



Prochain débat parlementaire sur la future loi infirmière
Analyses et Recommandations de l'Observatoire Santé
Innovation de l'Institut Sapiens

Paris, le 25 novembre 2024,

Note rédigée par Grégory Caumes, juriste et expert en politique de santé, membre de l'Observatoire Santé Innovation de l'Institut Sapiens. Ancien juriste Hospitalier et ancien directeur adjoint de l'Ordre national des infirmiers, il est spécialiste des sujets de l'encadrement juridique des professions de santé, de l'organisation hospitalière et des questions touchant à la grande précarité.



Deleted: ¶

Avant-propos introductif

Cette contribution de l'Observatoire Santé et Innovation de l'Institut Sapiens a pour objectif d'éclairer les prochains travaux parlementaires de la future loi infirmière.

Cette note fait la synthèse d'analyses de plusieurs organisations d'infirmières et propose les recommandations de l'Institut Sapiens. Le cheminement technique de la réflexion donnant les recommandations est basculé en annexe pour en faciliter la lecture.

Préliminaire : la future loi infirmière

Ce projet de loi « infirmière » a été annoncé par Frédéric Valletoux, alors ministre de la santé. Malheureusement la dissolution de l'Assemblée Nationale a bloqué cette réforme attendue par toute une profession. Après cet événement, le Premier ministre Michel Barnier annonça dans son discours de politique générale la reprise de ces travaux. Dernièrement la Député Nicole Dubré Chirat a été nommée Rapporteuse du futur texte. Les enjeux de ce texte sont triples : faciliter l'accès aux soins par les patients, des soins de qualité, et répondre au besoin légitime de reconnaissance d'une profession composée de 640 000 personnes (secteurs publics, libéral et privés confondus).

L'Observatoire Santé et Innovation de l'Institut Sapiens travaille depuis longtemps sur l'avenir des métiers de la santé face aux nécessaires changements imposés par les évolutions du système de santé, notamment à travers la technologie, et sur les sujets de l'accès aux soins.

Plan de la note

Réforme : les clefs de la réussite : recommandations de l'Institut Sapiens

A) La tribune infirmière comme socle de la réforme infirmière

B) Recommandations de l'observatoire de l'Institut Sapiens

Annexes : les points techniques de la réflexion

Réforme : les clefs de la réussite : recommandations de l'Institut Sapiens

Pour réussir cette réforme l'Institut Sapiens propose d'analyser la dernière tribune « infirmière » publiée dans Marianne sur le sujet (A) et formulera ci-dessous ses propres recommandations (B).

A) La tribune infirmière : socle de la réforme infirmière

Une tribune publiée signé par 19 organisations infirmières¹ et rédigé par Grégory Caumes a formulé plusieurs recommandations pour que cette réforme réussisse. En voici des extraits :

- Sortir de l'appellation « auxiliaires médicaux »
- Reconnaître l'infirmière en tant que *« soignante avec un rôle autonome, capable de participer à l'analyse clinique et au parcours de soins, de même que dans son rôle actif en prévention, en promotion de la santé et en éducation thérapeutique ainsi que dans l'enseignement et la recherche, autant en sciences infirmières que dans d'autres champs de recherche scientifique. »*
- Renforcer le lien avec les élus locaux dans la coordination des soins

¹ Association Française des Infirmières de cancérologie (AFIC), Association nationale des cadres de Santé (ANCIM), Association Nationale des Infirmiers de Sapeurs-Pompiers (ANISP), Association Nationale des Puéricultrices Diplômées d'Etat (ANPDE), Association de Promotion de la Profession Infirmière (APPI), Comité d'Études des Formations Infirmières et des pratiques en Psychiatrie (CEFI Psy), Collège des acteurs en soins infirmiers (CNASI), Collectif Infirmiers Libéraux en Colère (CILEC), Collectif Je Suis Infirmière Puéricultrice (CJSIP), Coordination nationale infirmière (CNI), Fédération française des infirmières diplômées d'État coordinatrices (FFIDEC), Fédération Nationale des Infirmiers (FNI), Groupement des Infirmiers de santé au travail (GIT), Organisation Nationale des Syndicats d'Infirmiers Libéraux (Onsil), Syndicat National des Infirmières Conseillères de Santé (SNICS), Syndicat National des Infirmiers et Infirmières Éducateurs en Santé (SNIES), Syndicat national des infirmières et infirmiers libéraux (Sniil), Syndicat National des Professionnels Infirmiers (SNPI), Société française de recherche des infirmiers en pratique avancée (SoFRIPA), Union Nationale des Infirmier.es en Pratique Avancée (UNIPA). <https://www.marianne.net/agora/tribunes-libres/il-est-temps-pour-les-parlementaires-de-soutenir-la-future-reforme-infirmiere>

- Sur la diversité de l'exercice infirmier « *reconnaître toutes ces spécificités, donner plus d'autonomie à ces professionnels et intégrer les spécialités à la pratique avancée tout en garantissant leur reconnaissance juridique en respect de leurs spécificités.* »
- Sur la pratique avancée, « *la future loi infirmière doit permettre la refonte des mentions avec des approches populationnelles plus larges permettant d'intégrer des expertises* » et « *reconnaître à juste titre cette formation universitaire dans son ensemble et ne pas conditionner l'exécution d'actes qui sont déjà enseignés en formation initiale à des modules complémentaires.* »

Cette tribune permet de cadrer les grands axes de la réforme infirmière et au regard de sa large reprise (dont un soutien par David Lisnard, président de l'association des maires de France² et dont l'institution ne cesse de demander ces réformes³), les propositions sont donc à suivre dans le cadre de la réforme. Toutefois, l'Institut Sapiens, par le biais de son observatoire, propose des recommandations complémentaires.

B) Recommandations complémentaires de l'Institut Sapiens

En complément de la partie précédente, nous recommandons :

- Préciser que l'infirmier est bien un acteur du premier recours (notamment en clarifiant l'article L 1411-11 du CSP) en respectant une gradation des soins entre infirmiers, IPA et médecin.

Le 1er recours contribue à l'offre de soins ambulatoire en assurant aux patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement, l'orientation et le suivi ainsi que l'éducation pour la santé. L'article visé ne mentionne pas clairement les infirmiers et il serait intéressant que le législateur clarifie cela car si la loi infirmière élargit bien les missions infirmières, il serait dommageable de priver les patients de ses actions.

- Garantir la possibilité de déclencher l'accès direct à l'infirmier libéral sans prescription

En théorie, le rôle propre infirmier correspond aux actions que peuvent faire les infirmiers sans avoir besoin de prescription. Toutefois, en libéral, sans prescription du médecin, il est impossible pour un infirmier de déclencher son rôle propre par une interprétation erronée des textes réglementaires par la CNAM. Ce rôle est défini comme comportant « *les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement*

² <https://x.com/davidlisnard/status/1847338257190699223>

³ <https://www.amf.asso.fr/documents-sante-acces-aux-soins-lurgence-enjeux/41542>

un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. »⁴. Il est donc important que la loi vienne préciser que ce déclenchement n'a pas besoin de prescription médicale car l'infirmier seul, par son analyse clinique, peut déclencher cela en libéral.

- Revenir à la première rédaction de la loi RIST 2 ou une s'en approchant et permettant de créer des IPA praticiens pour les mentions existantes en élargissant leur domaine d'intervention avec une vision populationnelle et permettre aux spécialités de devenir IPA spécialistes en respect de leurs spécificités⁵
- Tirer les conséquences des différentes expérimentations pour intégrer ces pratiques dans le droit commun⁶
- Ne pas lier de nouvelles compétences infirmières à des formations complémentaires mais les intégrer au corpus de base et utiliser la formation continue pour mettre à niveau les professionnels en exercice⁷
- Faciliter l'accès à la recherche pour la profession infirmière (et pas seulement en sciences infirmières)

Conclusion

La réforme infirmière est attendue de longue date. L'ensemble des syndicats et associations infirmiers ainsi que l'Ordre National Infirmier œuvrent depuis des années à cette évolution. De plus, l'Association des Maires de France a régulièrement marqué son souhait de voir le corpus juridique infirmier évoluer pour permettre un meilleur accès aux soins sur l'ensemble du territoire. D'un autre côté, les patients ont aussi montré leur large approbation sur ce sujet. Les expérimentations ont démontré le bien-fondé de l'évolution des rôles. Elles offrent une opportunité précieuse pour évaluer la qualité des soins, un aspect cruellement déficient dans le système de santé français. Il est désormais impératif d'accélérer le processus pour transformer l'essai. Il faut donc abandonner les corporatismes

⁴ https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000019416833

⁵ CF annexe page 38 sur "La deuxième « Loi Rist »"

⁶ CF annexe page 16 "Les enseignements des expérimentations"

⁷ CF annexe page 41: "Le cas de la vaccination"

à leurs considérations hors sol par rapport aux préoccupations légitimes des Français et notamment des patients car la réforme est possible.

Avec la pénurie médicale, le besoin de reconnaissance de la profession et la nécessaire réponse aux besoins d'accès aux soins de la population rendent cette réforme impérieuse et urgente. L'Institut Sapiens exige une réforme ambitieuse à la hauteur des enjeux et des capacités comme point de départ des futures évolutions des autres professions en santé.

Annexes : les points techniques de la réflexion

Plan des annexes

Partie 1 : L'enseignement des retours du terrain

- A) La nécessaire réingénierie du décret infirmier au regard de la crise du COVID-19**
- B) Les enseignements des expérimentations**

Partie 2 : Les impacts juridiques à prévoir

- A) Impact sur le décret socle et réécriture nécessaire**
- B) Impact sur la pratique avancée**

L'objectif de ces annexes est à la fois de faire une synthèse des travaux des organisations infirmières mais aussi de justifier les recommandations formulées plus haut.

Partie 1 : L'enseignement des retours du terrain :

Nous avons accès notre réflexion sur les deux axes les plus probants des retours du terrain pour viser à l'évolution de la profession : l'expérience par rapport à la crise Covid (A) et les expérimentations/protocoles sur la profession (B). La plus grande source d'information correspond aux travaux de l'Ordre National des Infirmiers.

A) La nécessaire réingénierie du décret infirmier au regard de la crise du COVID-19

La crise sanitaire que nous avons traversé aura confronté notre système de santé à ses faiblesses autant dans son organisation que dans son financement ou dans son encadrement juridique des champs de compétences des professionnels de santé. La profession infirmière n'échappe pas à la règle. Alors que le premier confinement éprouvait l'ensemble de nos concitoyens, les infirmiers, par le biais d'une consultation de leur Ordre, alertaient les pouvoirs publics sur un

cadre juridique désormais obsolète. En effet, selon une consultation auprès de 61 000 infirmières et infirmiers (reprise dans la contribution au Ségur de la santé de l'Ordre National des Infirmiers⁸) : « 98% des infirmiers consultés estiment que « la profession infirmière n'est pas reconnue à sa juste valeur au sein du système de santé » et 92% « sont favorables à un renforcement de l'autonomie des infirmiers pour une meilleure prise en charge des patients » mais surtout, cette situation porte atteinte à l'accès aux soins : « 73% des infirmiers consultés estiment que la prescription médicale [NDLR :obligatoire] rend parfois difficile l'accès aux soins ».

Cette situation a aussi un impact sur la sécurité des actes : lors d'une autre consultation de l'Ordre National des Infirmiers⁹, Plus de 30% des infirmiers déclarèrent exercer « des tâches qui sortent de leur champ de compétences réglementaire pour faire face au surcroît d'activité général lié au Covid. »

Il est donc important de faire un état des lieux de cet encadrement juridique potentiellement obsolète (1), de mettre en évidence les évolutions qui ont été marquées pendant la pandémie (2) et au final, alors qu'une mission IGAS est lancée sur le sujet, de voir ce que pourrait être le cadre juridique de la profession infirmière de demain (3).

1) Une base juridique potentiellement obsolète

a) La problématique du décret d'acte

Le socle de compétences initiales de la profession infirmière n'a que peu évolué depuis 2004 (décret 2004-802 du 29 juillet 2004).

Ce cadre ne tient malheureusement pas compte de l'évolution du contexte sanitaire en France, ni des enjeux de la démographie médicale.

En effet, pour expliquer la problématique de ce décret d'acte, il faut se replonger dans le rapport Berland relatif aux métiers en santé de niveaux intermédiaires, qui explicite la différence entre les deux types de professions en santé en France :

- Celles du champ d'interventions (compétences) ;

⁸ Contribution au Ségur de la Santé de l'Ordre National des Infirmiers (<https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/pdf/Contribution%20s%C3%A9gur%20ONI.pdf>)

^{9 9} Communiqué de Presse : COVID19 : L'Ordre National des Infirmiers alerte sur la situation des 700 000 infirmiers de France alors que l'épidémie s'accélère à nouveau (<https://www.ordre-infirmiers.fr/actualites-presse/articles/covid19-alerte-situation-infirmiere.html>)

- Celles à actes.

La première catégorie vise des champs d'interventions avec des compétences non limitées tant qu'elles sont dans ces champs d'intervention.

La deuxième catégorie vise une liste d'actes limités dont le professionnel ne peut s'extraire. La profession infirmière fait partie de cette catégorie, ce qui limite son champ d'action sans tenir compte de l'évolution de son champ de compétences réel.

De plus, le décret de compétence de 2004 est découpé en cinq axes : le rôle propre, le rôle sous prescription, le rôle sous supervision, le rôle sous protocole et le rôle en urgence.

b) La problématique des différents rôles

- Le rôle propre est encadré par l'article R 4311-5 du code de la santé publique :

« Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes.

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

Ce rôle est donc censé pouvoir être fait en totale autonomie. Toutefois, sans reconnaissance du rôle infirmier de premier recours, et afin de respecter le parcours de soins passant par le médecin traitant, même ce rôle propre ne peut être déclenché sans prescription médicale initiale, notamment en libéral. C'est donc au final un rôle propre mais non reconnu et finalement non "exerçable" en conformité avec la réalité, au détriment de l'accès et de la qualité des soins.

- Le rôle sous prescription est encadré par l'article R. 4312-42 du CSP

Ce dernier rappelle que "**L'infirmier applique et respecte la prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, quantitative et qualitative, datée et signée**". Nous sommes ici dans un cadre clair : tout acte listé dans cette partie ne peut être déclenché sans prescription dans un cadre administratif strict.

- Le rôle sous la supervision d'un médecin est encadré par l'article R4311-10 du CSP :

Il s'agit ici de participer à la mise en œuvre par le médecin de certaines techniques (premier sondage vésical chez l'homme en cas de rétention aigu d'urines par exemple) mais dans les faits, comme le démontre la consultation de l'Ordre National des Infirmiers citée plus haut, ces gestes sont souvent réalisés par l'infirmier directement, sans supervision médicale. Il faudrait donc prendre acte de la réalité de la situation dans un certain nombre de cas et revoir le champ de la supervision

- Le rôle sous protocole

Dans le cadre d'un protocole écrit et signé, un infirmier peut avoir certaines compétences supplémentaires (comme par exemple adapter la posologie des médicaments de patients chroniques stabilisés) toutefois nous nous intéresserons ici aux protocoles prévus par l'article 51 de la loi HPST (un des rares points à ne pas avoir été supprimé par la loi de modernisation de notre système de santé).

En effet, cet article 51 de la loi du 21 juillet 2009 dite HPST a créé les protocoles de coopération. Il s'agit initialement de protocoles locaux permettant, à titre dérogatoire, le transfert d'actes de soins. Il s'agit donc d'initiatives locales. Le protocole est transmis à l'ARS. Ces protocoles permettent d'élargir l'offre de soins et donc de réduire les délais de prise en charge.

La loi Buzyn de juillet 2019 met en place un nouveau dispositif de protocoles de coopération entre professionnels de santé. Deux modèles de protocoles de coopération sont désormais possibles :

- o Les protocoles locaux : mis en place au niveau d'une équipe locale,
- o Les protocoles nationaux : déployés au niveau national et autorisés par arrêté ministériel.

Il était question ici – dans les deux cas- d’avoir des protocoles temporaires et qui auraient été, dans le cadre de la réussite de ces « expérimentations », ensuite transcrits dans un des trois premiers rôles infirmiers. Cela n’a en réalité jamais abouti.

L’IGAS pointait d’ailleurs dans son rapport sur l’Évolution de la profession et de la formation Infirmière le besoin de clarifier les différences entre les différents protocoles et leur finalité :

« Recommandation n°12 à destination de la DGOS : Différencier les protocoles expérimentaux de délégations d’actes ayant vocation à intégrer le champ de compétence de la profession délégataire des protocoles pérennes de délégations d’actes plus techniques et circonscrits à un champ spécialisé. Doter les protocoles expérimentaux d’une procédure d’évaluation et d’intégration au socle, assortie d’échéances précises. »

➤ Rôle infirmier dans le cadre d’une prise en charge urgente

Ce rôle lève plusieurs contraintes, notamment la demande préalable de prescription médicale dans le cadre d’une prise en charge urgente.

En conclusion, ce cadre complexe (actes et rôles) semble dépassé au regard du fait que certains rôles sont tronqués (rôle propre non autonome), ou ne respectent pas la temporalité qui leur était imposée (rôle sous protocole) ou n’ont plus aucune accroche avec la réalité du terrain. De plus, le décret socle doit à chaque fois être modifié pour rajouter acte par acte. Il est donc clair que ce système n’est ni performant pour le patient, ni souple pour le soignant.

c) La pratique avancée infirmière, une solution tronquée par le corporatisme

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a instauré dans son article 119, la possibilité pour les infirmiers d’exercer en pratiques avancées.

L’objectif initial était de créer une profession de niveau bac+5 avec une réelle autonomie pour faciliter l’accès aux soins des patients, notamment au regard de la pénurie médicale. Toutefois en lisant les comptes rendus des débats à l’Assemblée Nationale, il est évident que la priorité ne fut pas le patient mais la protection de la profession médicale.

Cette pratique, qui devait être plus autonome que celle du décret socle, fut donc limitée, notamment par l'obligation de signer un protocole d'organisation avec un médecin, réduisant au final à néant l'intention initiale du législateur : créer un nouveau métier pour notamment pallier le manque de médecin.

Il est toutefois intéressant de noter que le législateur, notamment par le biais de l'article L4301-1 du code de la santé publique n'introduisit pas cette notion de soumission à un protocole avec le médecin. Il inscrivit seulement le concept de coordination, en précisant : « *Au sein d'une équipe de soins primaires coordonnée par le médecin traitant* » ce qui était bien plus souple (même si nous pouvons regretter l'absence d'adressage direct).

« Le coup » à l'autonomie et l'émancipation de la profession vint de l'administration, qui rajouta ce protocole par le biais de l'article R 4301-4 :

“Dans le cadre du travail en équipe entre le ou les médecins et le ou les infirmiers exerçant en pratique avancée conformément à l'article R. 4301-1, un protocole d'organisation est établi.

Dans le domaine d'intervention “ psychiatrie et santé mentale ”, le protocole d'organisation est établi entre un ou plusieurs psychiatres et un ou plusieurs infirmiers exerçant en pratique avancée.

Ce protocole précise :

1° Le ou les domaines d'intervention concernés ;

2° Les modalités de prise en charge par l'infirmier exerçant en pratique avancée des patients qui lui sont confiés ou qu'il prend en charge en application du second alinéa de l'article R. 4301-3-1 ;

3° Les modalités et la régularité des échanges d'information entre le médecin et l'infirmier exerçant en pratique avancée ;

4° Les modalités et la régularité des réunions de concertation pluriprofessionnelle destinées à échanger sur la prise en charge des patients concernés ;

5° Les conditions de retour du patient vers le médecin, notamment dans les situations prévues aux articles R. 4301-5 et R. 4301-6 ;

6° Lorsque l'infirmier en pratique avancée intervient en application du second alinéa de l'article R. 4301-3-1, les modalités de la coordination par un médecin, de la prise en charge individuelle des patients.

Le protocole d'organisation est signé par le ou les médecins et le ou les infirmiers exerçant en pratique avancée. Le modèle du document prévu à l'article R. 4301-6, élaboré par le ou les médecins et par le ou les infirmiers exerçant en pratique avancée, figure en annexe du protocole. Le protocole est porté, le cas échéant, à la connaissance de l'ensemble de l'équipe de soins. »

Nous avons donc un texte qui limite totalement l'autonomie de l'infirmier en pratique avancée. Le principal problème ici est que ce texte va au final à l'encontre du choix du législateur et qu'il ne semble fondé sur aucune base légale. En cas de contentieux, il serait plus que probable que cet article se verrait mettre en grande difficulté voire serait déclaré totalement contraire à l'intention de la loi et donc in fine cesserait d'exister.

Cette limitation problématique (et le fait que le texte initial ne comporte pas cette difficulté) est pointée par le rapport « Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé de Novembre 2021 »¹⁰ fait par l'IGAS. Il pointe notamment la nécessité de faire évoluer ce cadre.

De plus, comme évoqué plus haut la profession infirmière est composée de la profession socle, mais aussi de spécialités (infirmiers de bloc opératoire, anesthésistes, puéricultrices) et des infirmiers en pratique avancée. Et elle comprend aussi des statuts spécifiques, tels que les infirmiers de santé au travail et les infirmières de l'Éducation nationale et de l'Enseignement supérieur.

Aujourd'hui chaque spécialité ou exercice spécifique est traité de façons très hétérogènes avec un degrés d'autonomie ou d'actes exclusifs variable. Il faudra donc trouver un moyen d'intégrer ces pratiques dans le cadre du champ des pratiques avancées et en tenant compte des spécificités de chaque exercice. C'est ce que nous proposons dans la troisième partie.

¹⁰ Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé, rapport IGAS (<https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article842>)

2) Impact du Covid-19 sur la profession infirmière

Lors du premier confinement les soins hospitaliers furent déprogrammés, les cabinets médicaux fermèrent et au final, les infirmiers, dernière profession se rendant encore au domicile du patient, ont dû adapter leur façon de travailler. Deux textes emblématiques vinrent modifier les pratiques : le texte concernant le télésoin et celui sur la vaccination anti-covid.

a) Le télésoin

Le télésoin avait déjà été envisagé par la loi Buzyn mais le décret d'application tardait à sortir. Toutefois suite à une demande forte de l'Ordre National des Infirmiers¹¹, un texte concernant la gestion du Covid a été publié.

Il faut rappeler le contexte : les infirmiers libéraux continuaient à se rendre à domicile. Toutefois entre défiance et difficulté à organiser des tournées Covid et non Covid, il a été donné aux infirmiers libéraux la possibilité de développer une consultation de suivi du Covid par le biais de l'outil télésoin.

Cela a été, par la même occasion, une vraie reconnaissance du rôle clinique de la consultation infirmière sur un sujet aussi peu connu que le Covid à ce moment de la pandémie.

Le dispositif, comme énoncé par l'Ordre National des Infirmiers¹², est encadré par le Décret n° 2020-277 du 19 mars 2020 modifiant le décret n° 2020-73 du 31 janvier 2020 portant adoption de conditions adaptées pour le bénéfice des prestations en espèces pour les personnes exposées au coronavirus.

¹¹ Communiqué de Presse : COVID-19 :

L'Ordre des infirmiers réclame 7 mesures en urgence (<https://www.ordre-infirmiers.fr/actualites-presse/articles/covid19-lordre-reclame-7-mesures-en-urgence.html>)

¹² Communiqué de Presse : COVID-19 : L'Ordre des infirmiers obtient le télésoin (<https://www.ordre-infirmiers.fr/actualites-presse/articles/covid-19-lordre-infirmiers-obtient-le-telesoin.html>)

Le dispositif est le suivant : le décret « *détermine les conditions dérogatoires de prise en charge des activités de télésoin réalisées par les infirmiers pour les personnes dont le diagnostic d'infection à covid-19 a été posé cliniquement ou biologiquement. Ces personnes pourront bénéficier d'activités de télésoin même si elles ne remplissent pas les conditions de droit commun, notamment parce qu'elles n'ont pas réalisé au préalable une première consultation en présentiel avec un infirmier. Ces activités de télésoin pourront être réalisées en utilisant n'importe lequel des moyens technologiques actuellement disponibles pour réaliser une vidéotransmission (site ou application sécurisé via un ordinateur, une tablette ou un smartphone, équipé d'une webcam et relié à internet). Lorsque le patient ne dispose pas du matériel nécessaire pour réaliser une vidéotransmission, les activités de télésoin pourront être effectuées par téléphone. Le présent décret prévoit également une exonération du ticket modérateur sur les téléconsultations réalisées pour les personnes dont le diagnostic d'infection à covid-19 a été posé ou suspectées de l'être ainsi que pour les actes de télésuivi infirmier.* »

Nous avons donc ici une application dérogatoire du télésoin avant même la sortie du décret de base servant à l'application de cet outil au service du patient. La crise du Covid aura donc débloqué un texte valorisant la pratique infirmière et facilité l'accès aux soins des patients.

b) La vaccination anti-covid 19 :

Ce cas est encore plus emblématique car il démontre parfaitement les freins institutionnels à l'évolution infirmière, en premier lieu, la volonté des patients à voir évoluer le cadre d'intervention infirmière et finalement une dérogation ouvrant la voie à une évolution globale de l'activité infirmière.

Premièrement, un avis du 2 mars 2021 de la Haute Autorité de Santé (HAS) est prononcé en faveur de « l'extension des compétences vaccinales des pharmaciens, des sage-femmes et des infirmiers pour l'ensemble des vaccins contre la Covid-19 »¹³

¹³ Communiqué de Presse : « Ne prenons pas le risque d'exclure de la vaccination les populations les plus isolées » (<https://www.ordre-infirmiers.fr/actualites-presse/articles/reaction-avis-has-extension-campagne-vaccination.html>)

Toutefois, la principale problématique était ici le fait que si les pharmaciens et les sages femmes obtiennent la prescription et la délivrance du vaccin anti covid, les infirmiers eux se voient refuser le droit de prescrire (y compris les infirmiers en pratique avancée).

Il est alors constaté qu'une certaine partie de la population, les personnes isolées, sans médecin traitant et ne se déplaçant pas, n'auront pas accès à la vaccination.

Cet avis de l'HAS sera suivi d'un décret reprenant le texte de la HAS et excluant de facto les infirmiers de la prescription de la vaccination anti-covid 19 ¹⁴.

Il faudra alors une tribune commune entre France Assos Santé et l'Ordre National des Infirmiers¹⁵ dénonçant le danger de cet avis et du décret qui suivit pour faire bouger les lignes.

Olivier Véran, alors Ministre des Solidarités et de la Santé annoncera donc la parution d'un décret ouvrant le droit de prescription aux infirmiers dans le cadre de la vaccination anti Covid.¹⁶

Suite à cette annonce, paraîtra le Décret n° 2021-325 du 26 mars 2021 modifiant les décrets n° 2020-1262 du 16 octobre 2020 et n° 2020-1310 du 29 octobre 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de Covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire. Ce texte transposera la volonté du ministre, contre l'avis de la HAS, donnant le pouvoir de prescription aux infirmiers pour lutter contre le Covid-19.

Suite à cela et au rôle majeur des infirmières et des infirmiers dans la stratégie de vaccination contre le Covid-19, c'est le rôle global des infirmiers dans le cadre de la stratégie vaccinale qui

¹⁴ Communiqué de presse : L'Ordre National des Infirmiers dénonce l'incohérence de l'avis de la Haute autorité de Santé concernant le rôle de la profession infirmière sur la vaccination et appelle les pouvoirs publics à prendre de nouvelles mesures fortes pour accélérer la vaccination (<https://www.ordre-infirmiers.fr/actualites-presse/articles/ordre-infirmiers-denonce-incoherence-avis-has-sur-le-role-des-infirmiers-vaccination-covid19.html>)

¹⁵ Tribune Les infirmiers, clés de voute de l'accélération de la campagne de vaccination anti covid
Tribune publiée dans Le Journal du dimanche, le 14/03/2021 <https://www.ordre-infirmiers.fr/actualites-presse/actualites-delordre/tribune-gerard-raymond-et-patrick-chamboredon-campagne-vaccination-anticovid.html>

¹⁶ Communiqué de presse L'Ordre National des Infirmiers se félicite de l'ouverture du droit de prescription aux infirmiers dans le cadre de la vaccination anti-covid 19 <https://www.ordre-infirmiers.fr/actualites-presse/articles/ouverture-droit-prescription-infirmiers-vaccination-anti-covid-19.html>

verra une réelle évolution mais qui porte à débat quant à l'interprétation des textes, ce que nous analyserons en partie 2.

c) Les autres avancées

Si les deux avancées citées ci-dessus ont été significatives, il ne faut pas oublier les points suivants :

Les avancées pour lutter directement contre le Covid-19 :

- **Arrêté du 24 juillet 2020** modifiant l'arrêté du 10 juillet 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de Covid-19 dans les territoires sortis de l'état d'urgence sanitaire et dans ceux où il a été prorogé :
 - Cet arrêté est venu autoriser les infirmiers diplômés d'Etat à réaliser le prélèvement d'échantillon biologique (test RT PCR)

Les avancées qui s'inspirent de l'autonomie gagnée par les infirmières et les infirmiers lors de la crise du Covid-19 :

- **Loi n°2020-1576 pour le financement de la sécurité sociale 2021 :**
 - Article 66 de la Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 : confie à titre expérimental et pour une durée de 3 ans certaines activités de suivi de l'état de santé des salariés agricoles aux infirmiers en santé au travail.
- **Loi n° 2021-1018 du 2 août 2021** pour renforcer la prévention en santé au travail :
 - Article 22 : "La visite médicale de mi-carrière peut être réalisée par un infirmier de santé au travail exerçant en pratique avancée."
 - Article 34 : Définition de l'infirmier de santé au travail : assure les missions qui lui sont dévolues par le Code du Travail ou déléguées par le médecin du travail, dans la limite des compétences prévues pour les infirmiers par le code de la santé publique.

➤ **Décret n° 2022-610 du 21 avril 2022** relatif aux compétences vaccinales des infirmiers et des pharmaciens d'officine :

- Extension de la compétence des infirmiers en matière d'administration des vaccins (la prescription médicale n'est plus nécessaire pour l'administration de certains vaccins).

➤ **LOI n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023 :**

- Nouvelle compétence de prescription vaccinale pour les infirmiers ;
- Expérimentation de l'accès direct pour les infirmiers en pratiques avancées (IPA) dans les structures d'exercice coordonné ;
- Expérimentation autorisant les infirmiers à signer les certificats de décès.

➤ **LOI n° 2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé :**

- Accès direct et primo prescription pour les IPA dans le cadre d'un exercice coordonné (cette partie fera l'objet d'un développement spécifique en partie 2 de la présente note)
- L'infirmière ou l'infirmier est autorisé à prendre en charge la prévention et le traitement de plaies ainsi qu'à prescrire des examens complémentaires et des produits de santé.

B) Les enseignements des expérimentations :

Si plusieurs expérimentations ont été votées ces dernières années ce sont les expérimentations sur les protocoles de coopération et les expérimentations au parcours (Article 51 LFSS) qui peuvent nous apporter les meilleurs enseignements sur l'évolution nécessaire de la profession infirmière.

1) Les protocoles de coopération, source d'inspiration pour faire évoluer la profession :

a) Le cadre de ces protocoles

Ces protocoles sont encadrés par l'article L4011-1 du CSP :

« Par dérogation aux articles L. 1132-1, L. 4111-1, L. 4161-1, L. 4161-3, L. 4161-5, L. 4221-1, L. 4241-1, L. 4241-13, L. 4251-1, L. 4301-1, L. 4311-1, L. 4321-1, L. 4322-1, L. 4331-1, L. 4332-1, L. 4341-1, L. 4342-1, L. 4351-1, L. 4352-2, L. 4361-1, L. 4362-1, L. 4364-1, L. 4371-1, L. 4391-1, L. 4392-1, L. 4393-8, L. 4394-1 et L. 6316-1, les professionnels de santé travaillant en équipe peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération pour mieux répondre aux besoins des patients. Par des protocoles de coopération, ils opèrent entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de prévention ou réorganisent leurs modes d'intervention auprès du patient.

Les protocoles de coopération précisent les formations nécessaires à leur mise en œuvre.

Le patient est informé des conditions de sa prise en charge dans le cadre d'un protocole de coopération. »

Le ministère de la santé rappelle le cadre de ces protocoles sur son site internet :

« Les protocoles de coopération permettent aux professionnels de santé travaillant en équipe d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de prévention ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient.

Les protocoles ont plusieurs objectifs

- Faciliter l'accès des patients aux soins et à la prévention en diversifiant l'offre qui leur est proposée par des professionnels de santé travaillant en équipe

- Soulager et consolider les équipes en libérant du temps médical mais aussi en valorisant les compétences des professionnels de santé non médecins membres de l'équipe.

La mise en œuvre d'un protocole peut également inciter les équipes de professionnels de santé peu formalisées à se coordonner davantage et à progresser vers une organisation de type MSP.

La démarche est volontaire de la part de chaque professionnel désireux de s'engager, incluant au moins un délégant et un délégué. »

Il est important ici de se poser sur le but initial de ces protocoles, la volonté première du législateur était de généraliser et faire rentrer dans le droit commun les évolutions positives expérimentées par ces protocoles, malheureusement le résultat fut tout autre.

En effet l'article L4011-2 du CSP avait comme rédaction initiale celle-ci :

« Les professionnels de santé soumettent à l'agence régionale de santé des protocoles de coopération. L'agence vérifie que les protocoles répondent à un besoin de santé constaté au niveau régional puis les soumettent à la Haute Autorité de santé.

Ces protocoles 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.

Le directeur général de l'agence régionale de santé autorise la mise en œuvre de ces protocoles par arrêté pris après avis conforme de la Haute Autorité de santé.

La Haute Autorité de santé peut étendre un protocole de coopération à tout le territoire national. Dans ce cas, le directeur général de l'agence régionale de santé autorise la mise en œuvre de ces protocoles par arrêté. Il informe la Haute Autorité de santé de sa décision.

Les protocoles de coopération étendus sont intégrés à la formation initiale ou au développement professionnel continu des professionnels de santé selon des modalités définies par voie réglementaire. »

Une volonté certaine de généraliser cette délégation de tâche et même d'intégrer cela dans la formation initiale et continue était donc prévue. Pourtant la rédaction de 2019 (toujours applicable) est venue jeter un flou sur la généralisation des protocoles :

« Les protocoles de coopération sont rédigés par les professionnels de santé. Un décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Haute Autorité de santé définit les exigences essentielles de qualité et de sécurité des protocoles de coopération. Les protocoles précisent les dispositions d'organisation spécifiques auxquelles est subordonnée leur mise en œuvre. »

Nous sommes donc passés d'une vision expérimentale avec possible généralisation à un dispositif d'élargissement du rôle sous protocole de l'infirmier passant par un encadrement juridique spécifique. Il est à noter qu'un comité de suivi des protocoles a été créé et peut enclencher cette généralisation. Sur les faits, ces protocoles perdurent dans leur forme première

et ne sont, à ce stade, pas généralisés ce qui contrevient à la volonté première de ceux qui ont instauré ce dispositif.

« Art. L. 4011-3.-I.-Un comité national des coopérations interprofessionnelles est chargé de la stratégie, de la promotion et du déploiement des coopérations interprofessionnelles. Il propose la liste des protocoles nationaux à élaborer et à déployer sur l'ensemble du territoire, appuie les professionnels de santé dans l'élaboration de ces protocoles et de leur modèle économique et émet un avis sur leur financement par l'assurance maladie. Il assure le suivi annuel et l'évaluation des protocoles autorisés. A cette fin, lui sont transmises annuellement les données pertinentes pour chacun des protocoles mis en œuvre.

« Le comité national des coopérations interprofessionnelles peut proposer l'intégration des actes dérogatoires dans les compétences réglementaires des professionnels. Il propose leurs modalités de financement et de rémunération définitives par leur inscription sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale. »

Il est donc important de tirer enseignement de ces protocoles et de mettre cela en perspective de l'évolution infirmière.

b) Les protocoles qui pourraient être intégrés dans le rôle propre ou dans le rôle prescrit :

Voici la liste des actes issus de ces protocoles qui pourraient être transférés selon les rôles infirmiers au regard des retours de terrain.

Les actes à transférer en rôle propre dans le cadre d'un exercice coordonné en établissement de santé ou en structure médico-sociale le cas échéant

- Mesure de l'élastométrie du foie avec l'appareil de mesure FibroScan en lieu et place d'un médecin
- Evaluation du bilan radiologique requis et sa demande anticipée par l'infirmier ou l'infirmière organisateur de l'accueil (IOA), en lieu et place du médecin, pour les patients se présentant avec un traumatisme de membre dans un service d'urgences
- Réalisation de sutures de plaies simples par un infirmier en lieu et place d'un médecin

- Réalisation d'échoguidage pour la ponction veineuse ou pose de voie veineuse périphérique au niveau du membre supérieur ou pour la ponction radiale artérielle par un(e) infirmier(e) en lieu et place d'un médecin dans l'ensemble des services MCO notamment en structure d'urgence
- Indication et réalisation d'une ponction de lymphocèle chez les patientes en post-opératoire d'une chirurgie mammaire curative et/ou reconstructrice
- Consultation infirmière de suivi des patients traités par anticancéreux oraux à domicile.
- Réalisation de Bilan Uro-Dynamique (BUD) par une infirmière experte en urologie en lieu et place d'un médecin
- Prise en charge des plaies chroniques des membres inférieurs et du pied diabétique par un(e) IDE
- Suivi de patients diabétiques traités par insuline munis d'un carnet glycémique électronique et surveillés par télémedecine avec prescriptions et soins par l'infirmier en lieu et place du médecin
- Réalisation de ponction médullaire en crête iliaque postérieure à visée diagnostique par une infirmière en lieu et place d'un médecin
- Suivi, prescriptions et orientation de patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou une affection apparentée par une infirmière en lieu et place du médecin
- Première consultation d'alcoologie par une infirmière, pour des patients adressés par un service des urgences

- Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée, avec ou sans télémedecine, des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un infirmier
- Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée, avec ou sans télémedecine, des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un infirmier
- Contrôle des dispositifs implantables rythmologiques par un(e) infirmier(e) associant une prise en charge en présentiel et en télémedecine
- Réalisation des manométries œsophagienne, ano-rectale et pHmétrie par des infirmier(e)s du service d'exploration fonctionnelle digestive
- Consultation Infirmier(e) en médecine du voyage pour le conseil, la vaccination, la prescription de médicaments à titre préventif, la prescription et l'interprétation de sérologies à visée vaccinale, la prescription de vaccins
- Consultation de santé sexuelle par l'infirmier ou l'infirmière en centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD), centre de planification et d'éducation familiale (CPEF) et centre de santé sexuelle, en lieu et place du médecin
- Evaluation et suivi de plaies complexes et/ou à retard de cicatrisation par un(e) infirmier(e) expert(e) en plaies et cicatrisation dans le cadre d'un réseau pouvant fonctionner en télémedecine

Les actes à transférer en rôle sous prescription dans le cadre d'un exercice coordonné en établissement de santé

- Réalisation d'échographies des veines et/ou artères des membres supérieurs par une infirmière en lieu et place d'un médecin
- Pose de voie veineuse centrale par l'IDE
- Pose de Midline
- Ablation de drains de Redon® pleuraux et médiastinaux par l'infirmier

- Réalisation d'une paracentèse d'ascite à visée thérapeutique par une infirmière, en lieu et place d'un médecin
- Réalisation de la première injection intra caverneuse (IIC) d'ALPROSTADIL et des injections suivantes en cas de besoin, interprétation du résultat, validation ou invalidation du traitement par IIC, dans le cadre de la mise en place et du suivi du programme d'éducation du patient, par un(e) infirmier(e) en lieu et place d'un médecin
- Repérage vasculaire par échographie et ponction écho-guidée d'une fistule artérioveineuse chez un patient hémodialysé réalisé par un infirmier
- Sur prescription médicale, réalisation de photos du fond d'œil par rétinographie grand champ numérique, par une puéricultrice diplômée d'état en lieu et place d'un médecin ophtalmologiste pédiatrique
- Réalisation de séances de laser basse énergie pour la prévention et le traitement des mucites buccales chimio et/ou radio-induites chez les patients atteints de cancer par un infirmier ou un manipulateur d'électroradiologie
- Réalisation d'échocardiographie par un professionnel non médecin : enregistrement et pré interprétation des paramètres écho cardiographiques trans-thoraciques (ETT) par une infirmière diplômée d'état en lieu et place d'un médecin cardiologue avant contrôle et interprétation médicale définitive

Les actes à transférer en rôle propre dans le cadre d'un exercice libéral coordonné

- Renouvellement du traitement de la rhino-conjonctivite allergique saisonnière pour les patients de 15 à 50 ans par l'infirmier diplômé d'Etat et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle
- Prise en charge de la pollakiurie et de la brûlure mictionnelle chez la femme de 16 à 65 ans par l'infirmier diplômé d'Etat et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle

- Prise en charge de l'odynophagie par l'infirmier diplômé d'Etat ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle
- Prise en charge de l'enfant de 12 mois à 12 ans de l'éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse par l'infirmier diplômé d'Etat ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle
- Réalisation du frottis cervico-utérin (FCU) de dépistage du cancer du col de l'utérus par l'infirmière du centre de santé
- Intervention d'infirmières libérales à domicile afin de diagnostiquer et d'initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé

Actes à transmettre à la pratique avancée infirmière :

- Prise en charge par l'infirmier des diabétiques insulino-traités par pompe à insuline externe selon un Plan d'Education Personnalisé Electronique (ePEP) avec prescriptions et soins de premier recours en lieu et place du médecin
- Consultation infirmière de suivi des patients atteints de dystrophie myotonique de Steinert (DM1) entre deux consultations multidisciplinaires
- Interprétation des résultats de glycémie capillaire, et adaptation des doses d'insuline de patients atteints de diabète de type 1, de diabète de type 2, ou de diabète gestationnel, par une infirmière en consultation hospitalière
- Prise en charge des patients parkinsoniens traités par stimulation cérébrale profonde (SCP) : adaptation des réglages de stimulation par une infirmière en lieu et place du médecin à partir des évaluations motrice, comportementale et psycho sociale
- Consultation infirmière de suivi de patients bénéficiant d'une chirurgie de l'obésité, avec prescriptions de médicaments en lieu et place du médecin

Ces protocoles ont permis, pour la plupart, de répondre à des besoins d'accès aux soins en déléguant des compétences aux infirmiers pour palier un manque de personnel médical. Les résultats ont permis de fluidifier le parcours de soins tout en gardant un niveau de qualité et de sécurité optimale. Il est donc temps d'utiliser la possibilité de passer à l'étape supérieure en intégrant ces compétences à l'exercice infirmier par un transfert définitif de compétence.

Evidemment si ces protocoles nourrissent la réflexion sur la réforme infirmière, une expérimentation particulière va aussi apporter un enseignement plus que pertinent.

2) Article 51 LFSS 2018 : une expérimentation au parcours qui va plus loin que son objet initial.

L'objectif du dispositif article 51 est de promouvoir des organisations innovantes contribuant à améliorer le parcours des patients, l'efficacité du système de santé, l'accès aux soins ou encore la pertinence de la prescription des produits de santé. Chaque expérimentation doit déroger au droit existant.

Pour analyser l'apport de cette expérimentation, nous nous baserons sur deux axes : l'extrait d'un avis du CEERDS¹⁷ sur l'expérimentation EQUILIBRES qui est un exemple de réussite dans le cadre de ce dispositif d'expérimentation et l'analyse des autres expérimentations touchant l'exercice infirmier.

a) Extrait de l'Avis du CEERDS sur l'expérimentation EQUILIBRES

Le CEERDS a rendu un avis le 11/09/2023 sur l'expérimentation EQUILIBRES et son apport à l'évolution de la profession infirmière (avis signé par le Professeur François Vialla et Grégory Caumes). En voici les extraits concernant la profession infirmière.

➤ Extrait sur le cadre de l'expérimentation :

¹⁷ Centre Européen d'Etudes et de Recherche Droit et Santé

L'expérimentation dite EQUILIBRES prend place dans le cadre du dispositif instauré par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, plus précisément son article 51.

Le dispositif de l'article 51 LFSS est clair : il s'agit de mettre une expérimentation de coordination et de prise en charge globale par le biais de dérogation au financement et/ou le cas échéant aux méthodes classiques d'organisation du parcours des patients. Le but recherché est une meilleure efficacité de notre système de santé. Cette expérimentation vise donc en priorité le code de la sécurité sociale. L'intention de base n'était donc pas de déroger aux compétences des professionnels.

L'encadrement juridique est donc clair et est rappelé comme suit par le ministère de la santé sur son site internet :

« Le décret du 21 février 2018 précise les modalités de mise en œuvre expérimentale du dispositif, dont les grandes orientations sont définies par le conseil stratégique de l'innovation en santé. Installé le 5 avril 2018 par Agnès Buzyn, ce conseil suit en outre les expérimentations et, in fine, se prononce sur l'opportunité de leur généralisation.

La circulaire du 13 avril 2018 relative au cadre d'expérimentation pour les innovations organisationnelles prévu par l'article 51 de la LFSS pour 2018 précise les modalités de mise en œuvre du dispositif de l'article 51 par les agences régionales de santé.

Seront éligibles les expérimentations portant notamment sur la coordination du parcours de santé, la pertinence et la qualité des prises en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale, la structuration des soins ambulatoires et l'accès aux soins. »

L'expérimentation EQUILIBRES prend place dans ce cadre et se présente comme suit dans l'article 1 de l'Arrêté du 12 juillet 2019 relatif à l'expérimentation EQUILIBRES qui autorisera l'expérimentation (et qui sera complété par Arrêté du 21 avril 2023 modifiant l'arrêté du 12 juillet 2019 relatif à l'expérimentation EQUILIBRES) :

« L'expérimentation pour la forfaitisation au temps passé auprès des patients pour les soins infirmiers à domicile, associée à une évaluation standardisée et régulière de la situation des patients, est autorisée conformément au cahier des charges en annexe du présent arrêté pour une durée de trois ans à compter de la prise en charge du premier patient. »

Si cette expérimentation prend place dans un cadre précis, elle va révéler un impact supérieur à son objet dans le cadre des enseignements que nous pouvons en tirer.

Car si l'expérimentation dite « au parcours de soins » d'EQUILIBRES ne vise en théorie qu'à expérimenter en dérogeant aux règles de financement, elle a aussi apporté un grand nombre d'enseignements sur la pratique infirmière.

➤ **Extrait sur l'apport de cette expérimentation dans le cadre de la réforme infirmière :**

Annoncée le 20 janvier 2022 par Olivier Véran, alors Ministre de la Santé, lors du colloque présidentiel de l'Ordre National des Infirmiers, puis confirmée le 12 mai 2023 par François Braun, succédant à Olivier Véran au poste de ministre de la Santé, et impulsée par Aurélien Rousseau, nouveau ministre de la santé, la réforme du décret infirmier est enfin lancée.

Le cadre est clair, il s'agit de passer d'un décret d'acte à un décret à mission selon les définitions de rapport Berland (Cf. Supra).

Pour rappel, la deuxième catégorie de professions de santé celle à actes, vise une liste d'actes limités dont le professionnel ne peut s'extraire. La profession infirmière fait partie de cette catégorie.

Faire sortir la profession infirmière de sa catégorie permettra de viser un champ plus large et au final d'avoir un décret qui s'adapte avec le temps, aux besoins des patients et aux orientations posées par les sociétés savantes.

L'expérimentation EQUILIBRES répond déjà à cela, car elle a défini plusieurs missions qui rentrent justement dans ce paiement au temps passé auprès du patient et les missions sont les suivantes :

- ***Mission d'évaluation standardisée et prise en charge globale pour le maintien de l'autonomie qui consacre la consultation infirmière et l'adaptation par l'infirmier de la prise en charge infirmière***

La base de l'action des professionnels intégrés à l'expérimentation EQUILIBRES est définie dans la charte de l'expérimentation :

« Les infirmiers accompagnent leurs patients par une prise en soins holistique/globale incluant les soins de nursing, en ayant toujours à l'esprit l'intention de « se rendre le plus inutile possible », entendu comme :

- Viser un rétablissement le plus prompt possible de la santé du patient dans toutes ses dimensions*
- Construire ou protéger l'autonomie du patient, en mobilisant toutes les ressources disponibles, en commençant par celles de la personne elle-même et de son entourage dans le respect et la sécurité des différentes parties prenantes*
- Eviter les dépenses de santé évitables et rechercher l'efficacité de ressources publiques ».*

Nous avons donc, tout au long de la prise en charge du patient, une analyse clinique de la situation et une adaptation de la prise en charge. Nous pourrions donc traduire cela par la consécration de la consultation infirmière comme suit :

La consultation infirmière permet un suivi personnalisé centré sur la personne et la manière dont elle vit sa maladie au quotidien. Ce n'est pas une consultation médicale, la consultation infirmière permet une évolution clinique du patient au regard de l'expertise et de la compétence infirmière. Elle permet d'améliorer la qualité de vie et l'autonomie du patient.

Elle limite aussi l'apparition de complications et permet, en ce sens, la réduction des coûts liés à la santé.

La consultation infirmière est un dispositif de prise en soin global, ayant vocation à répondre à plusieurs données ou problèmes présentés par un patient, dans le cadre du vécu de sa maladie.

Les objectifs de la consultation infirmière sont multiples et permettent au patient et au professionnel infirmier d'organiser un suivi individualisé et étalé dans le temps.

Cette consultation permet ensuite l'adaptation des traitements et de la prise en charge au niveau infirmier.

Pour réussir cet item il faudrait :

- ☐ *Une consultation déclenchable directement et de manière autonome [par l'infirmier]*
- ☐ *Une consultation pouvant être liée à des consultations plus poussées pour les IPA en application du principe de gradation des soins entre professionnels*

- ☐ Une proposition de création d'une consultation infirmière d'évaluation et de coordination du parcours de santé
- ☐ La recherche de signes cliniques et la prévention des complications par l'éducation thérapeutique du patient¹⁸
- ☐ La mise en évidence de la nécessité d'une consultation médicale
- ☐ La mise en évidence d'effets secondaires de traitements en cours
- ☐ L'ajustement éventuel de posologie d'un traitement en cours
- ☐ Le renouvellement de traitement
- ☐ La prescription de bons de transports.

- **Mission d'éducation thérapeutique et de prévention**

Dans la charte EQUILIBRES, il est précisé que « les soignants doivent se rendre le plus inutile possible en développant notamment les missions d'éducation thérapeutique et de prévention ». Se rendre inutile signifie rendre le patient le plus autonome possible.

Nous rejoignons ici les propositions de l'Ordre National des Infirmiers dans le cadre de sa contribution au Ségur de la santé :

« Autoriser l'infirmier à déclencher de lui-même tout acte touchant l'éducation thérapeutique dans le cadre des maladies chroniques.

Nous sommes ici réellement dans l'enjeu de la décennie. L'infirmier a démontré pendant la crise Covid son implication dans le maintien des soins aux patients souffrant de pathologie chronique. Toutefois, la prescription a souvent été un frein alors même que ces patients étaient bien connus des infirmiers pour des actes, enseignant la plupart du temps des gestes de la vie

¹⁸ Selon la définition du rapport OMS-Europe publié en 1996, l'éducation thérapeutique du patient « vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider, ainsi que leurs familles, à comprendre leur maladie et leur traitement, à collaborer ensemble et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie. »

de tous les jours. Il est donc demandé, dans l'intérêt du patient, de permettre à l'infirmier de déclencher de lui-même tout acte touchant l'éducation thérapeutique dans le cadre des maladies chroniques »

Le Cabinet Asteres avait rendu l'avis suivant sur cette proposition :

« Effet attendu à l'hôpital et en ville : l'infirmier doit actuellement prescrire chaque rendez-vous, ce qui impacte négativement sa productivité et alourdit les procédures administratives sans améliorer la qualité du suivi. En effet, la littérature scientifique a mis en évidence l'efficacité des infirmiers dans l'éducation thérapeutique, démontrant que leur relation avec le patient peut même améliorer l'efficacité du suivi, renforcer l'observance thérapeutique et augmenter le taux de participation des patients. La proposition n'aurait donc pas d'impact négatif sur la qualité de l'acte fourni et pourrait améliorer la productivité des médecins, renforçant¹⁹ l'efficacité du système de soins. De plus, elle réduirait les délais de prise en charge en permettant à l'infirmier d'agir sans en faire la demande préalable au médecin.

Condition requise : aucune.

Impact économique : gain de productivité du service (meilleure coordination entre l'infirmier et le médecin) »

- ***Mission de coordination du parcours***

L'expérimentation EQUILIBRES démontre l'importance de la coordination du parcours du patient par l'infirmier pour permettre une prise en charge efficiente mais aussi pour soulager les aidants. Ce travail de coordination est lié avec la mission de consultation infirmière.

- ***Mission de soins relationnels***

Le centre de cette expérimentation est le temps passé auprès du patient et ainsi, cette expérimentation est venue corriger un des plus gros manquements de la rémunération à l'acte, oublier que le temps d'échange avec le patient est aussi un soin. EQUILIBRES redonne sa pleine place au soin relationnel.

Le « soin relationnel » est issu des soins infirmiers qui le définissent comme étant une Communication permettant d'apporter un soutien psychologique ou un support thérapeutique.

¹⁹ Il est important de souligner que les Médecins pratiquent très peu l'ETP, qui fait partie de leur DPC, puisque de 2020 à 2022, l'ordre a été destinataire d'informations concernant 83 968 praticiens, soit seulement 36,2 % de la population active ayant effectué un DPC

Le Décret N°2004-802 du 29 juillet 2004 inscrit le soin relationnel dans une prise en charge globale du patient.

Il faudra donc définir, valoriser et promouvoir ce temps auprès du patient comme une mission prioritaire de l'infirmier. C'est aussi rappeler que les actes techniques ne sont pas les seuls actes de soins que peut dispenser un infirmier. Le temps social auprès du patient est tout aussi important.

b) Les autres expérimentations dans le cadre de l'article 51 LFSS

Pour analyser les autres apports de ces expérimentations nous nous pencherons sur les extraits suivants des rapports au Parlement concernant l'exécution de ce dispositif.

➤ Extraits du rapport aux parlementaire de 2021 concernant le bilan annuel de l'article 51 LFSS

Le projet de parcours de soins dénutrition Bretagne

« Cette expérimentation, autorisée début 2021, propose, pour tout adulte dépisté dénutri au CHU de Rennes, un forfait partagé (associant l'infirmière, le médecin traitant, la diététicienne). de prise en charge de la dénutrition sur plusieurs mois, avec une phase hospitalière (dépistage et évaluation nutritionnelle, instauration d'une stratégie thérapeutique et organisation du suivi en ville), suivi d'un accompagnement en ville Pour assurer la coordination entre la ville et l'hôpital, l'infirmière de parcours organisera des réunions de coordination pluridisciplinaire rassemblant les professionnels des deux secteurs. Par la suite, les informations seront partagées sur un système d'information accessible en ville et à l'hôpital. »

Nous avons donc ici la mise en lumière de la mission de coordination, orientation et suivi du parcours du patient par un infirmier coordinateur.

RSMO – suivi à domicile des personnes invalides et/ou âgées par les médecins traitants et les infirmiers en Pays de la Loire ;

« Le projet RSMO : Suivi à domicile des personnes invalides et/ou âgées par les médecins traitants et les infirmiers en Pays de la Loire a été autorisé en juillet 2019 pour permettre un suivi de proximité coordonné entre médecin traitant de MSP et IDE pour des patients âgés ou en situation de handicap ne pouvant pas se déplacer au cabinet du médecin. Dans ce projet c'est l'IDE, sous la responsabilité du médecin, qui assure le suivi mensuel au domicile et transmet au médecin les informations afin qu'il décide de la procédure à suivre. Ce projet ne prévoit donc pas de dérogations aux compétences infirmières »

Ici nous avons la mission de suivi du patient et la partie collecte et remonté d'information ainsi que l'avis qui est dispensée par l'infirmière, qui confirme le rôle d'analyse clinique de l'infirmier.

➤ Extrait du Rapport 2022 :

Le rapport 2022 est encore plus précis sur cette évolution du rôle infirmier.

« Quels que soient les porteurs et le lieu d'exercice des expérimentateurs (en ville ou à l'hôpital), les infirmiers font partie des professionnels les plus représentés dans les expérimentations autorisées. »

Les rôles cruciaux des infirmiers dans la coordination et le suivi du parcours du patient sont donc particulièrement reconnus dans ces retours de terrain. Ces points sont à nouveau justifiés juste après :

« La place prépondérante de la profession infirmière s'explique par trois qualités qui leur permettent d'être un « fil rouge » indispensable des expérimentations :

— L'expertise singulière des infirmiers,

— leur polyvalence,

— et adaptabilité. »

« Au cours des expérimentations, les infirmiers élargissent leurs compétences, avec la réalisation de nouvelles missions.

Aussi, la profession d'infirmier par ses missions de coordination favorise un environnement de travail collaboratif avec l'ensemble des équipes de soins et d'accompagnement : elle constitue un élément constitutif de la bonne prise en charge des patients. »

Le rapport cadre ces missions comme suit dans la partie suivante : « *Un rôle diversifié dans les expérimentations notamment de coordination* »

➤ Soins et accompagnement

« *Dans la majorité des expérimentations*

Un exemple : L'expérimentation EQUILIBRES propose une prise en charge holistique du patient dans le cadre d'un exercice en équipe et un mode de rémunération simplifié. Cette approche centrée sur les patients, leur autonomie, et leur qualité de vie au domicile permet ainsi aux infirmiers de mener plus effectivement les missions de soins, de prévention et de coordination qui leur sont dévolues. »

➤ Nouvelles missions avec des protocoles de coopérations dans 11 expérimentations

Un exemple : Dans CECICS (AP HP, IDF), des Cellules d'expertise et de coordination de l'Insuffisance cardiaque sévère (CECICS) composées d'infirmiers de coordination (IDEC) « délégués » et de cardiologues « délégants » mettent en œuvre un protocole de coopération insuffisance cardiaque. Ce protocole octroie aux IDE de nouvelles responsabilités : titration des traitements de l'insuffisance cardiaque et télésurveillance de l'insuffisance cardiaque.

➤ Coordination avec un rôle de : « fil rouge », « pivot du parcours », « point de contact », « lien privilégié et de confiance »

« Un exemple : l'expérimentation de financement à l'épisode de soins consiste à financer de manière forfaitaire l'ensemble des interventions nécessaires à la réalisation d'un épisode de soins préalablement défini, cette solidarité financière constitue un levier pour organiser le parcours des patients de façon coordonnée entre tous les acteurs. L'IDEC a une place centrale dans la gestion du parcours du patient (repérage et prévention des facteurs de risques, accompagnement et soutien du patient, coordination des différents intervenants. »

➤ Montée en compétence par des formations spécifiques dispensées

« Un exemple : dans l'expérimentation DOMOPLAIES, un centre expert régional (dermatologues et IDE experts en plaies complexes) sur la prise en charge médicale de plaies complexes, à disposition du médecin généraliste et des infirmiers (ères) de premier recours, à domicile ou en structure. Ce centre expert met en œuvre un protocole de coopération plaies complexes avec IDE expert et a recours à la téléconsultation pour les patients peu mobiles ou pour lesquels la prise en charge ne nécessite pas de déplacement. »

- Prises en charge spécifiques sur par exemple : santé sexuelle, prévention, plaies et cicatrisation, douleur, diabétologie...

« L'expérimentation Ako@dom/Picto portée par la société Continuum+ et l'association Patients en Réseau, en co-portage avec le Réseau Régional de Cancérologie du Grand Est et les hôpitaux Universitaires de Strasbourg, vise à améliorer l'accompagnement des patients traités par thérapies anticancéreuses, thérapies orales et/ou immunothérapie. Les différents parcours testés dans ce cadre s'appuient sur une organisation pluri-professionnelle décloisonnant les interventions de l'hôpital et de la ville. Pour les patients vulnérables, les parcours dits « appuyés » confient à l'infirmier libéral une intervention régulière au domicile du patient avec une mission d'identification et de collecte des effets indésirables, de conseils, et d'intervention de premier niveau ou de mise en œuvre des actions requises. L'infirmier libéral est ainsi préalablement formé aux traitements, protocoles et à l'outil numérique de suivi. »

Coordination, orientation dans le parcours de soins, autonomie... tout ce qui a déjà été évoqué dans les autres parties de cette note se trouve ainsi à nouveau confirmé par les autres expérimentations de l'article 51 LFSS.

Il est donc désormais important de voir l'impact de ces points sur les futurs textes traitant des compétences et rôles infirmiers au plan juridique.

Partie 2 : Les impacts juridiques à prévoir

Il est important ici de voir en premier lieu l'impact de ces constats sur le décret socle (A) et évidemment la conséquence sur la pratique avancée (B).

A) Impact sur le décret socle et réécriture nécessaire

a) Les propositions portées par l'Ordre National des Infirmiers

Les propositions de l'Ordre National des Infirmiers ont été les suivantes que cela soit dans le cadre du rapport IGAS, du Ségur et dans les différentes grandes consultations aux infirmiers ou au CNR (dans cet extrait elles seront résumées).

Nous allons ici voir les demandes de l'Ordre National des Infirmiers quant à un transfert d'actes dans les différents rôles infirmiers :

- **Sur le rôle propre infirmier :**

- *Entretien individuel et utilisation au sein d'une équipe pluridisciplinaire de techniques de médiation à visée thérapeutique ou psychothérapique*
- *Dans le cadre d'une prise en charge par un infirmier libéral, faire comme pour la prise en charge par un masseur-kinésithérapeute : une prescription médicale déclenche la prise en charge, le professionnel de santé adapte la prise en charge par le biais de son diagnostic clinique.*

➤ ***Sur Les nouvelles compétences infirmières***

- *Consultation infirmière*
- *Coordination du parcours de soin et adressage du patient au professionnel de recours nécessaire.*
- *Entretien individuel et utilisation au sein d'une équipe pluridisciplinaire de techniques de médiation à visée thérapeutique ou psychothérapique*
- *Constater le décès et réaliser le certificat de décès*
- *Evaluation et prescription des pansements médicamenteux*
- *Pour de prescription (matériel de pansements médicamenteux, prescription et adaptation des traitements antalgiques, prescription de bons de transport, prescription d'aide technique dans le secteur du Handicap, prescription d'examens complémentaires visant l'exploration et l'aide au diagnostic médical, prescription de radio conventionnelle...)*
- *Soins relationnels*

➤ ***Sur l'accès aux soins :***

- *Mettre en place l'infirmier référent : Permettre aux patients de désigner le professionnel de santé de leur choix en tant que référent de leur parcours de soins*
- *Réduire les délais de prise en charge par l'accès direct aux infirmiers sur leur rôle propre et reconnaître le diagnostic infirmier*

- *Permettre l'accès des patients aux infirmiers en premier recours pour le rôle autonome pour les infirmiers, total pour les infirmiers en pratique avancée*
- *Préserver la dignité des patients décédés et de leurs familles en permettant l'établissement du certificat de décès par les infirmiers*
- *Reconnaitre la mission de coordination dans les missions assurées par les infirmiers : permettre aux infirmiers d'adresser et d'orienter les patients vers d'autres professionnels de santé*
- *Permettre l'autonomie de la profession infirmière et renforcer son rôle dans les territoires en carence de professionnels médicaux*

➤ ***Sur les consultations en accès direct pour favoriser l'accès aux soins***

- *Le renouvellement de traitement, l'ajustement de posologie et l'examen biologique en relation avec ces prescriptions, avec notamment les anticoagulants oraux et injectables, l'adaptation des doses d'insuline, les antalgiques de palier 1, l'anti diarrhéique, l'anticholestérol*
- *La prescription de produits pharmaceutiques nécessaires à la réalisation des pansements et des activités infirmières courantes*
- *La réalisation de tests diagnostic*
- *La coordination du parcours avec adressage possible et la prescription de bons de transport*
- *En psychiatrie, l'accès direct, la consultation et l'adressage*

➤ ***Sur le pouvoir de prescription***

- *Prescription et adaptation des traitements antalgiques*
- *Prescription de bons de transport*
- *Prescription d'aide technique dans le secteur du Handicap*

Il est important de noter que dans cette partie nous avons raisonné en actes ou en compétences toutefois que cela soit l'Ordre National des Infirmiers, l'IGAS ou les annonces du ministère de

la santé, nous nous dirigeons vers un décret de missions bien encadrées juridiquement, il est donc important d'avoir une telle approche.

b) Leur traduction en missions

Voici les différentes missions possibles au regard de l'ensemble des travaux ci-dessus :

- Mission de premier recours dans le cadre de son rôle propre

Cette partie comprend donc la prévention, le dépistage, l'analyse clinique, le traitement et le suivi des patients ; La dispensation et l'administration de certains médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ; l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ; l'éducation pour la santé.

- Mission de consultation infirmière :

La consultation infirmière est un dispositif de prise en soin global, ayant vocation à répondre à plusieurs données ou problèmes présentés par un patient, dans le cadre du vécu de sa maladie. Les objectifs de la consultation infirmière sont multiples et permettent au patient et au professionnel infirmier d'organiser un suivi individualisé et établi dans le temps.

- Elargir les missions de prescription et d'adaptation des prescriptions au regard de la mission de consultation infirmière
- Mission de référent et de coordination du parcours du patient
- Mission de soins relationnel

Le « soin relationnel » est issu des soins infirmiers qui le définissent comme étant une communication permettant d'apporter un soutien psychologique ou un support thérapeutique. Le décret N°2004-802 du 29 juillet 2004 inscrit le soin relationnel dans une prise en charge globale du patient.

- La prévention et l'éducation à la santé (préconisé par l'IGAS)
- La coordination des parcours des patients (préconisé par l'IGAS)
- Les soins de proximité (préconisé par l'IGAS)
- Mission sur les nouvelles technologies et sur l'impact environnemental

Evidemment, avec une telle évolution la pratique avancée doit elle aussi se transformer.

B) Impact sur la pratique avancée

Pour articuler parfaitement la pratique avancée avec la profession soe infirmière il faudra appliquer une gradation des soins entre professionnels au regard de leurs compétences. Aujourd'hui la gradation des soins existe surtout en terme organisationnel et concerne notamment les établissements de santé avec un niveau de proximité, un niveau intermédiaire et le niveau de recours/spécialisé. Il devrait en être de même pour le niveau infirmier, le niveau en pratique avancée et le niveau médical. L'analyse qui suit se base notamment sur cette réflexion.

Dans sa contribution au Ségur de la santé, l'Ordre National des infirmiers a acté des axes d'évolutions souhaités pour la pratique avancée infirmière.

« Pour pleinement finaliser la réforme IPA, il semble nécessaire de revenir aux textes originaux.

Ouvrir de nouveaux domaines d'intervention pour les IPA, notamment dans le rôle de la prévention, des urgences (cf. le rapport de la cour des comptes de février 2019), réanimation, gériatologie (rapport Libault puis El Khomri en octobre 2019), ...

- Reconnaissance de leur rôle dans le premier recours avec un rôle de coordination et d'adressage*
- Compétences élargies sur la prévention et l'éducation thérapeutique (notamment santé au travail, santé scolaire où l'activité de prévention est déterminante pour agir sur les déterminants de santé)*
- Modification de la loi Touraine pour viser une autonomie accrue : pas d'adressage initial par le médecin, autonomie des pratiques sur son domaine de compétence*
- Modification de l'article L4301-1 du code de la santé publique, le Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée et l'article L162-5-3 du code de la sécurité sociale pour donner à l'IPA un rôle de coordinateur du parcours du patient dans son domaine de compétence »*

L'Ordre National des Infirmiers a ainsi soutenu la proposition de loi de la Députée Stéphanie Rist visant à faire évoluer la pratique avancée en France. Cette loi a été adoptée (LOI n° 2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux

professionnels de santé – la « 2eme loi Rist »-) mais a vu son champ d'application réduite par une interprétation erronée de l'accès direct.

1) Une vision restrictive de l'application des textes

Nous ne reviendrons pas ici sur la première Loi Rist²⁰ qui a été vidée de sa substance, ainsi que nous l'avait explicité la députée Rapporteuse lors d'une émission de l'Observatoire santé et Innovation de l'Institut Sapiens. Nous nous attarderons sur deux avancées que sont l'accès direct et la primo prescription ainsi que sur l'épineuse question de l'application du décret sur la vaccination.

a) La deuxième « Loi Rist »²¹

Il est important de rappeler le contexte, en effet si le texte était très bien accueilli par les paramédicaux, il fut particulièrement combattu par certains syndicats de médecins libéraux et le texte final fut acté à la suite d'une commission mixte paritaire assez houleuse.

Il est d'ailleurs intéressant de noter que le Rapport n°1074 la CMP²² semble plus se focaliser à ne pas froisser les corporatismes qu'à apporter une solution à la problématique de l'accès aux soins. En effet, le mot médecin (le corps médical n'étant pas concerné directement par la loi) est écrit 55 fois, le mot infirmier 37 fois, le mot patient seulement 28 fois et l'accès aux soins au final bon dernier est cité 16 fois. Il est étonnant quand on cherche à améliorer l'accès aux soins des patients de le reléguer à la toute fin des préoccupations de nos parlementaires lors d'un débat final sur une loi si cruciale.

Nous avons donc au final un accès direct et une primo prescription qui sont encadrés par le dispositif suivant :

Article 1 :

I.-Le titre préliminaire du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

²⁰ LOI n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043421566>

²¹ LOI n° 2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000047561956>

²² https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/rapports/362/116b1074_rapport-fond

1° Le I de l'article L. 4301-1 est ainsi modifié :

a) Au sixième alinéa, après le mot : « médecine », sont insérés les mots : « , de la Haute Autorité de santé, des ordres des professions de santé » ;

b) Au c du 1°, les mots : « non soumis » sont remplacés par les mots : « et de prestations soumis ou non » ;

2° Il est ajouté un article L. 4301-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 4301-2.-I.-Les infirmiers relevant du titre Ier du présent livre peuvent exercer en pratique avancée, dans les conditions prévues à l'article L. 4301-1.

« II.-Dans les établissements de santé mentionnés à l'article L. 6111-1 du présent code, dans les établissements et les services médico-sociaux mentionnés aux articles L. 312-1 et L. 344-1 du code de l'action sociale et des familles et dans le cadre des structures d'exercice coordonné mentionnées aux articles L. 1411-11-1, L. 6323-1 et L. 6323-3 du présent code, les infirmiers exerçant en pratique avancée peuvent prendre en charge directement les patients. Un compte rendu des soins dispensés est systématiquement adressé au médecin traitant du patient et reporté dans le dossier médical partagé de celui-ci. »

II.-Après le mot : « conventionné », la fin du 1° de l'article L. 162-12-2 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigée : « , les actes effectués par les infirmiers conventionnés dans les établissements et les structures d'hébergement de toute nature et les actes effectués, le cas échéant sans adressage préalable de la part d'un médecin, par les infirmiers en pratique avancée ; ».

III.-L'article 76 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 et l'article 40 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023 sont abrogés.

IV.-A titre expérimental et pour une durée de cinq ans, l'Etat peut autoriser les infirmiers en pratique avancée à prendre en charge directement les patients dans le cadre des structures d'exercice coordonné mentionnées à l'article L. 1434-12 du code de la santé publique. Un compte rendu des soins réalisés par l'infirmier en pratique avancée est adressé au médecin traitant et reporté dans le dossier médical partagé.

Un décret, pris après avis de la Haute Autorité de santé, détermine les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation mentionnée au premier alinéa du présent IV. Les ministres chargés

de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des territoires participant à cette expérimentation, dans la limite de six départements dont deux départements d'outre-mer. Si l'avis prévu à la première phrase du présent alinéa n'a pas été transmis au Gouvernement dans un délai de trois mois à compter de la notification du projet de décret à la Haute Autorité de santé, cet avis est réputé avoir été rendu.

Au plus tard six mois avant le terme de l'expérimentation, le Gouvernement remet au Parlement un rapport d'évaluation, qui se prononce notamment sur la pertinence d'une généralisation.

Nous pouvons noter que cet accès direct est limité à l'exercice coordonné dans certaines structures, notamment les établissements de santé, les EHPAD, les MSP... Toutefois les CPTS sont exclues et devront passer par la case expérimentation. Les CPTS ont donc été sacrifiées lors du passage en CMP, même si le cœur même des CPTS est justement d'encadrer l'exercice coordonné en ville.

Toutefois deux questions juridiques subsistent : Quid du protocole d'organisation maintenant qu'il y a un accès direct ? Faut-il un décret pour que l'accès direct soit opérationnel ?

Sur la fin du protocole dans les textes IPA, l'intention du législateur va être la clef de compréhension de cette problématique.

Il faut rappeler au préalable que nous sommes dans le cadre d'une loi issue d'une proposition de loi portée par deux Parlementaires : Stéphanie Rist et Aurore Berger. Contrairement à une proposition de loi portée par le gouvernement, ce sont bien ces deux parlementaires qui donnent l'intention du législateur d'autant plus quand une des parlementaire, Stéphanie Rist, est Rapporteuse.

Si le ministre de l'époque, et ce fut le cas, mentionne le protocole, il n'apporte que la volonté de l'exécutif qui, pour respecter la séparation des pouvoirs – cœur même de notre démocratie – ne peut imposer sa volonté au législateur. Il doit se borner à exécuter la volonté du législateur.

Cette volonté s'incarne parfaitement dans le Compte rendu de réunion n° 34 - Commission des affaires sociales ²³ lors d'une étude d'un amendement visant à inscrire dans la loi le protocole :

« M. Paul-André Colombani (LIOT).

L'amendement tend à conditionner la mesure à l'existence d'un cadre coordonné mais surtout protocolisé et validé par un médecin ou une équipe médicale. C'est indispensable pour

²³ https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/comptes-rendus/cion-soc/l16cion-soc2223034_compte-rendu

garantir à tous nos concitoyens l'accès à la même qualité de soins, qu'ils aient un médecin traitant ou non, et éviter que ne surgissent des problèmes liés à la responsabilité juridique.

Mme la rapporteure générale.

Il n'y a plus d'accès direct si un protocole est imposé. Je suis favorable à la rédaction de protocoles de coopération entre professionnels, pour la simplification desquels je me suis battue, mais cette procédure ne concerne pas l'accès direct qui suppose que les professionnels disposent des compétences suffisantes pour que les citoyens les consultent directement. L'exercice coordonné n'est pas un protocole de coopération et les responsabilités s'exercent différemment. Dans le cadre de l'accès direct, la responsabilité pèse sur les professionnels auxquels l'accès direct est ouvert. La question de la rémunération de ces professionnels, qui auront acquis les compétences suffisantes pour recevoir directement un patient, se posera dans le cadre des négociations conventionnelles. »

Il n'y a donc pas besoin de protocole lors de l'accès direct, c'est comme cela que la loi a été conçue. De plus, si un IPA ne peut adresser un patient qu'au médecin avec lequel il a un protocole, cela porte atteinte au principe fondamental du Droit de la Santé, le libre choix du patient. Nous ne doutons pas que le poids du soutien à un certain corporatisme hors d'âge n'ira pas assez loin pour bafouer le droit le plus sacré – d'un point de vue constitutionnel – du patient.

La conclusion est donc la suivante : aucun protocole n'est nécessaire pour l'accès direct, cela irait même contre l'avis du législateur.

L'autre question est celle de l'obligation d'un décret pour appliquer l'accès direct des IPA. La réponse est très simple. Aucun décret n'est prévu par le texte dans le cadre du dispositif législatif. L'accès direct est donc applicable à la publication de la loi.

c) Le cas de la vaccination

Un débat s'est lancé dernièrement sur l'application des derniers textes sur la vaccination.

Il est donc important de rappeler en premier lieu l'origine législative de l'évolution du droit de prescription et d'administration par les infirmiers des vaccins prévus par le calendrier vaccinal.

Il s'agit de l'article 33 de la LOI n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023.

➤ L'intention du législateur

Pour comprendre cet article, sur la partie infirmière, il faut en premier lieu comprendre l'intention du législateur en observant les « FICHES D'ÉVALUATION PRÉALABLE DES ARTICLES DU PROJET DE LOI » du dossier législatif de la LFSS qui ont pour but d'éclairer les travaux des membres de la commission des affaires sociales.

Il est notamment dit :

« La mise en œuvre de la compétence de prescription des pharmaciens d'officine et des infirmiers nécessite de modifier la loi pour créer la compétence de prescription vaccinale des infirmiers et préciser les modalités de mise en œuvre de la nouvelle compétence de prescription des pharmaciens d'officine en prévoyant son inclusion dans le champ conventionnel. »

A ce stade il n'est question que de créer cette compétence pour les infirmiers sans mention de formation complémentaire spécifiquement liée à l'obtention de cette compétence.

Cette partie est complétée comme suit :

« Pour les pharmaciens d'officine et les infirmiers, il est proposé de créer pour les infirmiers et permettre pour les pharmaciens de mettre en œuvre leurs nouvelles compétences en matière de prescription de vaccins.

La liste des vaccins qui sera fixée par voie réglementaire concerne tous les vaccins du calendrier des vaccinations recommandés ou obligatoires (sauf la leptospirose), à l'exception de la prescription des vaccins vivants pour les personnes immunodéprimées quel que soit leur âge qui reste réservée aux médecins, selon les recommandations de la HAS. »

Là aussi aucune référence à une formation spécifique n'est mentionnée. Les recommandations de la HAS ne sont citées que pour la partie visant l'exclusivité médicale pour certains vaccins.

L'intention de base du législateur ne semblait donc pas de lier cette compétence de prescription à une formation.

➤ **Le texte de loi**

Le texte définitif du PLFSS est venue entériner cela :

« 2° Au dernier alinéa de l'article L. 4161-1, après la seconde occurrence du mot : « pharmaciens », sont insérés les mots : « ou aux infirmiers » ;

*3° Le troisième alinéa de l'article L. 4311-1 est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :
« L'infirmière ou l'infirmier peut, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat :*

« 1° Prescrire certains vaccins, dont la liste et, le cas échéant, les personnes susceptibles de bénéficier sont déterminées par un arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ;

« 2° Administrer certains vaccins, dont la liste et, le cas échéant, les personnes susceptibles de bénéficier sont déterminées par un arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de la Haute Autorité de santé. »

Le 2° vient naturellement donner une exception à l'exercice illégal de la médecine aux infirmiers dans le cadre de la prescription des vaccins.

Le 3° vient préciser ce droit de prescription et demande un avis de la HAS dans le cadre de la production du décret d'application et de l'arrêté. Cet avis doit se borner, d'après le législateur, aux personnes pouvant être prises en charge par ces nouvelles compétences infirmières, ne doit normalement pas sortir de ce cadre.

Il est donc clair que le pouvoir de prescription n'est, à ce stade, pas assujéti à une obligation de formation.

➤ Le Décret et l'Arrêté

Nous allons ici analyser le Décret n° 2023-736 du 8 août 2023 relatif aux compétences vaccinales des infirmiers et l'Arrêté du 8 août 2023 fixant le cahier des charges relatif aux conditions techniques à respecter pour exercer l'activité de vaccination et les objectifs pédagogiques de la formation à suivre par certains professionnels de santé en application des articles R. 4311-5-1, R. 5125-33-8, R. 5126-9-1 et R. 6212-2 du code de la santé publique.

Il est important de noter qu'aucun de ces textes ne mentionne un avis demandé à la HAS (alors que pour l'arrêté il eut été obligatoire de le demander).

Il est probable que l'administration se soit bornée à suivre l'avis de la HAS du 23 juin 2022 : « Élargissement des compétences en matière de vaccination des infirmiers, des pharmaciens et des sage-femmes chez les adolescents de plus de 16 ans et les adultes » (ce qui ne correspond pas à la volonté du législateur).

Cet avis est favorable à l'extension des compétences vaccinales des infirmiers mais assujéti à une formation obligatoire :

« En outre, la HAS recommande :

- De subordonner l'élargissement des compétences des professionnels (IDE, sage-femmes, pharmaciens) au suivi effectif d'une **formation complète et approfondie**, ainsi que proposée par la CTV (cf. Annexe 4), et, le cas échéant, de locaux adaptés ; »

On peut comprendre que la HAS recommande cette formation pour les infirmiers au regard du fait que dans la réforme de 2009, il y a certes un module sur la vaccination mais pas de formation spécifique à la prescription. La HAS cherche donc à combler ce vide le temps que la formation initiale mette en place un module sur la prescription. La recommandation de la HAS vise spécifiquement les infirmiers et la formation socle dans son argumentaire. Et la demande de formation à la prescription vient uniquement du fait que les IDE ne sont pas formés à cela dans leur formation initiale.

Les décrets et arrêtés semblent donc appliquer cet avis pour tous types de patients et de cas , sans se baser sur la volonté du législateur qui borne l'avis de la HAS à la population qui pourra bénéficier de cette prise en charge.

Le décret, sur la partie formation, déclare cela :

« Lorsque l'infirmier ou l'infirmière n'a pas suivi d'enseignement relatif à la prescription de vaccins dans le cadre de sa formation initiale, la déclaration est accompagnée d'une attestation de formation délivrée par un organisme ou une structure de formation respectant les objectifs pédagogiques fixés par arrêté du ministre chargé de la santé, permettant de connaître notamment les caractéristiques des maladies à prévention vaccinale, la traçabilité des vaccinations et les principales recommandations du calendrier vaccinal. »

Nous avons donc trois enseignements par cette phrase :

- Le décret applique une recommandation ancienne de la HAS non demandé par le législateur
- Si la formation initiale infirmière intègre un jour une UE sur la prescription, il n'y aura pas besoin de formation spécifique.
- Ceux qui ont déjà suivi une formation à la prescription sont exemptés de cette obligation.

Les infirmiers en pratique avancée ont subi une formation sur la prescription dans le cadre de leur formation. Ils sont donc exemptés de cette nouvelle obligation de formation car ils y répondent déjà.

De plus, cette obligation de formation ne reposant sur aucune base légale, elle pourrait être contestée.

2) Les évolutions souhaitables

L'Ordre National des Infirmiers a régulièrement fait des propositions dans le cadre de l'évolution des IPA :

- d) Enlever des textes d'applications le protocole d'organisation
- e) Donner un rôle de coordinateur de parcours avec autonomie d'adressage et de prescription dans le cadre de ses compétences
- f) Reconnaissance de leur rôle dans le premier recours avec un rôle de coordination et d'adressage
- g) Compétences élargies sur la prévention et l'éducation thérapeutique (notamment santé au travail, santé scolaire où l'activité de prévention est déterminante pour agir sur les déterminants de santé)
- h) Renforcer la pratique avancée pour conférer aux IPA une véritable autonomie notamment en matière de diagnostic et prévention, consultation et accès direct et donc le premier recours.

L'UNIPA, syndicat de la profession d'infirmier en pratique avancée a une vision différente mais complémentaire basée sur la gradation des soins infirmiers ;

Extrait du document de l'UNIPA : « *ACCÈS DIRECT INFIRMIER ET INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCÉE COMMENT ORGANISER UNE RÉPONSE INFIRMIÈRE SUR LE TERRITOIRE ?* »

➤ *Le premier niveau : Infirmier*

La détection de situation à risques :

- *Changement d'un état de santé*
- *Recueil d'information et de données cliniques*
- *Bilan situationnel*
- *Évaluation : diagnostic infirmier*

- *Gradation des soins*

Mise en œuvre d'actions infirmières :

- *Consultation IDE : éducation thérapeutique, relation d'aide, entretien motivationnel, bilan infirmier, bilan de plaie, plaie, gestion de la douleur.*
- *Élaboration d'un plan thérapeutique Infirmier.*
- *Compte Rendu*
- *Collaboration avec les différents partenaires : protocole de soins*
- *Suivi*

Orientation :

- *Il oriente vers le second ou troisième niveau*
- *Situation simple/complexe*
- *Soins intégratifs*
- *Évaluation clinique second degré*

➤ *Le second niveau : infirmier en pratique avancée (Intermédiaire)*

Intègre le premier niveau

Évaluation IPA

- *Clinique situationnelle multidimensionnelle.*
- *Conclusions cliniques et diagnostic*

Établir un Plan d'action

- *Stratégie*
- *Prescription : renouvellement et initiation*
- *Compte Rendu*
- *Suivi*

➤ *Le Troisième niveau : la compétence médicale d'omnipraticien (dont nous ne traiterons pas dans cet extrait)*

En plus des demandes de l'Ordre National des Infirmiers et de l'UNIPA, il faudra évidemment, comme souligné régulièrement par les différents rapports IGAS, faire évoluer la pratique avancée au regard de l'évolution du métier socle en permettant notamment de :

- Transférer le rôle sous prescription au rôle propre des IPA dans le cadre de leur domaine d'exercice.
- Permettre aux IDE d'avoir un rôle sous protocole avec les IPA en lieu et place du médecin au regard du domaine d'intervention de l'IPA
- Permettre aux IDE d'avoir un rôle sous supervision des IPA avec les IPA en lieu et place du médecin au regard du domaine d'intervention de l'IPA
- Permettre aux IDE d'exercer une partie de leur rôle dans le cadre d'un exercice coordonné sous la coordination de l'IPA
- Elargir le rôle sous prescription en évitant un rôle soumis à une liste mais à un domaine de compétence
- Reconnaître les IPA comme profession médicale à compétence restreinte ou spécifique (comme les sage-femmes).
- Elargir les domaines d'interventions déjà existants (au lieu de démultiplier les mentions).