 000 habitants) tandis que les départements de l'Aveyron, de l'Ariège, du Tarn et Garonne et du Lot présentent une très faible densité (entre 0,29 et 0,47). De même pour les psychologues, avec une Haute-Garonne encore bien dotée (3,12 pour 10 000 habitants soit 73% des professionnels de la région) contre, à l'extrême, un Aveyron assez dépourvu (0,69), suivi des Hautes-Pyrénées (1,01). Enfin, la démographie médicale est préoccupante, 50 % des psychiatres ayant plus de 55 ans et 29 % plus de 60 ans. Par ailleurs, l'alternative à l'hospitalisation complète est insuffisamment développée en psychiatrie adulte (le rapport entre les places d'hospitalisation partielle et les lits d'hospitalisation complète est inférieur à la moyenne nationale : 29 % contre 32 %). En ce qui concerne l'équipement, les lits d'hospitalisation complète en psychiatrie adulte sont inégalement répartis, les Hautes-Pyrénées ayant un taux particulièrement élevé (1,95 pour 10 000 habitants) du fait de l'Histoire, avec l'essor au XIXe siècle des cures thermales comme dispositif « curatifs » des pathologies mentales. La Haute-Garonne

³³ Source : Ministère de la Santé

³⁴ http://www.ars-midipyrenees.fr/prs/2/PRS_DIAGNOSTIC_C2P1_PARCOURS_SANTE%20MENTALE_112011.pdf

arrive en 2ème position (1,54), l'Ariège est le département le moins bien doté (0,82). En outre, les lieux d'hospitalisation sont souvent éloignés des centres de vie (St Girons en Ariège, Lannemezan en Hautes-Pyrénées, Leyme dans le Lot).

Enfin, il existe des délais d'attente importants, entre la sortie d'hospitalisation et l'admission dans des structures de réinsertion, qui induisent le maintien en hospitalisation complète.

4.4.3 Les raisons de la recherche d'une coordination

La légitimité d'une coordination se justifie au regard des manques et incohérences existants dans la région. On peut notamment citer le cas des Centres Médico-Psychologiques dont les missions et localisations sont insuffisamment identifiées tant par les professionnels que par les usagers. Ils présentent également des difficultés en termes d'accessibilité : des délais de rendez-vous trop longs (1 à 3 mois pour un rdv avec un psychiatre) et des plages d'ouverture des cabinets inadaptées aux besoins. Signalons que ces défauts d'accessibilité de l'offre du premier recours entraînent des passages injustifiés aux urgences hospitalières.

Par ailleurs, et malgré certaines évolutions, des difficultés persistent dans l'accompagnement du patient. Ainsi, l'aménagement des sorties pour assurer le suivi des patients dans leur milieu de vie est insuffisant, notamment dans le suivi des patients admis en structures médico-sociales ou sociales après une hospitalisation.

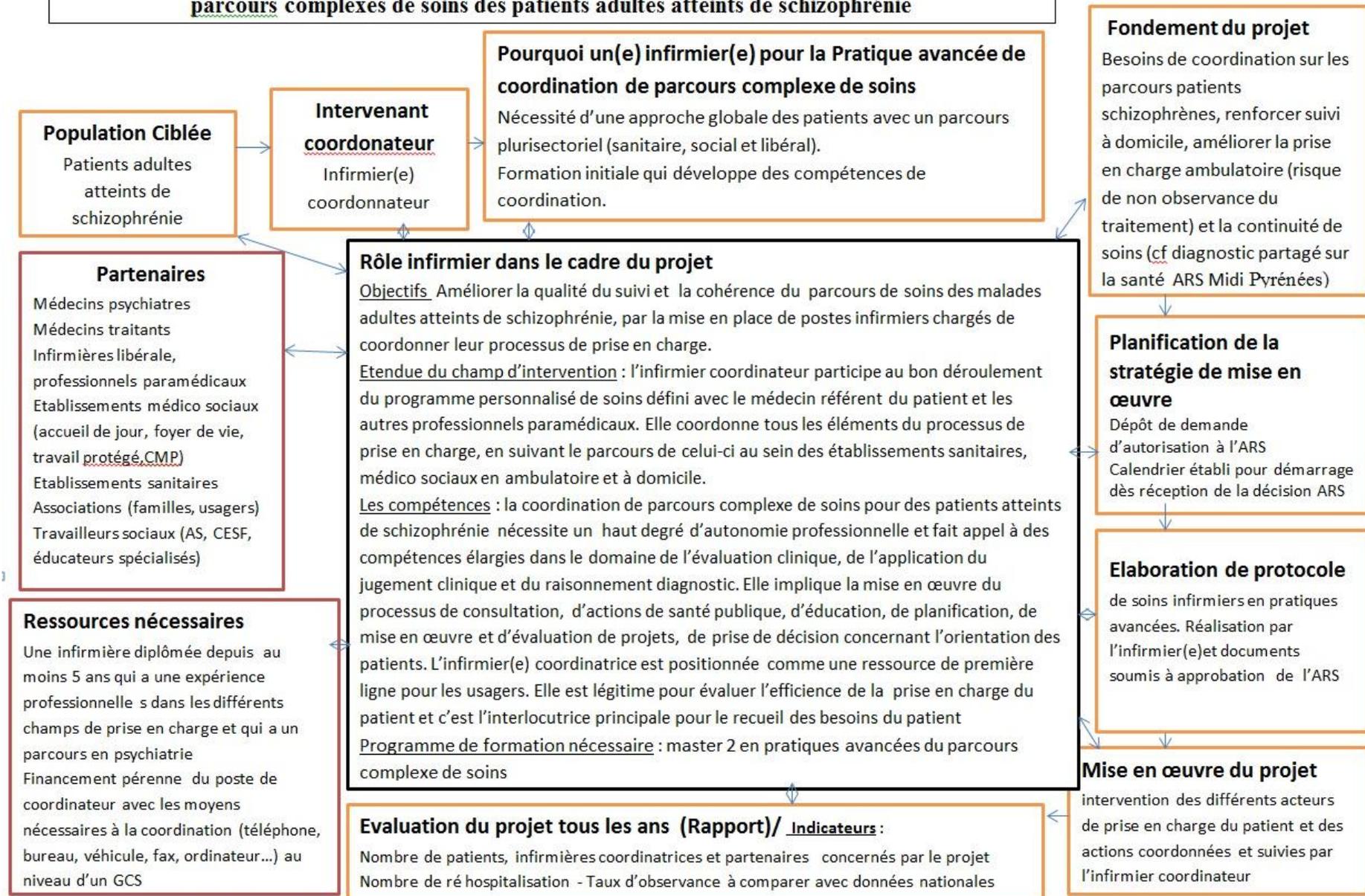
Enfin, et surtout, les problématiques de communication, de coordination des prises en charge et de gestion de crise se traduisent par un refus parfois systématique d'accueillir dans le médico-social des patients handicapés psychiques. Cela aboutit à des allers/retours entre hospitalisation et accueil médico-social trop fréquents, lors de décompensations notamment, dommageables pour le patient et qui peuvent être prévenues par un accompagnement adapté.

Il est ici nécessaire de souligner que des hospitalisations à répétition, outre leur impact négatif sur le patient et sa pathologie, représentent un coût financier important pour les structures d'accueil, souvent débordées.

4.4.4 Le projet

Au regard de ce contexte, le directeur du Centre Hospitalier référent pour la psychiatrie en Ariège présente à l'ARS un projet d'expérimentation locale d'une coordination de parcours complexe, appliquée au secteur psychiatrique dans la région Midi-Pyrénées. Les grandes lignes sont présentées dans le schéma suivant.

Projet Midi-Pyrénées : l'infirmier(e) en pratique avancée pour la coordination de parcours complexes de soins des patients adultes atteints de schizophrénie



Source: Briant lukosius D, Dicenso A (2004) A framework for the introduction of the advanced practice nursing roles. *Journal of advanced Nursing* 530-540

5 Conclusion

Sur le territoire français, depuis les années 2000, plusieurs études ont examiné la possibilité de nouvelles coopérations entre professionnels au regard notamment de l'évolution des besoins de la population et de la démographie médicale. Le législateur a souhaité entériner ces évolutions dans la loi HPST en 2009 avec une définition du cadre légal de ces coopérations. Aujourd'hui, les ARS portent un axe stratégique de décloisonnement des secteurs du système de santé, elles poussent les professionnels à développer des coopérations, des collaborations autour des parcours des patients, notamment pour ceux atteints de pathologies chroniques ou de polyopathologies. Les pratiques avancées sont aujourd'hui inscrites dans ces réflexions autour des besoins spécifiques des populations.

Si en France, cette question reste encore peu explorée, les études des expérimentations à l'étranger, et les entretiens menés auprès de professionnels nous ont montré que l'infirmière était un acteur légitime dans le développement de pratiques avancées au niveau de la coordination des parcours complexes de soin. Notre travail montre en effet que les expertises développées par ce corps professionnel sont une assise favorable à un élargissement de leur champ de pratique et à leur vision globale des besoins des patients.

Même si aujourd'hui des freins persistent à des évolutions structurelles des contours de la profession infirmière, notre recherche nous aura conduits à envisager les pratiques avancées comme une perspective bénéfique au développement de la transdisciplinarité dans la coordination des trajectoires des patients. Il paraît cependant essentiel de promouvoir cette approche à deux conditions, une prise de conscience des médecins de la plus-value potentielle des infirmier(e)s dans des champs de la clinique et de la coordination des soins des patients ; une inscription des "pratiques avancées" dans une logique de formation harmonisée et nationale, avec une reconnaissance statutaire associée.

Bibliographie

Textes Législatifs et Réglementaires :

- Code civil
- Code de la Santé Publique
- Code Pénal
- Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique
- Décret n°71-388 du 21 mai 1971 portant création d'un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier de salle d'opération.
- Décret n°91-1281 du 17 décembre 1991
- Arrêté du 6 janvier 1962 fixant liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant être pratiqués également par des auxiliaires médicaux ou par des directeurs de laboratoires d'analyses médicales non médecins

Ouvrages :

- M. et G. LAFORTUNE, 2010, « Les pratiques infirmières avancées : Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés », éditions OCDE.

Articles :

- C. PETITQUEUX-GLASER, 2009, Le case management, accompagnement des patients et continuité des soins, EM consulte
- C.DEBOUT, 2011, « Pratiques avancées en soins infirmiers, l'exemple américain », Soins psychiatrie, n°277, nov./dec. 2011
- Centre d'Analyse Stratégique, 2011, Quelles opportunités pour l'offre de soins de demain ? Les coopérations entre professionnels de santé, Note d'analyse (Questions Sociales), numéro 254, décembre 2011, p. 9
- Conseil International des Infirmiers, 2002, La pratique avancée en soins infirmiers : définition du CII, réseau de pratique avancée
- S. WARBET, 2011, « Entretien avec Christophe Debout, enseignant chercheur à l'EHESP- Les pratiques avancées infirmières contribuent à la construction d'une stratégie interdisciplinaire », La revue de l'infirmière, EM Consulte
- Y. OUHARZOUNE, 2010, « Les principes des coopérations va profondément

changer notre système de santé à l'avenir », EM Consulte

Rapports :

- BOURGUEIL., 2006, « Soins primaires : vers une coopération entre médecins et infirmières – L'apport des expériences européennes et canadiennes », IRDES
- C. EVIN, 2007, Les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé : les aspects juridiques, HAS
- Collège de la Haute Autorité de santé, 2008, « Délégation, transferts, nouveaux métiers...Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? », HAS
- DREES, 2011, « L'état de santé de la population en France »
- I. BERLAND, 2002, Mission « Démographie des professions de santé »
- I. BERLAND, 2003, Rapport « Transfert de Compétences »
- L. HENART, I. BERLAND, D. CADET, 2011, « Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire »

Sites Internet :

- www.insee.fr
- www.ars-midipyrenees.fr

Liste des annexes

ANNEXE 1 – Méthodologie

ANNEXE 2 – Grille d’entretien

ANNEXE 3 – Liste des personnes rencontrées dans le cadre de l’enquête

ANNEXE 4 – Résumé des informations recueillies lors des entretiens

ANNEXE 5 – Expériences en pratiques avancées infirmières à l’étranger

ANNEXE 1 - Méthodologie

Nous avons défini les termes du sujet et les limites de notre travail en nous appuyant sur le dossier qui nous a été fourni, nos recherches et connaissances personnelles. Cela nous a permis de définir notre grille d'entretien (cf. Annexe 2), de choisir les contacts que nous souhaitions prendre et de déterminer la nature de préconisation que nous souhaitions proposer. Afin de rendre le travail plus concret, nous avons choisi de faire des préconisations du national jusqu'au local, à partir d'un exemple spécifique.

Nous avons utilisé les documents fournis, les différents rapports nationaux et internationaux pour découvrir les dispositifs étrangers (cf. Annexe 4) et identifié des expériences françaises intéressantes. Nous nous sommes appuyés sur un partage individuel du travail.

La recherche s'est faite sous forme d'entretiens qualitatifs (cf. Annexe 3) et visait à comprendre la mise en place et les mesures concrètes prises sur le terrain. L'analyse de ces entretiens s'est faite grâce aux thèmes définis dans notre questionnaire. Nous avons mis nos connaissances en commun afin d'en tirer des préconisations et une réflexion pour rédiger le rapport.

ANNEXE 2 – Grille d’entretien

Personne Rencontrée = NOM, Prénom, Fonction, Organisme :

- Quel est votre parcours professionnel (statut, CV, mode de rémunération...) ? :
- Quelles sont vos motivations ?
- Quelles sont vos pratiques ?
- Quelles sont vos attentes ?
- Quel est votre avis sur la formation reçue en PA ?
- Quels sont selon vous les bénéfices constatés pour le patient ?
- ... pour les professionnels ?
- ... pour la structure... ?

Les pratiques avancées

- Que pensez-vous de l'évolution des métiers de santé des infirmiers ?
- qu'est-ce qui empêche/freine le développement des PA en France ?
- Qu'est ce qui pourrait favoriser le développement des PA ?
- quel rapport identifiez-vous entre les PA et les coopérations (au sens HPST) ?
- est-ce que vous connaissez des exemples étrangers qui peuvent nous intéresser ?

La coordination de parcours complexes

- Comment définiriez-vous un parcours complexe de soins ?
- Quel pourrait être le rôle d'une infirmière coordinatrice ? Est-ce une nouvelle compétence / un nouveau métier ?
- Quelle est la légitimité pour une infirmière d'assumer ce nouveau rôle de coordonnateur de parcours complexe de soins ?
- A quels problèmes cette Infirmière coordinatrice pourrait-elle être confrontée ?
- Quels problèmes ce rôle pourrait-il impliquer ?
- Quel serait son statut / à quoi serait elle rattachée ?
- Quel rôle pour les ARS, notamment au regard de la coordination des parcours ? (Décloisonnement...) ?
- Au sein d'un établissement : quel rôle et quels acteurs ? Ex : demande formulée par la direction (de la qualité ?) ou remontée par les équipes...?

ANNEXE 3 – Liste des personnes rencontrées dans le cadre de l'enquête

Filière	NOM-PRENOM	DATE	Personne rencontrée
DS	CONSTANT Nelly	04/05/12	Conseiller technique en organisation des soins – ARS
DS	CONSTANT Nelly	07/05/12	Médecin spécialiste en médecine générale
IASS	GUIBARD Bénédicte	07/05/12	Infirmière et professeure adjointe, faculté des sciences infirmières, université de Laval, Québec
D3S	FLUCK Guillaume	09/05/12	Infirmière de coordination en oncologie au CHU Bicêtre
D3S	FLUCK Guillaume	09/05/12	Infirmière en PA à l'AP-HP, Charles Foix
IES	GOUEDO Fabrice	10/05/12	Infirmière en équipe mobile de soins palliatifs, étudiante en Master 2 de pratiques avancées (parcours complexes de soins)
IES	GOUEDO Fabrice	10/05/12	Infirmière chef de service de Chirurgie plastique et reconstruction dans un CHU en Suisse, étudiante en Master 2 de pratiques avancées (parcours complexes de soins)
IES	GOUEDO Fabrice	10/05/12	Enseignant chercheur en sciences de l'éducation à l'Université d'Aix-Marseille
DS	CONSTANT Nelly	10/05/12	Infirmière chef au CHU Vaudois de LAUSANNE – Hôpital de l'enfance
DS	CONSTANT Nelly	10/05/12	Infirmière praticienne au CHU Vaudois de LAUSANNE
DS	CONSTANT Nelly	10/05/12	Infirmière clinicienne au CHU Vaudois de LAUSANNE
DS	CONSTANT Nelly	11/05/12	Infirmière salariée d'ASALEE

ANNEXE 4 – Informations recueillies lors des entretiens

Conseiller technique en organisation des soins – ARS

Motivations / Attraits pour inscription dans le processus ASALEE : développer une offre de soins adaptée ; répondre aux besoins de la population âgée ; rechercher d'efficacité.

Pratiques avancées - Atouts et opportunités : permettre un recentrage sur la qualité de vie du patient ; recentrer l'activité du médecin sur le diagnostic ; reconnaître les compétences des IDE par les médecins ; réduire des (ré)hospitalisations.

Pratiques avancées - Exigences et freins : financement des IDE non adapté (différents fonds sollicités) ; inquiétude de la perte d'activité du médecin et de l'aspect économique consécutif ; formation disparate et insuffisante sur l'ensemble du territoire (motif du 1^{er} rejet protocole de coopération par l'ARS) ; difficulté pour faire ressortir les actes et les activités dérogatoires de l'IDE.

Pratiques avancées – Préconisations : faire évoluer la nomenclature des actes IDE ; créer une formation complémentaire pour les IDE ; finaliser le protocole de coopération en cours (avis positif de l'HAS, reste décision de l'ARS concernée) ; généraliser l'outil informatique créé.

Parcours complexes de soins : non existence de lien avec le secteur sanitaire si ce n'est les consultations des spécialistes et la réduction des hospitalisations.

Médecin spécialiste en médecine générale

Motivations / Attraits pour inscription dans le processus ASALEE : découverte du dispositif de soins au Québec lors d'un stage (groupe de médecin de famille, consultation infirmière,...) ; souhait de le déployer en France ; être « novateur ».

Pratiques avancées - Atouts et opportunités : permettre de pallier à un manque de médecin dans certains secteurs ; intérêt des jeunes médecins pour des regroupements et des collaborations ; complémentarité avec l'infirmière : le patient aborde plus facilement des éléments avec l'IDE plutôt qu'avec le médecin ; polyvalence de la formation initiale des IDE avec des pluri-compétences : sciences humaines, prévention et éducation à la santé ; amélioration de la cohérence entre les professionnels ; intérêt des infirmières pour ce mode d'exercice : autonomie, appétence ; appui de l'assurance maladie (diffusion d'article) et de l'ARS ; satisfaction de la clientèle ; faciliter la formation des infirmières avec l'inscription dans des formations médicales continues.

Pratiques avancées - Exigences et freins : développer une autre pratique : être rigoureux dans la gestion des examens ; expliquer les changements aux patients ; organiser des temps de rencontres formalisés ; acquérir du matériel pour prêt au patient (exemple : tensiomètre) ; accepter qu'une partie de l'acte médical soit confiée à un autre

professionnel ; Peur d'avoir moins d'actes et donc perte financière pour le médecin ; aspect concurrentiel parfois perçu ; recrutement et rémunération de l'IDE sur un accord annuel (risque d'être non pérenne).

Pratiques avancées – Préconisations : envisager une rémunération au forfait et non à l'acte pour le médecin ; proposer des parcours professionnels aux IDE (plan de carrière) : secteur hospitalier et secteur libéral avant de développer une expertise dans l'éducation thérapeutique ; élaborer un protocole de coopération pour les actes et activités ; développer la notion de travail en équipe dans la formation initiale des médecins ; communiquer efficacement auprès des collègues médecins pour une meilleure compréhension des enjeux et des avantages de ce fonctionnement ; être acteur au sein des instituts de formation en soins infirmiers (membre du conseil pédagogique, intervenant,...).

Parcours complexes de soins : développer le partenariat est nécessaire ; nécessite que l'hôpital fonctionne autrement car : non réelle collaboration et tendance à s'approprier les patients : Etre « vorace ».

Infirmière salariée d'ASALEE

Motivations / Attraits pour inscription dans le processus ASALEE : souhait de développer d'autres compétences et favoriser celle en lien avec les aspects relationnel, préventif et éducatif ; évolution du métier IDE et une réelle reconnaissance.

Pratiques avancées Atouts et opportunités : complémentarité avec le médecin ; proposition du suivi IDE par le médecin auprès du patient. Le choix est ensuite laissé au patient ; satisfaction des patients en terme de contenu, de temps consacré (durée des suivis de 45 mn à 1 h 00) ; pertinence des formations suivies (centralisées au niveau national).

Pratiques avancées - Exigences et freins : poste dépendant des négociations annuelles de l'association ; temps de débriefing non rémunéré pour les médecins ; aspect financier est le principal frein ; expérimentation en place depuis 2004, validation des protocoles de coopération très attendue.

Pratiques avancées – Préconisations : envisager une rémunération sur des actes ou des forfaits pour IDE et les médecins ; clarifier dans les protocoles de collaboration les actes et activités dérogatoires de l'IDE ; élargir cette activité dans la région, devenir régional des formations.

Parcours complexes de soins : limitation de la prise en charge du patient au sein de la maison de santé avec comme partenaire les médecins et l'IDE ; pas de collaboration avec les structures sanitaires ; développement des pôles de santé semblant être des opportunités pour les échanges pluri-professionnels.

**Infirmière et professeure adjointe, faculté des sciences infirmières, université de
Laval, Québec**

La province d'exercice est le Québec et l'administration sanitaire dépendant des provinces, le système décrit ci-après est celui du Québec.

Pertinence des pratiques avancées en soins infirmiers : Les pratiques avancées sont pertinentes du fait des besoins de la population. En effet, les problèmes de santé sont plus complexes, un suivi des maladies chroniques est nécessaire, ce besoin étant renforcé par le vieillissement de la population. En outre, les besoins en prévention et en promotion sont plus importants. Or, les études prouvent que les infirmières de pratiques avancées peuvent développer une expertise spécifique dans ces domaines grâce à leur vision plus large de la santé qui intègre une approche globale en termes de prévention, promotion de la santé.

Les différents types d'Infirmières en Pratiques Avancées (IPA) : il existe deux types d'IPA au Québec : les Infirmières Praticiennes Spécialisées (IPS) et les Infirmières Cliniciennes Spécialisées (ICS). Les fonctions des premières sont légalement définies, le déploiement de ces IPS est récent. Il existe quatre spécialités : néonatalogie, néphrologie, cardiologie et Soins de Premiers Recours. Pour ces derniers, la mise en place a été facile tandis que le déploiement des IPS de spécialités plus aigües est plus difficile du fait du peu de postes ouverts par le gouvernement.

Les ICS exercent depuis longtemps, doivent avoir une formation de second cycle universitaire et prouver une expérience clinique. Ce métier n'est pas défini légalement contrairement aux autres professions de santé et du social. Dès lors, peu de postes sont financés. En outre, il est plus difficile de démontrer la pertinence des pratiques ICS. Il existe un écart entre les pratiques en milieu francophone et en milieu anglophone. En milieu anglophone, la réalité correspond assez bien au modèle théorique et les ICS ont des fonctions cliniques imbriquées avec un leadership organisationnel. Dans les milieux francophones, elles ont souvent peu de tâches liées aux soins et sont mobilisées pour des fonctions stratégiques, des développements cliniques, elles forment aussi d'autres infirmières. Elles n'exercent pas de fonction de management quotidien. Un des risques est alors de perdre sa légitimité en tant que soignante puisque les ICS n'exercent que très peu.

Les freins et les appuis pour le développement des IPA : Les autorités publiques ont une faible connaissance de ces professions et les fédérations de médecins sont plutôt hostiles. À l'inverse, les spécialités médicales concernées ne sont pas hostiles au déploiement des IPA mais plutôt demandeuses.

Pour développer plus avant ces pratiques avancées, l'infirmière interviewée propose de s'appuyer sur une meilleure médiatisation de leurs rôles potentiels. En effet, le grand public et les personnels politiques ne semblent pas connaître ses possibilités et n'identifieraient pas les différents types d'infirmières. Seule les IPS sont reconnues comme

étant susceptibles de prescrire mais leur capacité de recherche et la pertinence démontrée de leurs décisions cliniques ne seraient pas identifiées. En ce qui concerne les ICS, les postes gagneraient à être mieux définis. Les demandeurs doivent être à la fois l'ordre infirmier qui exerce un lobbying, le gouvernement auquel le premier doit faire connaître et reconnaître l'intérêt de l'emploi des IPA. En outre, une alliance locale et syndicale doit être entretenue avec les médecins et particulièrement avec les spécialistes pour préparer la bonne collaboration notamment pour les IPS. En effet, rien ne se fait sans l'accord des médecins qui représentent un puissant lobby. Ainsi, les spécialités d'IPS ont été créées dans les spécialités pour lesquelles les médecins étaient demandeurs.

Il n'y aurait pas de concurrence avec des professions intermédiaires et les pratiques avancées ne concerneraient que les infirmières, les autres professions sanitaires et sociales ne pouvant exercer qu'au niveau master.

Les conditions de création de poste d'IPA : Le nombre et la géographie des IPS sont décidés en fonction d'indicateurs par rapport aux besoins médicaux de la population. Leur nombre est légalement lié au nombre de médecin par un indice. Il est regrettable que l'utilité de leur champ de compétence en soins infirmiers ne soit pas reconnue en tant que tel. Les ICS ne sont pas reconnues dans les conventions collectives et ne figurent pas dans les échelles salariales. Les postes sont donc créés par les directeurs de soins infirmiers et assimilés à des postes de cadres cliniciens qui doivent être financés.

La légitimité des IPA en exercice : Les IPS sont toujours associées à un médecin et trouvent une légitimité quand elles mettent en avant leur apport, à savoir leurs compétences en soins infirmiers et non en soins médicaux. Cela se passe globalement bien. Les ICS gagnent en crédibilité grâce à leurs connaissances. S'il y a parfois des résistances médicales, les résistances les plus fortes viennent des infirmières dites généralistes qui mettent en avant leur éloignement de la pratique professionnelle pour douter de leur légitimité comme le montrent les quelques études sur ces questions.

La formation des IPA : Les programmes de formation des IPS sont très cadrés et similaires puisque les étudiants doivent réussir un examen à la sortie pour pouvoir exercer. Les compétences à atteindre sont donc claires. En ce qui concernent les ICS, les programmes de formation sont très variables et peuvent être différents en fonction des projets professionnels. Ainsi, certaines réalisent un mémoire de recherche, d'autres des essais cliniques et des stages, d'autres enfin acquièrent des compétences « clinico-administratives ».

Des formations autour de la prévention et du contrôle des infections d'une part et dans le domaine de la santé mentale d'autres part sont en cours de création et permettront d'avoir des connaissances cliniques avancées dans ces domaines.

La coordination des parcours de soins au Québec : La notion de continuum de soins qui désigne le parcours du patient entre les différentes structures se rapproche de celle de

parcours de soins. Du fait du faible nombre d'IPA au Québec (1.5% de la population infirmière), ce sont des infirmières généralistes qui occupent ses fonctions. Les IPS peuvent y contribuer car elles assurent le suivi de patients atteints de pathologies chroniques. Les ICS participent à la réflexion en amont sur la conception de l'organisation à créer en tant qu'experte de l'organisation des soins et ce principalement depuis des structures de soins aiguës.

Infirmière en équipe mobile de soins palliatifs, étudiante en Master 2 de pratiques avancées (parcours complexes de soins)

Parcours professionnel : Elle a démarré en soins intensifs pendant 2 ans, puis 12 ans en chirurgie digestive (formation stomatothérapeute) et générale, 2 ans en équipe mobile douleurs (formation clinicienne), 6 ans en soins palliatifs en HAD (D.U.), 5 ans sur le poste actuel. Par ailleurs, elle donne depuis longtemps des cours en IFSI

Motivations : Début 90, lors de sa formation clinicienne, les enseignants étrangers ont présenté des expériences de PA et elle a été attirée par la conception clinique de ces PA. En outre, l'arrivée des étudiants de l'IFSI en équivalent licence nécessite qu'elle remonte son niveau d'études pour garantir une crédibilité face à ses collègues qu'elle peut être amenée à coordonner, conseiller, former... Enfin, depuis 3 ans, elle recherchait un moyen de passer à un degré supérieur dans sa pratique et le master lui en ouvre la voie. Elle souhaite rester dans le domaine clinicien bien qu'elle ne trouve pas incompatible une mixité avec le rôle d'infirmière praticienne.

Expérience en Pratiques avancées : Lors de son stage de clinicienne, elle a animé des réunions cliniques de même qu'en HAD, où elle a aussi supervisé ses collègues, les a formés, a assuré un tutorat.

Attentes en PA : L'hôpital paye toute la formation y compris pour le M2 les déplacements, la restauration et le logement, sans contrepartie demandée à priori. Elle considère avoir un devoir moral envers l'hôpital et se prépare à proposer des projets s'il ne va pas au-devant de ses attentes. Elle voudrait développer des outils facilitant les chemins cliniques, l'accompagnement des patients dans leur parcours et travailler au sein de son pôle en pluridisciplinarité, être un recours pour ses collègues. Elle a rencontré une ancienne étudiante de M2 qui, un an après, n'a toujours pas pu développer de projet de coordination ou de PA au sein de son établissement. Elle craint de vivre la même chose si elle ne parvient pas à convaincre ses collègues de s'engager dans cette voie.

Formation en PA : Le M1, géré par l'EHESP, l'a replongée dans le cœur des pratiques infirmières, les enseignants étaient intéressants, impliqués dans l'organisationnel, à leur écoute. Le M2, géré par l'université de Marseille, la déçoit beaucoup du fait de l'absence d'implication et d'écoute des enseignants, l'impossibilité de faire des stages pratiques en dehors de la région de Marseille. Malgré tout, les matières enseignées lui ont permis de

mieux se fixer sur la fonction de PA, la gestion de la qualité des soins, le chemin clinique, le rôle de la coordinatrice des parcours complexes de soins. Elle regrette cependant de ne pouvoir faire d'évaluation sur ses stages.

Bénéfices constatés/envisagés pour le patient : Une meilleure fluidité dans son parcours de soins qui subit beaucoup d'à-coups, un meilleur accompagnement, une qualité des soins harmonisés entre eux, un meilleur rétablissement et si possible un retour au domicile.

Bénéfices constatés/envisagés pour les professionnels : Les inciter à réfléchir constamment sur les parcours, les soins adaptés aux patients, impulser des réunions et groupes de réflexion commune entre les infirmiers et les aides-soignants.

Bénéfices constatés/envisagés pour la structure : Des économies financières notamment en soignant mieux et en ramenant au plus tôt le patient à domicile, tout en respectant mieux la T2A sans dépassements sur-tarifés. La présence d'infirmiers diplômés de master en PA peut aider à garantir une certification sur la qualité des soins.

Evolution des métiers de santé des infirmiers : Il existe de grandes perspectives pour les infirmiers, d'autres voies que celles abordées classiquement (cadre, spécialité clinicienne...).

Facteurs freinant le développement des PA en France : Les infirmiers eux-mêmes qui n'en comprennent pas l'intérêt (y compris au sein de certains syndicats), des cadres et des médecins qui craignent de perdre une partie de leur rôle par manque de connaissance de la complémentarité de chacun,

Facteurs favorisant le développement des PA : Communiquer au sein du corps infirmier notamment via le conseil de l'ordre des infirmiers sur l'exemple des pays étrangers, apporter la preuve d'un gain économique, convaincre sur l'intérêt dans le suivi des patients atteints de maladies chroniques.

Rapport entre les PA et les coopérations (au sens HPST) : La voie praticienne plus que clinicienne semble être confortée par la loi, alors que la pratique clinicienne est aussi au cœur du métier et permet de déployer ses compétences.

La coordination de parcours complexes

Définition d'un parcours complexe de soins : Un parcours qui dépend essentiellement du patient, de la persistance de sa pathologie impliquant des consultations fréquentes des contraintes médicales, un accompagnement sur le long terme, une nécessaire fluidisation de son parcours.

Rôle d'un infirmier coordinateur : Son rôle premier est celui du repérage des malades prioritairement concernés par un suivi. Puis vient l'accompagnement personnalisé, visant l'amélioration du parcours, dans l'organisation (éviter des doublons de rendez-vous par exemple), harmoniser les soins, rechercher sa qualité, former les autres infirmiers sur ce rôle.

Légitimité pour un infirmier d'assumer ce nouveau rôle de coordonnateur de parcours complexe de soins : Le métier d'infirmier comprend des dimensions médicales, sociales et psychologiques permettant une évaluation globale du patient, c'est le seul métier médical capable de gérer toutes ces dimensions en même temps (hormis peut-être les psychomotriciens, mais dont les connaissances médicales sont insuffisantes). Le cadre de soins qui gère les flux n'a plus la pratique de terrain nécessaire ni le temps pour assurer ce rôle.

Problèmes auxquels cet infirmier coordinateur pourrait être confronté : nouveauté et complexité de la fonction, difficile à expliquer à une équipe qui ne doit pas confondre ce rôle avec celui d'une secrétaire, d'un médecin ou d'un cadre de soins, même s'il comprend un peu de ces métiers ; surcharge de travail (par exemple, une analyse à 7h du matin dont les résultats arrivent à 21h ne doit pas nécessiter la présence du coordonnateur sur ce créneau horaire, même si sa fonction nécessite en théorie une activité 24h/24) ; absence de statut spécifique et donc de rémunération, de reconnaissance et de légitimité pérenne. Elle a vu l'apparition dans les années 80 de la nouvelle fonction de cadre de soins qui a eu du mal à s'imposer dans les établissements, mais qui est parfaitement acceptée désormais.

Problèmes impliqués pas ce rôle : Des problèmes relationnels si le coordonnateur manque de souplesse.

Rattachement à un statut existant : Le statut inexistant serait à créer.

Rôle pour les ARS, notamment au regard de la coordination des parcours : L'ARS mène la politique de santé sur son territoire, identifie les problèmes de santé et peut impulser des projets pour y répondre. Les infirmiers coordonnateurs doivent aller rencontrer les responsables de l'ARS pour se faire connaître et être identifiés comme partenaires possibles dans des projets de coopérations, des commissions de réflexion...

Rôles et acteurs au sein d'un établissement : Le personnel de base peut faire remonter des problèmes, mais risque de rester dans la plainte. Les cadres de soins doivent pouvoir les entendre et faire ce travail d'amélioration de la qualité des soins, mais n'en ont pas le temps.

Infirmière chef de service de Chirurgie plastique et reconstruction dans un CHU en Suisse, étudiante en Master 2 de pratiques avancées (parcours complexes de soins)

Parcours professionnel : Etudes à Nantes et Aix-en-Provence, pratique depuis 22 ans en Suisse. Salariée du CHU (« DRG » ó T2A)

Motivations : Accompagner au lit le patient dans des pratiques cliniques, améliorées en continu ; rendre visible les compétences spécifiques des infirmiers ; concilier l'utilité et la nécessité sanitaire valorisés par la communication et l'évaluation ; élaborer des protocoles consensuels et communs avec le réseau ville-hôpital, pour contrecarrer la politique unique de réduction de coûts.

Expérience en Pratiques avancées : Elle a participé à des projets de service avec une infirmière clinique, amélioré la pratique sur des brûlés, fait du Bench Marking, assuré des consultations infirmières de suivi de brûlés, réalisé un stage d'infirmière praticienne en évaluation clinique de population migrante en Suisse.

Attentes en PA : Passer le master en France (pas possible en Suisse car son niveau Infirmière n'est pas reconnu comme niveau requis « bachelor » par l'université, même en validation d'acquis), reconnu par le CHU, puis exercer en PA sur un poste déjà négocié avec le CHU : en Direction des soins (protocoles réseau ville-hôpital) avec développement d'un logiciel québécois et comme référente infirmière clinicienne pour superviser les infirmiers cliniciens, les stages, augmenter les moyens thérapeutiques en pratiques routinières pour traiter les douleurs des brûlés, introduire l'hypnose... Elle veut rester sur le terrain et n'exclut pas en fin de carrière de devenir infirmière praticienne.

Formation en PA : Le master 1 géré par l'EHESP s'est bien passé, mais le Master 2 géré par l'université Aix-Marseille est de moins bon niveau (pas de soutien pendant les stages, pas de Feed Back, pas possibilité de choisir son lieu de stage en PA hors Marseille).

Bénéfices constatés/envisagés pour le patient : Les résultats sont positifs pour la prise en charge précoce, l'éducation thérapeutique. Mais il est nécessaire d'en apporter la preuve (« Nic Noc ») pour le valoriser (choix des indicateurs en s'inspirant de ceux retrouvés dans la littérature internationale : spécialisés et liés à une nomenclature infirmière).

Bénéfices constatés/envisagés pour les professionnels : développement professionnel dans le cadre d'un projet de carrière ; un outil de travail pour des projets d'amélioration de la qualité de soins, la prise en charge de l'encadrement des stagiaires.

Bénéfices constatés/envisagés pour la structure : Pas assez de recul. Pour les infirmières cliniciennes, maintenir et élever le niveau de la qualité des soins et d'encadrement dans l'intimité du quotidien, au lit du patient, pendant les transmissions... fidéliser une clinicienne pour compenser le turn-over important des professionnels et le risque de perte de mémoire de service. Entraîner les infirmières à se positionner face au corps médical, dans une plus grande confiance et de l'autonomie.

Evolution des métiers de santé des infirmiers : Du bien mais nuancé. En Suisse, les infirmières praticiennes ne peuvent prescrire pour de la bobologie que dans un seul canton (de Vaud à Lausanne), pas dans les 25 autres. Depuis 2005, la formation Bachelor (niveau Licence) apporte une compétence, de l'interrogation sur les pratiques, de la capacité de recherche d'informations scientifiques, un niveau en Anglais important. Mais sur le terrain, la pratique est moins forte, il y a perte de compétence, l'encadrement est plus long car le niveau licence est trop théorique. Les infirmières venant de France sont plus vite opérationnelles mais ont un niveau scientifique trop faible pour réussir les analyses complexes. Ces derniers temps, elle constate une baisse de niveau des jeunes infirmières

française notamment sur le plan du respect de l'hygiène, de l'investissement personnel et de l'autonomie.

Facteurs freinant le développement des PA en France : chaque canton dispose d'orientations nationales mais a le pouvoir de légiférer localement, ce qui freine les avancées nationales notamment en matière de pouvoir de prescription ; angoisses des médecins ; système de santé assurantiel privé, chaque assurance ayant le pouvoir de décider ce qu'elle peut ou non rembourser ; surdité des politiques qui ne veulent pas prendre en compte les avancées (un rapport récent vient de sortir sur des études majeures en Région alémanique, avec des conclusions importantes qui ne sont pas écoutées).

Facteurs favorisant le développement des PA : Les formateurs infirmiers sont prêts, les pratiques et besoins sont bien identifiés. Le Lobbying d'associations de corps infirmiers doit agir.

Rapport entre les PA et les coopérations (au sens HPST) : Le concept est intéressant pour faire face aux pénuries et coûts de la santé publique. Mais la loi n'est pas toujours très claire et trop générique, sans garde-fou pour éviter de perdre le cœur de métier de l'infirmier sur le terrain. Le danger réside dans le fait d'assimiler la coopération à de la délégation, où les infirmiers deviennent les petites mains des médecins. Le risque est le même en Suisse où des modèles de coopération existent aussi. Si les protocoles sont bien cadrés, ils peuvent aider les infirmiers à investir sur leur référentiel de compétence.

La coordination de parcours complexes

Définition d'un parcours complexe de soins : Complexe pour qui, la direction, le système, le médecin, le malade... ? Il s'agit d'une prise en charge du patient dans son contexte global (psycho-social). Un parcours peut paraître complexe pour un médecin (sur le plan médical) et pas une infirmière (sur le plan des soins, social...) et vice-versa...

Rôle d'un infirmier coordinateur : Elle assure le lien entre le patient et le réseau dans lequel il navigue, l'accompagne dans sa complexité. Elle recherche à simplifier et fluidiser le parcours et le réseau. Parfois le « contexte est plus fort que le concept » et la coordination peut s'avérer difficile (par exemple un migrant ne parlant pas la langue locale...). C'est un nouveau métier, qui existe depuis quelques années seulement en France (cancérologie, neurochirurgie...).

Légitimité pour un infirmier d'assumer ce nouveau rôle de coordonnateur de parcours complexe de soins : L'infirmier clinique a la vision globale nécessaire pour la prise en charge du patient, de par sa formation, son référentiel de compétences et sa présence permanente sur le terrain, ce que les autres professions ne possèdent pas.

Problèmes auxquels cet infirmier coordinateur pourrait être confronté : risque de perte de terrain, de légitimité et de moyens pour aller plus loin ; difficulté à prouver son utilité sanitaire (évaluations nécessaires) ; problèmes relationnels et de légitimité face aux cadres de soins, aux gestionnaires (nécessité de convaincre sur la complémentarité) ; en cas de

perte de terrain, être assimilé à une « super secrétaire » ; risque de gérer des problèmes qui ne relèvent pas de sa compétence (pollution des tâches).

Rattachement à un statut existant : En France, il n'existe pas de reconnaissance statutaire dans la fonction publique, les responsabilités sont accrues mais la rémunération ne suit pas. Dans le privé, son statut pourrait être mieux reconnu.

Rôle pour les ARS, notamment au regard de la coordination des parcours : Soumettre des projets, soutenir le financement d'un statut spécifique de coordinatrice, valider des projets novateurs, induire un protocole national. Aux coordinatrices de se faire connaître auprès des ARS, de communiquer.

Rôles et acteurs au sein d'un établissement : Le terrain est peu pourvoyeur de projets car il est trop débordé. Peut-être plus facilement dans les petites structures. En Suisse, le contexte est plus favorable, les projets sont mieux acceptés. Se former et apporter un projet est culturel, dès lors qu'il s'agit d'objectiver une économie à terme. En France, les projets sont plus difficiles à faire passer, la gestion des ressources humaines est plus dure. Si les infirmières sont sollicitées pour apporter un projet, elles seront d'abord dans la plainte, la revendication, le patient risque de n'être qu'un alibi. Il faut laisser du temps de parole pour faire émerger à moyen terme un consensus, un projet intéressant.

Enseignant chercheur en sciences de l'éducation à l'Université d'Aix-Marseille

Parcours professionnel : Infirmière en 1972 (réa, bloc opé, ophtalmo, cardio), formatrice IFSI puis enseignant-chercheur.

Motivations : Domaine d'expertise privilégié : l'éducation thérapeutique, qui se réalise toujours en réseau, transverse, multiréférentiel, relève donc du parcours complexe

Formation en PA : Elle semble posséder trop d'enseignement théorique sur les sciences médicales et pas suffisamment sur les sciences infirmières, méconnues des médecins, qui doivent être développées car au cœur du métier infirmier. L'infirmier est un soignant (« prendre soin » du patient) et doit posséder un haut niveau d'expertise en soins infirmiers, bénéficier de l'état des lieux de la recherche (la formation actuelle semble en être déconnectée).

Bénéfices constatés/envisagés pour le patient : Par exemple dans le domaine de l'éducation thérapeutique, qu'il bénéficie de la dimension humaniste du soin, qu'il ait une meilleure connaissance de soi, au-delà de la prescription médicale.

Bénéfices constatés/envisagés pour les professionnels : De par leur haut niveau d'expertise dans un domaine particulier en soins, qu'ils bénéficient d'une reconnaissance professionnelle leur permettant une meilleure évolution de carrière.

Bénéfices constatés/envisagés pour la structure : Economies d'échelle ; compenser le manque de médecins ; faciliter la gestion des Ressources Humaines en Hôpital car il est

plus facile de recruter des infirmiers que des médecins ; fidéliser les infirmiers en hôpitaux ; les sécuriser dans les soins (meilleure réactivité auprès des patients).

Evolution des métiers de santé des infirmiers : On est dans une période charnière. L'évolution est positive et en bonne voie mais ce n'est pas acquis, tant que n'est pas créée une discipline en sciences infirmières. Celle-ci ne devra plus relever de la hiérarchie médicale et favorisera le développement de la recherche (aux USA, il est projeté que les infirmières doivent toutes passer un doctorat). A l'heure actuelle, les infirmiers doctorants le sont dans des labos de recherche liés aux sciences de l'éducation, à la Santé Publique, au domaine médicale, psychologique ou sociologique. Il faudra créer un laboratoire de recherche en sciences infirmières.

Facteurs freinant le développement des PA en France : absence de statut spécifique, ne permettant pas la reconnaissance par les pairs, une évolution de carrière garantie, une rémunération adaptée aux responsabilités, une sécurisation juridique ; majorité des médecins ne voulant pas à l'heure actuelle d'un partenariat médical ; corps des infirmiers lui-même freinant le développement par méconnaissance des PA et des droits de prescription ; universitaires considérant encore qu'ils forment des élites et freinent tout processus de professionnalisation des universités (ils ont mal accepté l'apparition des licences professionnelles, par exemple...), ne comprenant pas l'intérêt de créer un département de sciences infirmières car ne voulant pas assimiler une profession à une science.

Facteurs favorisant le développement des PA : à terme décisions politiques sur la création d'un statut spécifique, d'un département universitaire des sciences infirmières, d'un engagement pour la recherche ; communiquer au sein des IFSI et des facultés de médecine sur les expériences internationales en PA et l'existence du master ; engager au sein des IFSI une dynamique collective avec le département en sciences infirmières, leur apporter une culture scientifique plus solide (le nouveau programme n'est pas bien respecté, les formateurs des IFSI eux-mêmes lisent à peine un article scientifique par an et n'en font pas lire aux étudiants), avec un anglais professionnel et non collégien.

Rapport entre les PA et les coopérations (au sens HPST) : Des protocoles validés par les ARS pourraient sécuriser et protéger un peu mieux les activités des infirmiers en PA.

La coordination de parcours complexes

Définition d'un parcours complexe de soins : Tout parcours peut être complexe selon le contexte, le rapport du patient à sa pathologie, sa situation personnelle, familiale, socio psychologique...

Rôle d'un infirmier coordinateur : C'est une notion difficile à appréhender. Pour les patients confrontés à une pluralité de services hospitaliers comprenant de l'extra-hospitalier, l'approche en réseau pluri-partenaires est indispensable, impliquant un travail de coordination. Ce travail peut être une nouvelle compétence d'un infirmier, nécessitant

un haut niveau d'expertise. Par exemple, dans un centre d'accueil de soins liés aux fortes addictions, il faut coordonner le travail d'un infirmier, d'un médecin, d'un psy, de travailleurs sociaux, de services juridiques...

Légitimité pour un infirmier d'assumer ce nouveau rôle de coordonnateur de parcours complexe de soins : La formation de base d'un infirmier lui donne une approche globale et complexe des soins, une pluri-disciplinarité scientifique et médicale aptes à assumer d'emblée ce rôle, avec un minimum d'expériences. Aucun autre corps médical ne possède cette polyvalence professionnelle. Le danger de cumuler trop d'expérience avant de s'y engager est de se spécialiser trop longtemps et de perdre cette dimension globale acquise durant les études.

Problèmes auxquels cet infirmier coordinateur pourrait être confronté : Les problèmes de reconnaissance, de statut et de positionnement par rapport aux médecins.

Rôle pour les ARS, notamment au regard de la coordination des parcours : impulser et soutenir des projets, par le biais d'appels à projets.

Rôles et acteurs au sein d'un établissement : Le Directeur du CHU de Toulouse par exemple considère que cette coordination est importante et devrait permettre de gagner du temps pour tous les professionnels, il est prêt à mettre un place un travail en réseau avec les infirmiers libéraux et les médecins de ville. Il est probable que cette volonté provienne de la remontée de problèmes d'équipes soignantes, relayée par les cadres de santé et les médecins. A priori, les équipes soignantes sont à la base des remontées de problèmes. Des projets peuvent aussi émaner de maisons de santé, d'associations de libéraux (par exemple, à Nice, l'association des sages-femmes exerçant à domicile, en difficulté en raison du montant des assurances atteignant 20.000€/an, a impulsé une coordination avec les hôpitaux du territoire).

Infirmière de coordination en cancérologie au CHU Bicêtre

Parcours professionnel : Infirmière Diplômée d'Etat (1995), diplôme universitaire en soins palliatifs (1999), diplôme universitaire sur la douleur (2000). Quinze ans d'expérience en cancérologie à l'hôpital Paul Brousse, dont quatre 4 ans de nuit. La cancérologie se donne comme le trait de cohérence de ce parcours. Ensuite est apparu un choix entre suivre le cursus de l'école des cadres ou entrer en master de sciences cliniques infirmières. La seconde option a été retenue afin de rester au plus près du soin, ce que le premier choix ne permettait guère. Arrivée en 2010 à l'hôpital de Bicêtre, où tout est à construire en matière de pratiques avancées.

Motivations : Pour beaucoup il s'agit de prendre soin de l'autre, d'être dans la communication et pas seulement la technique ; vraie découverte de cette dimension relationnelle à l'école d'IDE.

Formation en PA : Il semble nécessaire de distinguer les deux années qui composent le master. Le M1 à l'EHESP est décrit comme extrêmement bien organisé. L'encadrement est salué. Bien que ce fût une promotion pionnière, tous les cours ont été assurés. Vante la richesse de la diversité d'horizon des participants qui ouvre la porte à un partage d'expériences différentes, ainsi qu'un enseignement très complet. Le M2 à Marseille est ressenti comme moins bien organisé. Les cours sont donnés par des médecins. Or, la plupart ne connaissait pas trop les attentes et le niveau de leur classe. « Ils se rendent compte que les IDE ont un certain niveau, plus de dix ans d'expérience en cancéro par exemple ». Cette faiblesse a été compensée par une meilleure adaptation au public. Les attentes sont d'un niveau supérieur moins pour clairement trancher avec l'école d'IDE que pour justifier le droit de prescription dans les PA. « Pour ce faire, il faut des connaissances au-delà du déjà-vu ». Reste une formation intéressante, où on fait de la clinique. Il existe une différence avec le côté cadre de santé, ce qu'illustre par exemple l'absence de management économie. IDE reste le métier socle.

Du master résulte un gain de maturité professionnelle. « On envisage les choses de façon neuve » traduit une prise de recul accrue. « On se pose des questions sur les habitudes de service, on se remet en question plus facilement, on va chercher l'information ». Il est fait mention d'un benchmarking sur les pratiques.

Conséquence du master de retour à l'hôpital et façon d'appliquer l'enseignement reçu : Avoir un M2 joue beaucoup. « Le master fait peur » ; cela s'explique par le décalage entre le niveau universitaire et l'ordre du positionnement hiérarchique. Dit autrement voilà l'enjeu : « comme les cadres sont en train de passer des master, une IDE arrive en étant plus diplômée ». S'ensuit, un effort d'adaptation et de bonne intégration dans les équipes, pour contrecarrer l'identification rapide au cadre. La bonne intégration influe directement sur l'effectivité du changement à apporter. Typiquement les équipes pensent qu'on vient chambouler toutes les habitudes, que l'on vient dire comment procéder dans le travail. L'optique est tout autre et passe par la discussion. Il est fait en sorte que les projets passent par les équipes. En laissant ces enjeux plus généraux de côté ici (ie. l'adhésion des autres), le rôle est perçu comme celui de quelqu'un qui aide pour construire. « J'estime que je suis une plus-value ». Le parcours est expliqué. « On peut partager, mais pas imposer » ; « pas de révolution ».

Bénéfices constatés/envisagés pour le patient : les PA créent un interlocuteur entre le médecin et lui dans l'institution. « On règle pas mal de soucis ». Ils peuvent être de plusieurs ordres : entretien en préannonce où elle coordonne tous leur parcours ; simplification pour la prise de rendez-vous (« On a des contacts, des facilités » en sus du pouvoir de négociation directe avec le médecin) ; consultation d'annonce ; évaluation sociale, psychologique ; connaissance au niveau de la pathologie. A ce stade l'avantage s'analyse comme un facteur de fluidification du parcours (avantage 1). S'ajoute une

disponibilité accrue qui renforce le ressenti d'être accompagné (avantage 2). Ce point se décompose en plusieurs arguments évoqués pêle-mêle. Toujours est-il qu'il induit, en outre, des marges de temps de travail supplémentaires pour les médecins (avantage 3). Au total, la guérison des patients en sort grandement améliorée de même que leur satisfaction (avantage 4). Ces avantages sont cumulatifs.

Bénéfices constatés/envisagés pour les professionnels : les PA débouchent sur une activité vécue comme étant utile et la possibilité d'évoluer dans son métier tout en restant dans le champ de la clinique, au chevet du patient. « On reste dans une équipe en dépit des missions transversales ».

Bénéfices constatés/envisagés pour la structure : « les PA améliorent forcément la prise en charge du patient ».

Evolution des métiers de santé des infirmiers : « Une satisfaction pleine et entière ». L'évolution des métiers permet l'évolution de la formation, une reconnaissance professionnelle, la capacité de penser. Avoir un master induit un regard différent au niveau médical. Est cité l'exemple d'être invité à des réunions médicales. « Le pouvoir est grand, on peut le partager ». Les PA ne sauraient être réduites à un « taylorisme » d'actes. L'intérêt dans un acte est d'avoir la consultation en pré et en post. Marseille a obtenu le droit de faire des biopsies de moelle. Cela s'acquiert avec le temps, l'expérience. En revanche, faire une consultation puis annoncer les résultats se fait en compagnonnage avec le médecin. Il faut un avant, un pendant et un après. Emerge alors le souci de conserver l'aspect humain du métier et ne pas devenir un mécanicien du corps.

Facteurs freinant le développement des PA en France : C'est en premier lieu le manque de connaissance sur les PA des autres acteurs. « Il faut informer les institutions ». Ensuite, il sera possible de descendre par capillarité. Pour le moment, on plaque cette terminologie sur tout et n'importe quoi. Au niveau des équipes, les PA sont assimilées à un niveau de cadre. Cette ignorance n'épargne pas les *boards* de direction. Deuxièmement, une tendance de fond voudrait qu'en France il n'y ait jamais de PA. Or, certains médecins y adhèrent cf les relations actuelles ici. Ce médecin délègue ses tâches : « Elle se décharge ». Sentiment qu'un petit pourcentage va dans ce sens. Il faut créer de la confiance. Au bout du compte les pratiques de PA sont possibles, sans cannibalisme des missions et sans remise en cause de la place symbolique. Il n'en reste pas moins vrai que créer avec plusieurs médecins un rapport de confiance complique toute progression. La difficulté relèverait plus d'un jeu politique. « Avant tant que c'était souterrain on ne demandait rien, maintenant on demande une reconnaissance et ça gêne certains. C'est dérangeant que cela devienne officiel. Pourquoi les consultations infirmières ne sont toujours pas côtés ? On n'arrive pas à avoir de box de consultation infirmière. Les choses évoluent lentement. »

Facteurs favorisant le développement des PA : La priorité serait d'informer. Proposition de créer une cellule de mise en place des PA directement accolée au ministère de la Santé.

Il faudrait faire connaître le diplôme. A une autre échelle, réalisation d'interventions dans des écoles d'IDE, malgré l'absence de valorisation financière (« c'est le cas de tous les pionniers »). Au-delà, il faudrait déjà une reconnaissance professionnelle inexistante à l'heure actuelle. Il existe deux chemins différents, le management et la clinique. Les cadres infirmiers qui deviennent cadres de soins sont là pour gérer la logistique, le management. L'évolution classique est de passer cadre de soin, mais on tombe dans le management ce qui peut induire une tension par rapport à la vocation initiale. Manager les personnes exige une fibre personnelle. Toutes les infirmières ne seront pas cadre de soins, et toutes ne seront pas en PA. Il n'y a pas à craindre de choc entre ces deux filières qui pourraient travailler ensemble sur des projets d'équipe, en réelle complémentarité, dans le but de régler à la fois des problèmes de patients et les problèmes de l'équipe : plannings, conflits avec les médecins, matériel... Donc il y a une possibilité d'un travail en commun sur des élaborations d'outils pour faire évoluer des pratiques.

Rapport entre les PA et les coopérations (au sens HPST) : La coopération revient à travailler en bonne intelligence. C'est de la PA si les médecins responsables de la coopération délèguent. Dans cette définition il faut voir un rapport d'inclusion. Il peut arriver que dans une coopération il n'y ait pas d'actes délégués comme pour le suivi d'une hépatite B chronique. L'activité de consultation est citée par le décret. Le droit de prescription reste quelque chose de légal, de formel, facilement appréciable. Un diagnostic se discute. Au bout de deux ou trois ans, une IDE sait parfaitement détecter un choc septique et mettre en route des mesures en l'attente du médecin. Faire le bilan, demander la radio du thorax, sans attendre que le patient descende à 6 de tension.

Diffusion et reconnaissance des PA en France : Des IDE mettent des choses en place qui ne sont pas forcément prescrites, de par leur formation et leur expérience, un petit noyau effectuant des PA. En revanche d'autres IDE ne prendront aucune responsabilité. Ce qui n'est pas prescrit ne sera pas réalisé. Cela dépend de l'IDE, de son expérience, de l'acceptation de nouvelles responsabilités, de la formation. Une personne nouvelle aura moins de légitimité et de potentiel pour prendre cette responsabilité. Il n'en reste pas moins qu'une IDE ne doit pas se cacher derrière un soin, par exemple parce que des questions sont parfois gênantes, mais doit pouvoir s'asseoir pour écouter, être à la hauteur du patient.

Exemples étrangers : au Canada, les IDE sont pivot en oncologie. Ils prennent en charge toute la population de patients chroniques dans le but d'éviter les ré-hospitalisation et les urgences. Il existe tout un travail à faire avec les médecins traitants et les réseaux. Il existerait des limites culturelles de transposition à ce dispositif en France, de par la place prise par les médecins aux yeux des patients.

La coordination de parcours complexes

Définition d'un parcours complexe de soins : Tous les parcours sont complexes, tant aux yeux du patient qui se retrouve dans un lieu étranger, que des professionnels pour lesquels

la complexité signifie une prise en charge lourde. En cancérologie par exemple, cela représente la préannonce, l'annonce, les traitements qui en découlent, les fragilités psychologiques, sociales et la modification des rapports avec l'entourage. Un parcours peut s'étaler sur trois jours, le temps de coordonner un parcours et entre temps l'état du patient peut se détériorer et allonger la durée du parcours estimé.

Rôle d'un infirmier coordinateur : être en amont de la prise en charge, cela commence dès l'entrée et se poursuit jusqu'à la fin de la prise en charge, c'est-à-dire le rétablissement, ou la fin de vie... C'est une nouvelle compétence mais pas un nouveau métier. De fait, une IDE fait de la coordination, même si cela n'est pas du 100%. La nouveauté vient de la complexité accrue du côté administratif. Il faut se faire un réseau, connaître les personnes ressources. La nouvelle compétence, c'est qu'il faut accepter de s'asseoir dans un bureau et de faire du secrétariat. Cela demande de bien cerner son patient au niveau de son DMP. Il faut approfondir le métier d'IDE. On peut être IDE coordinatrice dans une spécialité mais pas toutes, à moins d'avoir suivi une formation sur le secteur et avoir eu un temps d'adaptation à la zone.

Légitimité pour un infirmier d'assumer ce nouveau rôle de coordonnateur de parcours complexe de soins : L'IDE êtes là pour soigner, prendre en charge l'autre, sans négliger les autres dimensions. Elle est au centre de cette prise en charge, en est le lien. Il y a un aspect technique et aspect relationnel.

Problèmes auxquels cet infirmier coordinateur pourrait être confronté : L'IDE doit faire sa place, s'intégrer, s'adapter. L'absence de voie unique manifeste implique de l'adaptabilité. Est pointé éventuellement le problème d'une surspécialisation. En outre, est mentionné celui du statut et du rattachement à cause de la « double hiérarchie » du service et de la Direction des soins. Cette tête bicéphale peut entraîner une perte de cohérence dans l'action menée. La Direction des soins n'a pas forcément le loisir de se dédier aux PA autant que de besoin.

Rôle pour les ARS, notamment au regard de la coordination des parcours : son rôle serait de propager les ordres du ministère qui aurait lui-même conscience et volonté de promouvoir les PA, d'animer des réunions. Les ARS sont dans une phase d'installation également. Il faudra du temps avant d'arriver aux PA.

Infirmière en PA à l'AP-HP, Charles Foix

Parcours professionnel : premier diplôme relevant de l'économie, première carrière en dehors de la santé. Puis formation initiale aux Etats-Unis (master en formation IDE), et doctorat en Angleterre en sciences infirmières. Pas de pratiques avancées, ni clinicienne mais orientation vers la formation.

Motivations : prévention de la maladie et promotion de la santé. La profession d'IDE offre énormément de variété, il y a beaucoup de rôles et cela donne des perspectives d'évolution

intéressantes. L'avancement classique est de finir cadre de santé, ce qui entraîne parfois une schizophrénie par rapport au métier initial ; une tension entre manager et prodiguer des soins.

Expérience en Pratiques avancées : l'IDE PA reste au chevet du patient, elle développe une expertise dans une spécialité et donc conserve une cohérence. Cela permet d'avoir un débouché qui reste dans le clinique. L'IDE est la personne avec qui le patient passe 90% du temps.

Facteurs freinant le développement des PA en France : du temps qui manque usuellement, à cause du sous-effectif important ; enchaîner les tâches techniques sans avoir de moment de réflexivité ; le monopole médical ; une résistance dans le corps infirmier qui doute des avantages d'évoluer dans ce sens-là. « Il faut voir l'évolution de la profession elle-même. On part de petits soins enveloppés sous le nom de *nursing* désormais (massages, pansements, etc), mais le suivi d'un malade chronique renouvelle la profession. Certaines IDE sont rentrées avec une idée en tête et d'autres avec une autre, donc les PA attirent celles qui sont enclines à plus de technicité ».

Facteurs favorisant le développement des PA : Si l'autonomie de prescription était accordée, il en découlerait la possibilité d'un meilleur soin à cause des gains de temps. Le lobbying par rapport à la reconnaissance de la profession, au champ des pratiques, à la prescription. Quand on parle d'une IDE en PA, il faut que cela rentre dans son champ de pratique sans aller dans l'illégal. Ça se fait bien sur le terrain. Si on veut avoir le droit de prescription, faire des diagnostics, il faut que quelqu'un travaille dans le jeu politique et représente les IDE. Les ordres par exemple. De même pour les syndicats. Ils jouent le rôle de leader de la profession. En représentant la profession, ses besoins, ses droits, ils iraient influencer le ministère.

Attentes en PA : Il ne faut pas y voir une compétition avec les médecins. On propose d'être une force complémentaire.

Expériences à l'étranger : Il serait intéressant d'étudier le rôle du *Nurse Practitioner*. C'est un rôle qui a émergé dans les années 1950 aux Etats-Unis. La personne a la possibilité de diagnostic, elle réalise des petits actes. Elle rentre dans le système de sécurité sociale américain. Il y en a peu du fait du contexte particulier : une énorme pénurie de médecins. Une problématique d'accès aux soins a sous-tendu cette réforme. Le système a besoin de ce rôle. Ce n'est pas un mini-médecin. Ce sont des soins avec une perspective infirmière. Si le *Nurse Practitioner* voit que le soin est hors de son champ de compétence, le patient consulte un médecin. Tout dépend de la pertinence. Un IDE peut gérer une population de malades chronique dans le soin primaire. Le médecin sera plutôt dans l'urgence. E.g., le diabète. Dans les pays anglophones, le fait que l'on s'éloigne de la clinique explique le développement d'un doctorat professionnel qui se focalise beaucoup moins sur la théorie – la thèse – et beaucoup plus sur un soin clinique. Cela offre un autre angle d'approche en

développant une discipline infirmière basée sur le soin. Il y a beaucoup de rôles : la personne qui offre le soin, les gestionnaires, l'information, le lobbying politique. Il faut un petit peu de tout. C'est l'idée du DNP (*Doctorate and Nursing Practice*) plutôt qu'un PhD. Ces gens-là resteraient dans le milieu Clinique et introduirait l'EBM (*Evidence Based Medicine*).

Rapport entre les PA et les coopérations (au sens HPST) : C'est une des manières pour faire évoluer le champ de pratique infirmier. Le débat centre autour de la question de savoir si la délégation est une coopération de tâches ou un transfert de compétences. Le transfert de compétences plus que la délégation de tâches intéresse l'IDE, qui porte un jugement clinique dessus. Cela rentre dans sa problématique et elle apporte des gestes infirmier par rapport à cette compétence. Mais souvent les coopérations, telles que définies dans les documents, vont vers la délégation de tâches. Deux arguments sont exposés : 1/ c'est plus facile à écrire dans un document ; 2/ une réticence à déléguer du pouvoir. Il est donné pour illustration la manière dont sont rémunérés les actes. La façon dont on rémunère, si on fait le transfert de compétences, obligerait à revoir le système de rémunération. Par ailleurs, une légalisation a posteriori des PA est l'idée des coopérations. Cela fait tellement longtemps qu'il y a des faisant-fonction que les IDE travaillent hors de leur champ légal. On peut y voir une réponse à cela. La loi donne la possibilité à des équipes de monter un protocole pour montrer comment ça se passe. Les IDE peuvent prescrire des pansements, et peut-être la pilule du jour d'après.

Infirmière chef au CHU Vaudois de LAUSANNE – Hôpital de l'enfance

Infirmière praticienne au CHU Vaudois de LAUSANNE

Infirmière clinicienne au CHU Vaudois de LAUSANNE

Le contenu des entretiens menés auprès de ces trois infirmières a été retravaillé pour la présentation de l'expérience des PA en Suisse Romande (voir Annexe 5)

ANNEXE 5 – Expériences en pratiques avancées infirmières à l'étranger

L'EXPÉRIENCE CANADIENNE

1. Les IPA

1.1 Historique et Contexte du développement des IPA :

Les premiers développements de pratiques avancées ont eu lieu dans les années 1960 et permettaient de répondre à une pénurie de médecins généralistes dans les zones rurales éloignées³⁵. Cette pratique s'est ensuite tarie du fait de l'augmentation du nombre de médecins et du peu d'incitation de ceux-ci à favoriser le modèle du fait de leur rémunération à l'acte. Un nouveau développement de ces activités dans les années 90 s'explique par la crainte d'une nouvelle pénurie de médecins et notamment de spécialistes et d'internes.

En outre, la pénurie en profession de santé est concomitante à une hausse des demandes en soins médicaux et infirmiers de la part de la population³⁶. La hausse de cette demande s'explique par le vieillissement de la population, le développement des pathologies chroniques et des problèmes de santé mentale mais aussi du fait d'une demande nouvelle des populations qui devient plus exigeante. Aussi, le développement de ces IPA est un moyen d'améliorer la qualité et de répandre les bonnes pratiques en développant de nouveaux moyens de formation et des capacités de réponses à des questions complexes de soins. Subsidiairement, ces nouvelles pratiques permettent aux aspirations des infirmiers à un plus grand développement professionnel³⁷. Les atouts au développement sont la correspondance avec les nouveaux besoins de santé, la pénurie de médecins et la demande de poste d'IPA formulée par certains types de spécialistes. Il existe plusieurs freins à ces pratiques : le refus de certains médecins de voir ses pratiques se développer, la méconnaissance des rôles des différents citoyens par les décideurs et les citoyens, le manque de clarté sur les rôles que certains types d'IPA doivent remplir, le dernier frein est le manque de financement correspondant et l'absence de certains types d'IPA de la grille conventionnelle.

Globalement, les rôles remplis, la formation et l'expérience demandée pour remplir ses fonctions correspondent à la définition du CII mais il est nécessaire de distinguer entre les différents types d'IPA.

³⁵ CAS, Quelles opportunités pour l'offre de soins de demain ?, volet 1, Les coopérations entre professionnels de santé, Note D'analyse, numéro 254, décembre 2011, p.9

³⁶ G. ROCH et N. OUELLET, Approches Stratégiques pour situer les rôles en pratique infirmière avancée au Québec? in L'infirmière clinicienne, vol7, no2, p. 33 2010

³⁷ Rapport, OCDE, 31/08/2010, p.80

1.2 Les différents types d'IPA

Le Canada distingue deux types de pratiques infirmières avancées ayant des rôles et des reconnaissances différentes : les Infirmières Praticiennes Spécialisées (IPS) et les Infirmières Cliniciennes Spécialisées (ICS). Les ICS ont une maîtrise ou un doctorat avec une spécialisation liées à un public, un type de pathologie, une spécialité médicale, un lieu d'exercice,... Elles exercent dans le champ de compétence des infirmières sans l'excéder et ont un rôle en matière de consultation, de formation, de management, d'expertises en questions complexes liées aux soins. S'il existe des formations, leurs titres ne sont pas reconnus officiellement, leurs expériences et leurs diplômes varient³⁸. En outre, leur rôle est très variable en fonction des lieux d'exercice et beaucoup pratiquent peu comme infirmières. Elles sont aussi absentes des grilles conventionnelles de rémunération, ce qui pose problème pour les créations de postes.

Les IPS ont un diplôme et doivent faire l'objet d'une autorisation d'exercice octroyée par les autorités administratives. Leur rôle est plus lié à des spécialisations et des compétences proches de celles des médecins. Elles effectuent des diagnostics, des prescriptions sauf pour certains médicaments, des actes médicaux,... Certaines sont spécialisées en soins primaires et travaillent en ville pour avoir des actions de prévention, promotion de la santé, de traitement de certaines maladies et blessures, de gestion des maladies chroniques. D'autres sont spécialisées dans quatre spécialités distinctes³⁹.

Il semble que ces pratiques correspondent à la définition internationale bien que les IP outrepassent leurs compétences tandis que le cadre de formation et les conditions d'expériences des ICS ne sont que peu claires.

1.3 Formation

La formation des IPS est très cadrée et déterminée en fonction des compétences à acquérir pour réussir leur examen à la sortie. Elle correspond à un niveau master.

Les formations d'ICS sont de niveau master mais leur contenu et le type d'exercice à réaliser varient beaucoup.

1.4. Bilan

Pour les IPS, les expériences semblent assez réussies en termes d'insertion professionnelle, le rôle des ICS étant moins clair notamment en milieu francophone. Les évaluations montrent une amélioration de la qualité des soins et de l'accès aux soins en zones reculées.

³⁸ Rapport, OCDE, 31/08/2010, p.81 et 82

³⁹ Ibid, p.81 et 82

A l'avenir d'autres spécialités, par exemple sur la santé mentale, devrait être créée. Le nombre d'IPA est très faible et semble dépendre de la popularité du dispositif auprès des médecins de leur spécialité. En outre, elles sont financées par les hôpitaux eux-mêmes, ce qui entraîne des suppressions de poste en cas de conjoncture défavorable⁴⁰. Leur rôle semble néanmoins peu clair et elles seraient parfois cantonnées à des fonctions de management et d'éducation, leurs possibilités de pratiques et de prescription semblant peu reconnues⁴¹.

2. Parcours Complexes de Soins

2.1. Pratiques s'en approchant

Les « continums de soins » visent à coordonner les parcours entre les différents intervenants y compris en psychiatrie.

2.2. Rôle des IPA

Les IPA participent à leur organisation ou peuvent y être confrontées mais ne sont pas fortement impliquées car elles sont trop peu nombreuses.

Peu de données ont été trouvées sur les employeurs des infirmières intervenant dans le continuum de soins.

⁴⁰ G. ROCH et N. OUELLET, Approches Stratégiques pour situer les rôles en pratique infirmière avancée au Québec? in L'infirmière clinicienne, vol7, no2, p. 33 2010

⁴¹ Rapport, OCDE, 31/08/2010, p.83

L'EXPÉRIENCE EN SUISSE ROMANDE

1.1 Formation initiale des Infirmières

En Suisse, il y a 26 cantons sans consensus fédéral réel dans le domaine des soins infirmiers. Les formations initiales et continues varient d'un canton à un autre. En Suisse allemande, la formation des IDE se déroule dans des écoles spécialisées avec une orientation dite « praticienne ». En Suisse romande, c'est un cursus de niveau universitaire avec des hautes écoles de la santé et la volonté de former des praticiens réflexifs.

La formation initiale finalisée aboutit sur un BACHELOR (3 ans d'études) et l'acquisition de 9 compétences. Au préalable, une Année Préparatoire (AP) est suivie qui permet l'obtention de Maturité Spécialisée Option Santé.

En 2012, un changement va intervenir :

- AP devient Année Propédeutique Santé (APS) et obtention de Maturité Spécialisée Santé. Ce tronc commun de 1 an concernera la diététique, la physiothérapie, l'ergothérapie, le technicien en radiologie et les soins infirmiers. Il se compose de 14 semaines de cours, 8 semaines dans les institutions sociales et sanitaires, 6 semaines dans le monde du travail et 4 semaines avec un travail de maturité et un travail personnel écrit pour montrer sa motivation.

- Lors de la formation initiale, les 9 compétences vont se traduire en 7 rôles : Expert en soins infirmiers – Promoteur santé – Manager – Collaborateur – Communicateur – Professionnel - Formateur

1.2. Formations complémentaires

Différentes options existent et sont proposées aux IDE ayant le bachelor. Elles dépendent des souhaits des professionnels, des attentes des employeurs et du temps d'exercice.

Il s'agit de distinguer :

- L'infirmière spécialisée
- L'infirmière clinicienne : elle est plus généraliste et s'occupe de la qualité des soins ; elle n'effectue pas des travaux de recherche mais utilise les recherches pour améliorer les soins. Elle propose des protocoles en lien avec les soins infirmiers et les Evidence-Based Nursing (EBN)
- L'infirmière praticienne : elle exerce dans un champ spécifique
- L'infirmière clinicienne spécialisée : elle participe à la création des EBN
- L'infirmière praticienne formateur a la responsabilité des étudiants et des nouveaux professionnels. Elle maintient obligatoirement une activité clinique et suit une formation en pédagogie.

Une évolution dans les soins infirmiers est perçue depuis environ 5 à 6 ans. L'intégration de la formation IDE à un cursus universitaire a incité les organismes de formation à la

« masteurisation » des professionnels formateurs. La science clinique IDE est davantage développée dans le référentiel de formation.

1.3. Collaboration médecins et infirmier(e)s

La densité des médecins en Suisse est importante. Il n'y pas de pénurie médicale mais par contre ils sollicitent les pays frontaliers et le Canada pour recruter des IDE (34 % des IDE travaillant en Suisse sont étrangères dont environ 40 % viennent du Canada). Les IDE françaises sont décrites comme étant très performantes et opérationnelles.

Les relations avec les médecins sont très hiérarchisées. Il n'existe pas de réelle transdisciplinarité. Le rôle médico-délégué est beaucoup développé. Concernant le rôle autonome, il est difficile à mettre en œuvre. Il peut être perçu comme une menace par le corps médical. La collaboration avec les jeunes médecins est plus aisée et le questionnement /échange sur les pratiques devient possible. Les compétences des IDE liées aux multiples formations complémentaires ne sont pas complètement intégrées par les médecins. Les rôles ne sont pas très lisibles y compris pour les IDE entres elles.

L'ensemble des protocoles lié à la clinique IDE nécessite une validation par les médecins. Les IDE qui effectuent de la recherche sont mandatées par les médecins et il s'agit de recherche médicale.

1.4. Coordination des parcours de soins complexes

En Suisse, la clientèle évolue avec une population qui est multiculturelle. Il y a une augmentation de la précarité et de la vulnérabilité (accueil des migrants sans papier).

A ce jour, les soins à domicile sont peu développés. Il existe des infirmières coordinatrices au sein des départements de santé qui font la liaison entre l'hospitalisation et le service de soins infirmiers à domicile. Certaines filières telles que les soins palliatifs existent mais elles sont peu nombreuses. Les différents réseaux existants ne procèdent pas à une réelle coordination des parcours du patient.

1.5. Éléments de comparaison avec les pratiques des IDE canadiennes

Au Québec, les conditions de travail sont difficiles. Depuis de nombreuses années, il perdure un manque très important de médecin. Les sciences en soins infirmiers se sont progressivement développées. Dans l'hôpital, il existe 2 hiérarchies : l'une est rattachée à la gestion du personnel et l'autre est dite « académique ». La hiérarchie académique se déploie en 3 niveaux : le 1er niveau concerne les pratiques avancées, le 2ème niveau est le master puis en 3ème niveau le doctorat. Les rôles sont bien définis et très lisibles dans l'organisation.

Les IDE interviewées formées au Québec et exerçant en Suisse indiquent un retard de quasiment 20 ans en lien avec leurs pratiques. Leurs expertises ne sont pas suffisamment

sollicitées. L'infirmière clinicienne arrive à mener une activité même si elle très encadrée par le corps médical.

La recherche infirmière n'est pas développée, toutefois un fort ancrage professionnel avec les EBM persiste. Cette démarche permet d'utiliser les meilleures données scientifiques résultant d'études fiables pour aboutir à une prise en charge adaptée à la problématique du patient et à l'organisation de la structure de soins. Il s'agit de fonder sa pratique sur des preuves car l'IDE est sans cesse confrontée à des choix thérapeutiques. Cette démarche permet de :

- réduire la variabilité des pratiques de soins non justifiées
- suivre l'évolution rapide des connaissances et la gestion du volume d'information.
- réduire les délais entre les résultats de la recherche et l'intégration à la pratique

Les moyens alloués aux soins se réduisent en Suisse mais restent dans des quotas très satisfaisants. Elles ont le sentiment de proposer une prise en charge de qualité avec un relationnel très développé.

Il n'existe pas d'ordre infirmier mais une Association Suisse des Infirmières (ASI) avec seulement 24 % des infirmières qui adhèrent. Elles déplorent ce manque d'engagement car l'ordre infirmier du Québec est une structure très porteuse pour les avancées dans les pratiques infirmières.

Thème n°10

Animé par : Martine GUINARD et Fabienne DARCHEN

COORDINATION DES PARCOURS COMPLEXES DE SOINS,
UNE PRATIQUE AVANCEE EN SOINS INFIRMIERS

- Juliette BESSE (D3S)
- Guillaume FLUCK (D3S)
- Nelly CONSTANT (DS)
- Fabrice GOUEDO (IES)
- Simon RAOUT (EDH)
- Alexis CHERUBIN (D3S)
- Mathieu BIJOUX (AAH)
- Christine STERVINO (DS)
- Bénédicte GUIBARD (IASS)

Résumé :

L'évolution de la démographie médicale, de la complexité des parcours de soins représentent de nouveaux défis pour la santé publique. L'infirmière en pratique avancée peut alors apparaître comme un acteur apte à fluidifier les parcours de soins des patients.

Cependant, le cadre législatif, trop rigide et centré sur le médecin, doit faire l'objet de changements profonds pour instituer le nouveau rôle de l'infirmière. Cette situation est le résultat d'une longue histoire et d'une quête pour la reconnaissance qui a vu l'infirmière s'affirmer progressivement comme partenaire des autres professionnels de santé. Mais la redéfinition du rôle de l'infirmière ne saurait se faire sans une réelle collaboration entre les professionnels de santé médicaux et paramédicaux.

Bien que des expériences concluantes aient été menées dans différents pays, la France présente un retard dans l'évolution du rôle de l'infirmière. Qu'il s'agisse de répondre aux besoins de la population lorsque les médecins sont trop peu nombreux, ou pour le management de cas en psychiatrie, les infirmières ont prouvé être des acteurs légitimes. Mais l'absence de reconnaissance du corps médical, le problème de répartition des gains économiques et le positionnement flou de la profession infirmière rendent ces évolutions difficiles. Le dispositif ASALEE essaie d'éviter ces écueils et se révèle être une des initiatives les plus marquantes dans la perspective d'une médecine de parcours.

Aujourd'hui il est urgent de créer un statut d'infirmière en pratique avancée (IPA) qui déclinerait de nouvelles modalités d'action aux niveaux national, régional et local. Nous proposons un projet d'expérimentation locale d'une coordination de parcours complexe appliquée à la psychiatrie dans la région Midi-Pyrénées. Ce projet illustre, dans une région présentant des difficultés d'accès aux soins, les raisons qui poussent à la recherche de nouvelles formes de coordination et la place centrale de l'IPA dans ce processus.

Mots clés : Infirmière, Pratiques avancées, Parcours de soins, Management de cas, ASALEE, Coopération, Interdisciplinarité.

L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs