

IADE ET PROFESSION INTERMEDIAIRE

Préambule:

Cet écrit est une proposition de synthèse de la pratique avancée par les membres du bureau de la SOFIA et de leurs « experts ».

Il a pour vocation d'interpeller les Infirmiers Anesthésistes Diplômés d'Etat sur la place et les modalités, d'un repositionnement de leur profession, dans la législation, en tant que profession dite intermédiaire.

La méthodologie s'appuie sur une analyse croisée d'une bibliographie reprenant divers rapports officiels, textes législatifs et travaux individuels. Il est en immense majorité constitué d'extraits associés à quelques points d'analyses. Afin d'en faciliter la lecture, toutes les sources ne sont pas citées au sein de chaque paragraphe pour apparaître dans la bibliographie.

Il n'a pas prétention à être exhaustif et se propose d'amener le débat au sein de notre profession afin d'enrichir nos visions et de tenter de lever nombre de questionnements encore existants à ce jour.

Il peut ainsi être nécessaire de le réajuster et n'est qu'un premier pas, et une main tendue.

Il vous appartient donc de le faire vivre et évoluer.

En vous remerciant de votre attention.

Le bureau de la SOFIA

La pratique avancée

Définition selon le modèle de référence étranger :

Selon le conseil international des infirmières (CII) :

« L'infirmière qui exerce en pratique avancée est une infirmière diplômée qui a acquis des connaissances théoriques, le savoir faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de sa profession. Les caractéristiques de cette pratique avancée sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera autorisée à exercer ».

Les rôles:

Au Canada il s'agit de 2 rôles qui répondent à des besoins différents et complémentaires.

- **L'Infirmière clinicienne spécialisée (ICS)**

Exerce de façon « Avancée » dans le champ de la pratique infirmière (expertise) + compétences supplémentaires plus centré sur le système de soin le perfectionnement professionnel (ex. consulting, pédagogie, qualité)

- **L'Infirmière Praticienne (IP)**

Exerce de façon « Avancée » dans le champ de la pratique infirmière (expertise) + compétences supplémentaires plus centré sur le soin direct au patient la pratique clinique (ex : prescription...)

http://revueinfirmiereclinicienne.uqar.ca/Parutions/documents/Article_RochetOuellet_Vol7no2pp7-172010_000.pdf

https://www.afidtn.com/medias/annuaire_bibliographie/950_template.pdf

https://www.ecolelasource.ch/wp-content/uploads/Doyon_IPS-La-Source_ja18.pdf

D'autres paramédicaux peuvent être concernés par ce concept car la pratique avancée :

- Intègre recherche, éducation, pratique et organisation
- Implique un haut degré d'autonomie professionnelle
- Repose sur le suivi individuel des patients
- Fait appel à des compétences élargies dans le domaine de l'évaluation clinique, de l'application du jugement clinique et du raisonnement diagnostic
- Implique la mise en œuvre du processus de consultation
- Implique des actions de planification, de mise en œuvre et d'évaluation de projets

Les enjeux, sur la base des expériences étrangères, sont de plusieurs ordres, tant en termes de nouveaux besoins en santé que de volonté des professionnels d'apporter une contribution au maintien de l'offre de soins.

Une pratique avancée renvoie à un double concept :

- pratique : centrée de manière privilégiée sur le domaine de la pratique clinique
- avancée : impliquant que cette pratique se distingue de la pratique habituelle.

Ces précisions étant posées la possible transposition des expériences étrangères en France engage plusieurs réflexions.

L'émergence de nouveaux métiers dans un système de santé bouleverse la structuration des professions.

Elle pose toujours la question de la réaction de l'ensemble du monde de la santé (médecins, paramédicaux, malades, autorités...) face à un changement des statuts et des pratiques sociales en santé.

Même si le ressenti varie beaucoup selon les pays, une orientation générale fait consensus, tendant à allier les compétences spécifiques et les domaines d'intervention complémentaires de chacun autour d'une collaboration efficacement organisée.

La déclinaison opérationnelle du concept de pratique avancée s'opère par l'identification des différents rôles attendus.

Sept compétences sont communément admises :

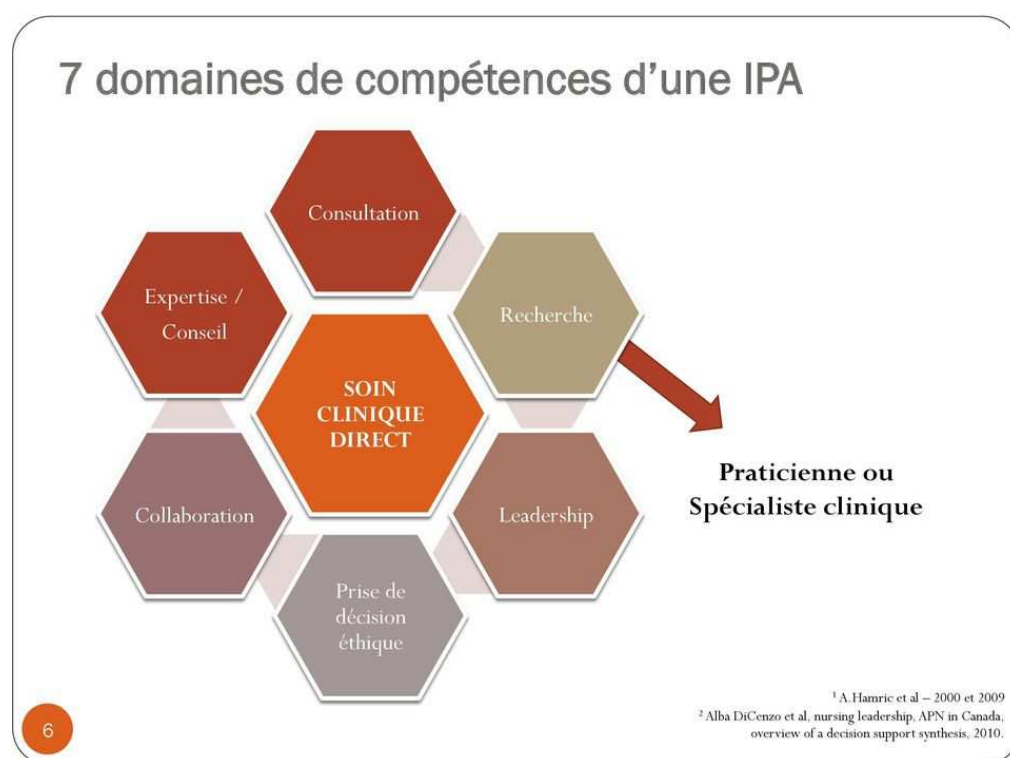
- La pratique clinique
- La consultation
- La formation (expertise/conseil)
- Le leadership
- La recherche
- La prise de décision éthique
- La collaboration

Chacun de ces rôles est investi de manière flexible, en fonction des besoins et certains peuvent être davantage développés que d'autres.

La formation est la garantie de la réussite, d'une qualité de service constante et reconnue, d'une gestion harmonieuse et fluide des ressources humaines et de la démographie professionnelle. Proposé à un niveau master, dispensé par des professionnels qualifiés, le programme sera accrédité et alliera approche clinique et contenus théoriques.

La régulation de l'exercice de pratiques avancées doit être envisagée. Les recommandations peuvent se situer notamment sur les besoins quantitatifs, la législation encadrant l'accès, la pratique, la vérification et le maintien des compétences ainsi que la protection du titre.

-revue-infirmiereclinicienne.uqar.ca/Parutions/documents/Article_RochetOuellet_Vol7no2pp7-172010_000.pdf&sa=D&ust=1547739388968000&usg=AFQjCNFukQ9ZXoW72pkApa8FTswuPZDI-g



Modèle adapté français:

Selon le rapport: *Infirmière clinicienne spécialisée : éléments de cadrage pour les missions, formation et l'emploi (ARS 2013)*

Il s'agit de 2 rôles qui répondent à des besoins différents et complémentaires.

- toute infirmière ayant une activité clinique est une infirmière « clinicienne » ;

Figure 1. Modèle du continuum de la PIA : distinction entre les rôles de l'ICS et de l'IP



Source : Bryant-Lukosius, D. (2004 et 2008). *The continuum of advanced practice nursing roles*. Document inédit.

- **Infirmière clinicienne spécialisée**, qui exerce dans le même champ réglementaire que l'infirmière généraliste (cf. formation initiale) mais avec un niveau de compétence plus élevé et généralement dans un domaine plus restreint ;
- **Infirmière « praticienne »**, qui exerce dans le même champ réglementaire que l'infirmière généraliste et a, par dérogation aux conditions légales d'exercice, des activités relevant du champ médical (diagnostic de pathologies, prescriptions de thérapeutiques, prescription et interprétation d'examens, dépistage, orientation etc.).

A ce jour, ces pratiques sont partiellement incluses dans des protocoles de coopération entre professionnels de santé, avec des actes dérogatoires.

Ces derniers ne concernent qu'un domaine restreint de la pratique avancée.

Dans un souci de simplification, de clarté et compte tenu des besoins du contexte français, un seul rôle pourrait être retenu en France : celui d'infirmière « praticienne » comprenant des activités dérogoires à la réglementation en vigueur (ex. dépistage, diagnostic médical, prescription de médicaments, etc.), mais en adoptant la dénomination « infirmière clinicienne spécialisée » ;

- la pratique avancée est une spécialisation dans un domaine clinique. Elle intervient après la formation initiale d'infirmière
- la pratique avancée est centrée sur les activités de soins de santé (clinique, etc.).

Elle ne se substitue pas à la fonction « management, gestion », mais en est complémentaire.

Tableau 1. Domaines d'exercice et niveaux d'intervention en fonction des grades universitaires (dans le champ de la clinique).

Les niveaux d'interventions proposés dans le tableau sont cumulatifs et progressifs.

Domaines	Diplôme d'Etat Licence [généraliste]	Master 2 [pratique avancée]	Doctorat [pratique avancée]
Clinique	Situations fréquentes peu complexes	Situations complexes et spécialisées Possibilité d'activités de : diagnostic médical, prescriptions de thérapeutiques, prescription et interprétation d'examens, dépistage, orientation...	Situations complexes et spécialisées et situations émergentes Possibilité d'activités de : diagnostic médical, prescriptions de thérapeutiques, prescription et interprétation d'examens, dépistage, orientation...
Conseil, consultation, coopération	Conseils aux patients et leur entourage Conseil aux professionnels placés sous leur responsabilité (ex. aides-soignants, auxiliaires de puériculture) Collaboration avec d'autres professionnels	Conseils aux patients et leur entourage, aux infirmières généralistes, aux pairs, aux autres professionnels de santé Application des protocoles de coopération intégrés à la pratique de la spécialité Collaboration avec les différents intervenants	Collaboration avec les différents intervenants notamment les patients et leur entourage, les pouvoirs publics et les politiques mandatés
Leadership	Identification des besoins de soins Contribution à la promotion du métier d'infirmière	Représentation des personnes, familles... usagers du système de santé Identification des besoins en formation des professionnels de santé	Contribution au développement de la pratique avancée et à la recherche et de la communication.

Infirmière clinicienne spécialisée

		<p>Contribution au développement de la pratique avancée</p> <p>Ressource pour les soins et la promotion de la santé</p> <p>Communications</p>	
Enseignement, formation	<p>Enseignement et formation des étudiants en formation initiale, aux pairs, aux patients</p>	<p>Enseignement et formation des patients, des étudiants en formation initiale, des professionnels généralistes et de pratique avancée en fonction des la spécialité,</p> <p>Veille scientifique</p>	<p>Enseignement et formation des professionnels généralistes et de pratique avancée en fonction dans la spécialité</p> <p>Enseignement de la discipline sciences infirmières : épistémologie, méthodes</p> <p>Veille scientifique</p>
Recherche	<p>Initiation à la recherche et à l'utilisation des données scientifiques dans la pratique</p> <p>Evaluation des pratiques courantes et des résultats de soins</p> <p>Publications</p>	<p>Repérage et mise en œuvre des innovations issues de la recherche</p> <p>Evaluation des pratiques courantes et des situations complexes et des résultats de soins</p> <p>Maîtrise des méthodes et de l'utilisation des données scientifiques</p> <p>Participation à des recherches</p> <p>Publications</p>	<p>Production de savoirs</p> <p>Collaborations interdisciplinaires</p> <p>Publications</p> <p>Direction de recherche en période transitoire puis direction de recherche sous réserve de l'obtention d'une habilitation pour diriger des recherches (HDR)</p>

Contexte d'apparition en France

En 2002, le Pr Yvon Berland fait état des difficultés démographiques actuelles et à venir des professions de santé en France. En 2003, à la demande de Jean-François Mattei, alors ministre de la Santé, celui-ci publie un second rapport sur l'organisation des soins et les coopérations entre les différentes professions de santé, via le transfert de tâches et de compétences. Il ressort que la légitimité de la délégation viendra de la compétence et donc de la formation acquise par les différents acteurs. Les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS, 2008) puis l'article 51 de la loi Hôpital patients, santé et territoires (HPST) votée en 2009, permettent d'introduire des transferts d'actes ou d'activités de soins à titre dérogatoire et à l'initiative des professionnels sur le terrain. Ces initiatives doivent obligatoirement être validées par l'Agence régionale de santé (ARS), après avis de la HAS.

La même année, la reconnaissance du diplôme d'État infirmier au grade de licence permet aux infirmières de rentrer dans le système LMD. L'École des hautes études en santé publique (EHESP) crée le département des sciences infirmières et paramédicales et ouvre le premier master sciences cliniques infirmières co-habilité avec l'université d'Aix-Marseille.

En 2011, un nouveau rapport avançait la nécessité de créer des métiers en santé de niveau intermédiaire à partir des métiers socles, correspondant au modèle de la pratique avancée.



Pratique avancée, évolution de la législation Française.

Il aura fallu attendre cinq ans après ce dernier rapport pour que les pratiques avancées des auxiliaires médicaux du code de la santé publique soient entérinées par l'article 119 de la loi de modernisation du système de santé. Les textes d'application doivent définir, pour chaque profession d'auxiliaire médical, les domaines d'intervention en pratique avancée, la formation requise, les critères d'habilitation des universités pour dispenser cette formation et les conditions d'autorisation d'exercice.

La mesure 20 de la Grande Conférence de santé vient confirmer la volonté politique de mise en place des pratiques avancées. Cette nouvelle voie nécessite de définir les modalités d'exercice et la formation universitaire, et de favoriser sa mise en place en fonction des axes prioritaires.

L'article 119 de la loi du 26 Janvier 2016 a ainsi été complété par les articles suivants:

- *Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée - JORF n°0164 du 19 juillet 2018 texte n° 18.*
- *Arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de santé publique - JORF n°0164 du 19 juillet 2018 texte n° 22.*
- *Décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée - JORF n°0164 du 19 juillet 2018 texte n° 42.*
- *Arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée- JORF n°0164 du 19 juillet 2018 texte n° 43.*
- *Arrêté du 18 juillet 2018 fixant la liste des pathologies chroniques stabilisées prévue à l'article R. 4301-2 du code de santé publique. JORF n°0164 du 19 juillet 2018 texte n° 21.*

Infirmier en Pratiques Avancées (IPA):

Définition:

« Art. R. 4301-1.-L'infirmier exerçant en pratique avancée dispose de compétences élargies, par rapport à celles de l'infirmier diplômé d'Etat, validées par le diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée délivré par les universités dans les conditions définies aux articles D. 636-73 à D. 636-81 du code de l'éducation.

« Il participe à la prise en charge globale des patients dont le suivi lui est confié par un médecin, conformément aux dispositions de l'article L. 4301-1 du présent code. La conduite diagnostique et les choix thérapeutiques sont définis par ce médecin et mis en œuvre dans les conditions définies au présent article ainsi qu'aux articles R. 4301-2 à R. 4301-7 et D. 4301-8.

« Dans le respect du parcours de soins du patient coordonné par le médecin traitant mentionné à l'[article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale](#), l'infirmier exerçant en pratique avancée apporte son expertise et participe, en collaboration avec l'ensemble des professionnels concourant à la prise en charge du patient, à l'organisation des parcours entre les soins de premier recours, les médecins spécialistes de premier ou deuxième recours et les établissements et services de santé ou médico-sociaux.

« Art. R. 4301-2.-Le ou les domaines d'intervention ouverts à l'exercice infirmier en pratique avancée, dont la mention correspondante est inscrite dans le diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée, sont les suivants :

« 1° Pathologies chroniques stabilisées ; prévention et polyopathologies courantes en soins primaires. La liste des pathologies chroniques stabilisées est établie par arrêté du ministre chargé de la santé ;

« 2° Oncologie et hémato-oncologie ;

« 3° Maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale.

Cursus

Il est créé, au sein du chapitre VI du titre III du livre VI du code de l'éducation, une section VI ainsi rédigée :

« Section VI

« Les formations d'auxiliaire médical en pratique avancée

« Sous-section 1

« Le diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée

« § 1 Dispositions générales

« Art. D. 636-73.-Le diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée est délivré par les établissements d'enseignement supérieur accrédités ou co-accrédités à cet effet par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé dans les conditions prévues par arrêté du ministre en charge de l'enseignement supérieur.

« La formation dispensée est évaluée dans le cadre de l'évaluation périodique des établissements d'enseignement supérieur.

« Art. D. 636-74.-La formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée vise à l'acquisition des connaissances et compétences nécessaires à l'exercice infirmier en pratique avancée défini aux articles R. 4301-1 à D. 4301-8 du code de la santé publique ainsi qu'à la maîtrise des attendus pédagogiques correspondant au grade universitaire délivré.

« Le référentiel des activités et compétences correspondant à cet exercice est établi par le ministre en charge de la santé et fixé par arrêté des ministres en charge de l'enseignement supérieur et de la santé.

« Art. D. 636-75.-La formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée est structurée en quatre semestres validés par l'obtention de 120 crédits européens. Le diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée précise la mention acquise correspondant au domaine d'intervention de l'infirmier en pratique avancée, prévue à l'article R. 4301-2 du code de la santé publique.

« Il confère à son titulaire le grade de master.

« Art. D. 636-76.-Les enseignements conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée comprennent des enseignements théoriques, méthodologiques, appliqués, pratiques et cliniques ainsi que l'accomplissement de stages. Ces enseignements comportent un adossement et une initiation à la recherche. Ils tiennent compte des priorités de santé publique.

« Parmi ces enseignements sont également prévus :

« 1° Un enseignement de langue vivante étrangère ;

« 2° Un enseignement conforme aux référentiels nationaux de compétences numériques en vigueur.

« L'organisation et le déroulement de la formation sont fixés par un arrêté des ministres en charge de l'enseignement supérieur et de la santé.

« § 2 Accès à la formation

« Art. D. 636-77.-Peuvent prétendre à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée les candidats justifiant soit du diplôme d'Etat d'infirmier ou d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné aux articles L. 4311-3 ou L. 4311-12 du code de la santé publique leur permettant d'exercer la profession d'infirmier, soit d'un diplôme ou d'une autorisation d'exercice délivrée par l'autorité compétente en application de l'article L. 4311-4 du code de la santé publique.

« Pour accéder à la formation, des modalités d'admission sont définies et organisées par chaque établissement d'enseignement supérieur accrédité ou co-accrédité à délivrer le diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée dans des conditions définies par arrêté des ministres en charge de l'enseignement supérieur et de la santé.

« Art. D. 636-78.-Le diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée est ouvert en formation initiale et en formation professionnelle continue dans des condi-

tions définies par arrêté des ministres en charge de l'enseignement supérieur et de la santé.

« Art. D. 636-79.-Les étudiants admis en formation initiale s'acquittent des droits de scolarité dont le montant est fixé par un arrêté des ministres en charge du budget et de l'enseignement supérieur.

« § 3 Obtention du diplôme par validation des acquis de l'expérience ou d'études supérieures

« Art. D. 636-80.-Le diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée peut être obtenu par la voie de la validation des acquis de l'expérience ou d'études supérieures dans les conditions prévues à la section 3 du chapitre III du titre 1er du livre VI du présent code.

« Un candidat ne peut être admis que dans l'établissement d'enseignement supérieur qui a contrôlé son aptitude à suivre la première ou la deuxième année du diplôme d'Etat infirmier en pratique avancée qu'il dispense.

« § 4 Modalités d'obtention du diplôme

« Art. D. 636-81.-Le diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée est délivré aux étudiants qui ont validé l'ensemble des enseignements, des stages et soutenu avec succès le mémoire de fin de formation. »

Les compétences acquises

Le but du master est de permettre aux infirmiers de développer des compétences afin élargir les champs d'intervention auprès des patients en vue d'optimiser leur prise en charge, notamment :

- compétences cliniques (examen clinique, consultation, orientation) ;
- compétences en leadership (introduction d'innovation dans la pratique) ;
- compétences en formation (auprès du patient et de ses pairs) ;
- compétences en recherche (principalement en soins infirmiers).

<https://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/presentation/officialisation-exercice-infirmier-en-pratique-avancee.html>

Dans quel cadre ?

Demain, les IPA pourront exercer :

- ▶ Au sein d'une équipe de soins primaires coordonnée par le médecin (par exemple en maison ou centre de santé) ou de l'équipe de soins d'un centre médical du service de santé des armées coordonnée par un médecin des armées
- ▶ En assistance d'un médecin spécialiste, hors soins primaires

en établissement de santé, en établissement médico-social ou dans un hôpital des armées, au sein d'une équipe de soins coordonnée par un médecin.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_presentation_ipa.pdf

communiqué de presse du 19 juillet 2018 ministère de la santé

https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee_

Concrètement

L'IPA exercera dans une forme innovante de travail interprofessionnel. En acquérant des compétences relevant du champ médical, il suivra des patients qui lui auront été confiés par un médecin, avec son accord et celui des patients. Il verra régulièrement ceux-ci pour le suivi de leurs pathologies, en fonction des conditions prévues par l'équipe.

L'IPA discutera du cas des patients lors des temps d'échange, de coordination et de concertation réguliers organisés avec l'équipe. Il reviendra vers le médecin lorsque les limites de son champ de compétences seront atteintes ou lorsqu'il repèrera une dégradation de l'état de santé d'un patient.

3 domaines d'intervention sont définis dans un 1er temps :

- ▶ les pathologies chroniques stabilisées et les poly pathologies courantes en soins primaires
- ▶ L'oncologie et l'hémato-oncologie
- ▶ La maladie rénale chronique, la dialyse, la transplantation rénale.

Grâce à la pratique avancée, l'IPA renforcera :

- ▶ Son analyse, plus fine et plus précise
- ▶ Sa méthodologie, plus rigoureuse
- ▶ Son autonomie
- ▶ Sa pratique, qui mobilisera plus d'outils
- ▶ Ses choix, davantage argumentés vis-à-vis du médecin.

Classement dans le Code de Santé Publique(CSP)

Livre III : Auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires

- Titre préliminaire : Exercice en pratique avancée (Article L4301-1)
- Titre Ier : Profession d'infirmier ou d'infirmière

Les Infirmiers Anesthésistes diplômés d'Etat (IADE)

Une profession réglementée

Définition

Le terme de « profession réglementée » (dans le sens de la directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005) est défini dans l'article 3-1-a de la directive :

« Activité ou ensemble d'activités professionnelles dont l'accès, l'exercice ou une des modalités d'exercice est subordonné directement ou indirectement, en vertu de dispositions législatives, réglementaires ou administratives, à la possession de qualifications professionnelles déterminées; l'utilisation d'un titre professionnel limitée par des dispositions législatives, réglementaires ou administratives aux détenteurs d'une qualification professionnelle donnée constitue notamment une modalité d'exercice. »

Seuls les détenteurs du diplôme d'état d'Infirmier Anesthésiste sont autorisés à porter le titre d'Infirmier Anesthésiste mais aussi à remplir les missions spécifiques des IADE. Il ne s'agit donc pas d'une simple liste d'actes exclusifs mais d'un domaine de compétences définies.

Un corps spécifique

Décret n°2017-984 du 10 mai 2017 portant statut particulier du corps des infirmiers anesthésistes de la fonction publique hospitalière NOR : AF-SH1707861D

Publics concernés : corps des infirmiers anesthésistes de la fonction publique hospitalière.

Objet : création du nouveau corps des infirmiers anesthésistes de la fonction publique hospitalière.

Entrée en vigueur : les dispositions du décret entrent en vigueur le 1^{er} Juillet 2017.

Notice : le décret procède à la création d'un nouveau statut particulier propre aux infirmiers anesthésistes de la fonction publique hospitalière. Il modifie en

conséquence le décret n°2010-1139 du 29 septembre 2010 portant statut particulier du corps des infirmiers en soins généraux et spécialisés de la fonction publique hospitalière pour en supprimer les dispositions relatives aux infirmiers anesthésistes qui sont reclassés dans ce nouveau statut au 1er Juillet 2017.

Un décret de type mission

L'article R4311-12 du CSP qui définit les pratiques professionnelles des IADE n'est pas bâti comme les décrets de compétences des autres infirmiers ou même, des autres paramédicaux.

Avant tout pour pouvoir couvrir la réalité de la pratique effective, mais aussi pour intégrer la présence historique d'IADE originaire de la filière sage-femme (l'une des trois professions médicales) il ne s'agit pas d'une liste exhaustive d'actes autorisés en dérogation de l'exercice illégal de la médecine et sur prescription médicale, comme pour tous les paramédicaux, mais au contraire d'une définition d'un exercice (paramédical) à compétences définies.

On parle ainsi d'un décret « mission » et non de liste d'actes.

IADE: pratique avancée et profession intermédiaire

Législation

Selon le rapport Berland, Hénart, Cadet de 2011:

Dans le système de droit français, l'article 4161-1 du Code de la santé publique réserve aux seuls médecins l'établissement d'un diagnostic et le traitement de maladies.

Le critère légal de légitimité des interventions sur le corps humain retenu par le législateur est celui de la qualification professionnelle liée à l'obtention d'un diplôme ou d'un titre équivalent, véritable « permis de soigner ». La notion de qualification constitue donc la clé de voûte de cette organisation. Celle-ci est fondée sur l'inscription de l'intervention dans les cadres légaux et non sur une acception de la compétence qui renverrait uniquement à la mise en œuvre d'une combinaison de savoirs en situation (une façon adaptée et reconnue de faire et de se comporter) par les professionnels.

Les diplômes du secteur sanitaire possèdent des caractéristiques propres :

- Un diplôme est en relation avec un métier donné et un seul;
 - Les diplômes s'inscrivent dans le cadre législatif et réglementaire qui précise les règles d'autorisation d'exercice des professions concernées ;
 - Lorsque la profession est réglementée, il est nécessaire de posséder le diplôme pour exercer le métier (diplôme d'exercice) ;
 - L'exercice des métiers paramédicaux s'effectue en dérogation à l'exercice illégal de la médecine, dans le cadre de décrets autorisant des actes et précisant le champ de responsabilité ; Exercice médical par dérogation
- Le diplôme est considéré comme une garantie que la personne possède les connaissances et les savoir-faire nécessaires pour répondre à l'exigence de qualité des soins, garante de la sécurité du patient.

Intérêt du décret de type mission

Rapport HAS avril 2008

http://archives.coordination-nationale-infirmiere.org/images/pdf/DIVERS/reco_cooperation_vvd_16_avril_2008_04_16__12_23_31_188.pdf

La profession médicale se trouve définie par un « monopole médical ». Les interventions des autres professionnels de santé sont, pour leur part, conçues comme des dérogations à ce monopole au moyen de délégations. Pour les autres professions médicales (sages-femmes et odontologistes), ces dérogations sont autorisées dans le cadre d'un modèle d'intervention fondé sur les missions qui leur sont imparties. Pour les auxiliaires médicaux elles sont autorisées dans le cadre des décrets d'actes pris en application de l'article L. 4161-1 (dernier alinéa) du code de la santé publique. Ces articles du CSP fixent la liste, limitative, des actes pouvant être délégués par un médecin à un paramédical – ceux-ci étant réalisés soit sous le contrôle direct d'un médecin, soit sur sa prescription – et, dans le cas particulier des infirmiers, les actes pouvant être réalisés dans le cadre du « rôle propre ».

Ce cadre juridique définit en particulier les règles de la responsabilité des professionnels de santé. En effet, selon le droit pénal, seule la loi peut autoriser un professionnel à porter atteinte à l'intégralité corporelle d'un être humain et cette autorisation n'est ni transférable ni délégable.

Les infirmiers anesthésistes ont une « exclusivité d'exercice » reconnue par l'attribution d'actes spécifiques qui oblige les employeurs à un recrutement de diplômés.

Les protocoles 51

La génèse:

Rapport Berland :

L'article 51 de la loi HPST agit sur les missions des professionnels de santé, modifie le partage des rôles et les modalités d'exercice. Les incidences de cet article sont fortes sur les ressources humaines en santé. Dès lors que les tâches sont réparties autrement, les contours des métiers sont appelés à être confirmés ou à évoluer, des métiers nouveaux, notamment à l'interface des métiers médicaux et paramédicaux, vont apparaître à partir de compétences élargies et les formations et qualifications doivent être revisitées.

Deux inflexions importantes sont récemment intervenues ou en cours dans le domaine de la formation des professionnels paramédicaux: le transfert aux régions du financement des formations initiales et l'inscription des diplômes dans le processus LMD.

L'interaction des deux réformes amène à quelques interrogations, complémentaires mais de nature différente. D'une part, en dépit de réels aspects positifs, il n'est pas certain que l'ajout d'un interlocuteur supplémentaire, de surcroît composé de 26 régions autonomes dans leurs décisions, éclaircisse le champ des formations avec l'instauration de compétences croisées entre plusieurs décideurs. Le phénomène est aggravé par l'arrivée des universités (dorénavant autonomes) et du ministère de l'enseignement supérieur, dans le paysage, du fait de l'inscription des diplômes paramédicaux dans le processus LMD. D'autre part, l'extension programm e du dispositif LMD à l'ensemble des diplômes paramédicaux ne va pas sans susciter des difficultés d'ordre technique mais aussi culturel. La démarche LMD implique une réingénierie en profondeur des formations paramédicales selon un schéma global et cohérent en termes de calendrier, de contenu et de niveaux de qualification. Faute certainement d'une clarification de leurs rôles respectifs et d'un véritable travail en commun sur la question, les deux ministères (Santé et Enseignement Supérieur) peinent à faire connaître une ligne visible à l'ensemble des acteurs concernés. En tout état de cause, le monde de la santé doit mieux appréhender les exigences pour l'obtention d'un label universitaire et, de son côté, le monde universitaire doit mieux apprécier les spécificités qui s'attachent à la formation des professions de santé.

Par ailleurs la coopération entre professionnels de santé est une préoccupation assez récente en France, une dizaine d'années, mais répond à une volonté de progression constante de la part des pouvoirs publics et de nombre d'acteurs de la santé. Les garanties juridiques et techniques sont posées par la loi HPST et les textes d'application :

- Protocoles validés par la HAS (sur avis conforme)
- Circonscription précise dans les protocoles de l'objet et de la nature de la coopération (disciplines ou pathologies) ainsi que du lieu et du champ d'intervention
- Intervention d'un arrêté du directeur de l'ARS
- Vérification de la réponse à des besoins de santé et traçabilité des coopérations - information obligatoire du patient

Des organisations reposant sur les coopérations entre professionnels de santé ont vu le jour dans de nombreux pays et pour certains depuis les années 1960. Elles ont pour la plupart des objectifs communs d'amélioration de l'accès aux soins dans un contexte de démographie médicale en tension, mais aussi de rationalisation du système de soins et de recherche de gains de productivité.

Modalités

L'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009 permet la mise en place, à titre dérogatoire et à l'initiative des professionnels sur le terrain (inscrits à l'art. L. 4011-1 du Code de la santé publique), de transferts d'actes ou d'activités de soins et de réorganisation des modes d'intervention auprès des patients.

Ces initiatives locales prennent la forme d'un protocole de coopération transmis à l'ARS. Celle-ci vérifie la cohérence du projet avec le besoin de santé, avant de le soumettre pour validation à la HAS. <http://www.legifrance.gouv.fr/>

Le protocole de coopération est un document décrivant:

- Les activités ou les actes des soins transférés d'un professionnel de santé à un autre, de titre et de formation différents;
- La façon dont les professionnels de santé vont réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient dans le but d'optimiser sa prise en charge.

Un protocole de coopération est validé dès lors qu'il répond à certaines exigences relatives :

- À ses caractéristiques : professions des délégué(s) et délégant(s),

liste des actes dérogatoires proposés, caractéristiques du lieu d'exercice conditionnant la mise en œuvre du protocole, critères d'inclusion et d'exclusion des patients, ainsi que leurs caractéristiques, résultats attendus en termes de qualité de la prise en charge et d'optimisation de la dépense de santé;

- À l'information délivrée aux patients;
- Aux activités de coordination entre professionnels : système d'information, staff, supervision médicale;
- À la démarche qualité : gestion des événements indésirables , mise en place d'indicateurs de suivi ,évaluation régulière des pratiques (références utilisées pour respecter les bonnes pratiques);
- À la formation des délégués qui doivent justifier d'une expérience et d'un niveau de diplôme professionnel initial suffisant;
- Suivre une formation initiale puis continue, théorique et pratique, afin d'acquérir les compétences nécessaires à la réalisation des actes ou activités délégués;
- À la démarche de gestion des risques a priori : description de la nouvelle prise en charge étape par étape, intégrant les éléments permettant de la sécuriser.

La profession intermédiaire:

Génèse:

Selon le « rapport Berland »:

L'organisation et les principales caractéristiques des ressources humaines en santé doivent évoluer pour s'adapter à l'environnement changeant du système de santé et mieux répondre aux besoins de santé de la population, dans un contexte de finances publiques contraintes. La création de nouveaux métiers en santé de niveau intermédiaire est une des réponses possibles aux inadap- tations constatées mais elle doit être soumise à de fortes exigences. Autant la création de métiers en santé de niveau intermédiaire paraît impérative, autant les conditions de leur genèse et de leur instauration doivent être rigoureuses. En santé comme ailleurs, l'offre (de métiers) crée et module la demande (en santé) alors que doit prévaloir le phénomène inverse. Une clarification s'impose dont les enjeux sont considérables.

Il s'agit en particulier :

- D'éviter de reproduire, avec les nouveaux métiers en santé, les travers unanimement constatés avec le métier de médecin dont certaines activi-

tés ne correspondent pas à une formation de niveau bac + 9 ou bac +11 ;

- D'écarter le risque de prolifération des métiers de la santé et de complexifier un peu plus un paysage qui l'est déjà ;
- De ne pas multiplier outre mesure les intervenants auprès du patient (y compris à domicile), à un moment où la fluidité de la prise en charge est plus que jamais nécessaire ;
- De s'inscrire dans une dynamique de complémentarité et non de concurrence entre les métiers.

Les nouveaux métiers en santé devront répondre à quelques critères simples mais impérieux.

Il paraît primordial que toute réflexion et toute proposition sur le sujet des nouveaux métiers en santé partent systématiquement de la réponse aux besoins de santé de la population. La mission se fonde, pour ses travaux, sur la définition de la santé retenue par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) : « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* ». Cette large acception de la santé, qui est aujourd'hui celle de nos concitoyens, renvoie à la notion de réponse globale aux besoins du patient, aux liens étroits entre les dimensions sanitaire, sociale et médico-sociale de la prise en charge, aux soins et actes aussi bien curatifs que préventifs, ces derniers étant encore insuffisamment développés dans notre pays.

Elle renvoie également au champ de la médecine et des soins d'entretien de la santé, de la non-survenance d'une maladie.

La mission présente neuf propositions reposant sur quatre piliers :

- Une priorité : mettre en place une politique modernisée des ressources humaines en santé ;
- Une nouveauté : créer des professions de santé de niveau intermédiaire ;
- Une méthode : adopter un système rigoureux de validation ;
- Une nécessité : intégrer les formations à l'enseignement supérieur.

Cerner le champ des nouveaux métiers en santé

Les futurs nouveaux métiers en santé doivent obéir à quelques principes incontournables :

- Ils sont construits à partir des métiers paramédicaux d'aujourd'hui
- Ils ne sont pas redondants avec un métier existant ;
- Ils correspondent à un mode d'exercice professionnel et des responsabilités identifiées;
- Ils ont vocation à constituer à terme des professions médicales à compétence définie.

Quelle place pour les IADE dans ce système ?

A ce jour, les IADE sont exclus de la pratique avancée et non reconnus en profession intermédiaire malgré:

- Une reconnaissance du DEIA au niveau MASTER 2
- Un exercice clinique, collaboratif, dans métier socle DE IDE puis 2 années d'exercice professionnel
- Une pratique autonome conférée par un décret de type mission.
- Un statut de profession règlementée disposant d'un corps spécifique
- Une volonté affichée de la profession d'être reconnue et reclassée en profession intermédiaire
- Une implication certaine dans la formation

Manquements qui nous sont opposés:

- Schéma universitaire inadapté pour les responsables de l'universitarisation impliquant une réingénierie.
- L'absence d'activité de consultation
- L'absence du droit de prescription
- Le peu d'implication dans les protocoles 51 eux-mêmes contraints par le lobbying médical. Nous pouvons tout de même l'argumenter. La forme im-

posée du protocole face au décret de type mission et l'autonomie actée des IADE rend ce système peu attrayant. Faut-il évoquer l'investissement nécessaire non reconnu statutairement et financièrement? Ce système de délégué/déléguant pourrait être perçu comme la promulgation d'un exercice collaboratif permettant une séniorisation offrant l'accessibilité à l'acquisition de nouveaux actes et missions, mais dans le climat général actuel, il est plutôt ressenti comme une nouvelle mise sous dépendance médicale avec un risque de non pérennité.

- L'investissement dans la recherche clinique bien que les travaux soient nombreux mais publiés sous couvert d'une autorité médicale induite. La recherche infirmière tend aujourd'hui à être enfin reconnue tant au niveau des instances que des financements, des publications...
- Le leadership soumis au système hiérarchique en vigueur

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_presentation_ipa.pdf

communiqué de presse du 19 juillet 2018 ministère de la santé

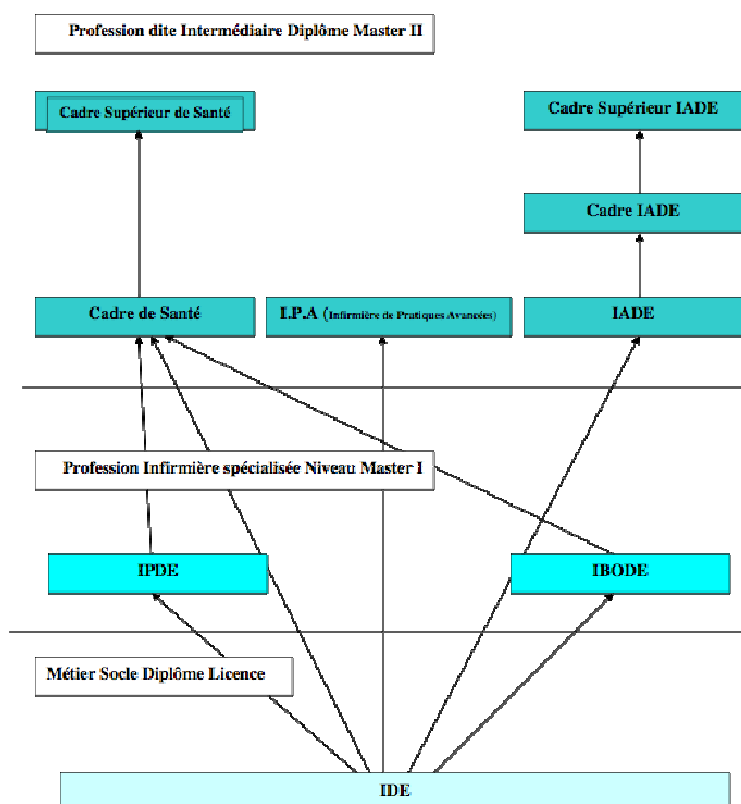
<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>

A ce jour 3 évolutions ont été « proposées » pour intégrer ce processus.

- **IADE reclassé en profession intermédiaire dans un nouveau titre du livre 3 des auxiliaires médicaux selon le schéma suivant:**

permet:

Profession Infirmière



Cette orientation a été proposée lors du dernier mouvement initié par la profession (2014-2016).

Elle avait pour vocation de maintenir un exercice issu du métier socle pour le hisser au niveau des professions intermédiaires sous couvert d'une redéfinition des missions élargies à des activités de consultation et de prescription notamment dans le domaine de l'ambulatoire.

Elle témoigne de la volonté affichée de toute une profession de maintenir son expertise dans les 4 domaines de compétences que sont l'anesthésie, la réanimation, les soins d'urgence et la prise en charge de la douleur.

Elle met aussi en avant la reconnaissance et la nécessité ressentie d'un management issu de la « spécialité ».

Le schéma hiérarchique proposé à l'époque ne semble aujourd'hui plus correspondre à celui de la pratique avancée tel que défini ou pressenti et légiféré puisque le leadership est acté comme une compétence à part entière des IPA.

Dans ces conditions, nos tutelles mettent en avant la nécessité d'une réingénierie de notre profession.

Le plan santé 2022 évoque aussi la nécessité de faire évoluer les pratiques et exercices du management.

- **Infirmier en pratique avancée:**

permet:

- D'obtenir un diplôme d'état reconnu en pratique avancée reclassé en profession intermédiaire
- D'obtenir les prérogatives de prescriptions de d'entretien définis par le décret IPA associé aux autres rôles reconnus (cf. 7 compétences de l'IPA)
- De conserver le métier socle

Implique:

Une modification du décret pour l'élargir aux champs de l'anesthésie, soins d'urgence, réanimation et prise en charge de la douleur.

Une réforme de notre cursus actuel pour intégrer le format universitaire IPA afin d'obtenir une première année commune au DE IPA puis une seconde année de spécialisation avec un risque majeur de dissociation de nos 4 domaines de compétences en faveur d'un schéma IPA Anesthésie, IPA Soins d'Urgence, IPA Réanimation...ce à quoi la profession s'oppose très clairement.

Autre « point noir » mis en avant: la définition législative évoquant les champs d'actions en autonomie ressentie comme très contenue.

- **profession médicale à compétences définies:**

permet:

- De maintenir les 4 domaines de compétences que sont l'anesthésie, la réanimation, les soins d'urgence et la prise en charge de la douleur.
- D'obtenir un statut médical et les prérogatives associées telles que l'activité de consultation et le droit de prescription.

Implique:

- Une réforme du cursus
- Changement du système hiérarchique
- Une redéfinition des missions
- Quid du stock?: système de passerelles? VAE?...

C'est la forme retenue à l'origine du rapport Berland.

Faut-il faire un choix ?

Depuis l'application des accords de Bologne, le système de santé est en profonde mutation afin d'intégrer le système LMD sous couvert d'adaptations aux spécificités françaises.

Ainsi la réforme de la PACES et l'universitarisation devront définir un cursus complet et commun à l'ensemble des professions de santé.

Les variabilités d'exercices seront alors conférées par le statut, Licence, Master ou Doctorat.

La culture serait commune et l'identité propre à l'exercice et aux personnalités.

Est-il nécessaire de rappeler encore une fois que nous sommes tous soignants et que nous exerçons tous des actes médicaux sous couvert de dérogations?

L'autonomie ou l'indépendance n'apporteraient-elles pas plus de libertés dans l'(les) exercice(s) et les pratiques ?

Selon cette volonté, les professions intermédiaires reconnues au niveau MASTER bénéficieront toutes:

- d'un niveau Master pour un cursus de 5 ans
- d'un décret de type mission
- d'un exercice de consultation
- du droit de prescription
- d'une autonomie reconnue

- voire d'une indépendance dans certains champs d'exercice
- d'un niveau de responsabilité défini et reconnu.
- d'un reclassement dans le code de santé publique soit dans le livre 1 des médicaux aux cotés des sages-femmes soit dans un titre spécifique du livre III des auxiliaires médicaux.

Nous ne sommes qu'aux prémices de ce nouveau système et sa « montée en charge » est d'ores et déjà annoncée par nos tutelles.

L'universitarisation

La mission interministérielle d'« *universitarisation des formations paramédicales et maïeutique* » est confié à Mr Le Boulter au travers du CEFIEC (Comité d'Entente des Formations Infirmières et Cadres)

Pour alimenter les réflexions et propositions, plusieurs groupes de travail sont organisés.

Le CEFIEC est inscrit dans les 4 groupes de travail suivants, à raison de 4 dates pour chaque groupe:

- L'admission dans les IFSI
- La qualification des enseignants chercheurs issus des filières paramédicales et de maïeutique
- L'élaboration d'un cadre destiné à faciliter les projets territoriaux d'intégration universitaire (premiers travaux : traçabilité des financements et carte d'étudiant pour tous)
- Nouveaux métiers, nouvelles compétences

Préambule

Il existe aujourd'hui différentes possibilités d'évoluer dans son métier pour un professionnel, en particulier l'expertise dans un domaine (par exemple infirmier hygiéniste), la spécialisation (IADE, IBODE, puériculteur/trice), l'accès aux fonctions d'encadrement.

A l'étranger, dans différents pays comme l'Angleterre, les Etats-Unis, le Canada, les infirmières peuvent accéder à un exercice en pratique avancée après une formation complémentaire.

Les pratiques avancées visent à ouvrir aux professionnels paramédicaux, afin d'améliorer la réponse à des besoins identifiés de prise en charge, la possibilité d'accéder, au-delà de leur métier socle, à des compétences élargies relevant habituellement des prérogatives médicales (prescription, suivi de patients, coordination de parcours).

Les éléments d'évaluation disponibles concernant les prises en charge en pratique avancée à l'étranger sont favorables, qu'il s'agisse de la satisfaction

des patients ou de la qualité des soins délivrés (meilleure observance, baisse des ré-hospitalisations notamment).

La proportion de professionnels concernés demeure néanmoins relativement faible dans ces pays.

L'espace de ces professions dans la division du travail soignant existe (en particulier à la faveur des nouvelles modalités de prise en charge, pluriprofessionnelles, graduées...).

Les perspectives ne sont certes pas les mêmes pour l'ensemble des professions : toutes peuvent sans doute prétendre, moyennant une formation spécifique, effectuer utilement certains actes aujourd'hui réservés aux médecins mais seules quelques-unes semblent aujourd'hui en mesure d'accéder à un développement global de leurs compétences au-delà du métier socle dans les champs du diagnostic, du suivi et de la prescription à l'image des « nurse practitioners » des pays anglo-saxons.

Par ailleurs, pour les professions les plus concernées, il conviendra de tracer la frontière entre le suivi spécifique dédié de certains types de patients – qui n'appelle pas nécessairement d'élargissement global des compétences au-delà du métier socle – et l'exercice en pratique avancée proprement dit.

Le développement des pratiques avancées est en tout cas assurément un aspect important de l'intégration universitaire des formations paramédicales et ce à plusieurs titres :

- Il revient aux universités de délivrer ces formations ;
- Les pratiques avancées donnent une profondeur de champ à certaines professions, à côté des spécialisations «classiques»; elles participent donc à l'attractivité des professions et des formations concernées, ce qui n'est pas sans importance au moment de leur insertion à l'Université ;
- La distinction entre formation socle et compétences élargies, pour répondre à des besoins sanitaires identifiés, est un argument important de régulation de la durée des études ; c'est aussi une façon d'autoriser des organisations différenciées de la formation, les compétences élargies ayant vocation à être constituées en milieu universitaire ;
 - Les formations universitaires en pratique avancée, au niveau master, constituent de fait un des éléments possibles de la filière complète LMD à organiser dans le cadre universitaire pour les ressortissants des professions paramédicales.

Le bilan intermédiaire de la concertation et des propositions d'orientations a identifié:

- Un consensus sur la nécessité d'un changement de paradigme de l'approche des métiers faisant état d'une volonté de transversalité et de coopération.
- L'université serait alors pressentie comme le vecteur de cette transformation. Elle proposerait ainsi, aux professions paramédicales, de jouer un

rôle de médiateur afin de cautionner la qualité de l'enseignement et de l'encadrement et faire reconnaître la qualité des pratiques dans la finalité de revendiquer les expertises.

- La réaffirmation que l'intégration à l'université ne serait pas antagoniste de la dimension professionnelle. La réforme veillerait ainsi au respect du savoir professionnel en y associant un savoir académique au travers d'un exercice collaboratif des ressources et acteurs en place. Ces orientations tendent cependant à modifier le profil des acteurs de terrain et de leurs formateurs par le recrutement d'enseignants chercheurs et la promulgation de la double appartenance (clinique et formation). La gouvernance serait réajustée en conséquence.
- La nécessité de promulguer la recherche paramédicale.

Ainsi, l'actualisation du référentiel de formation et le fait de situer les formations paramédicales dans un registre « LMD » ne préfigure pas une augmentation de la durée des études d'où la nécessité de travailler simultanément les dimensions métiers, compétences et formation en veillant au rapprochement à l'université par un travail de réingénierie.

Le niveau licence correspondrait alors à un niveau de responsabilité intermédiaire et le niveau Master à des prérogatives en matière de management.

Les modèles étrangers servent dans ce contexte de simples référentiels.

Bibliographie

- *La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner; rapport pré-sidé par le Pr Y. Berland*
- *Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire; Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer Professeur Yvon BERLAND , Laurent Henart, Danielle Cadet*
- *Décret n° 2019-17 du 9 janvier 2019 relatif aux missions, à la composition et au fonctionnement des Conseils nationaux professionnels des professions de santé*
- *Transferts de compétences: nouveaux métiers, pratiques avancées, la conjonction de plusieurs facteurs Anne marie doré*
- *L'infirmier en pratique avancée, Ministère des solidarités et de la santé -La pratique avancée, Le Gic REPASI*
-Pratique avancée en soins infirmiers(présentation CEFIEC) , C Debout
- *Développement Professionnel continu; fiche méthode Les Documents Infirmière Clinicienne Spécialisée VF 28-11-2013 de coopération*
- *l'universitarisation des formations en santé -912558-Mission Universitarisation Rapport intermédiaire février 2018_912964*
- *Diagramme présentation Profession Infirmière V02 06-12-2015 collectif Perpignanais*
- *IADE FPH VVF Vincent Porteous*
- *http://revue-infirmiereclinicienne.uqar.ca/Parutions/documents/Article_RochetOuellet_Vol7no2pp7-172010_000.pdf*
- *https://www.afidtn.com/medias/annuaire_bibliographie/950_template.pdf*
- *https://www.ecolelasource.ch/wp-content/uploads/Doyon_IPS-La-Source_ja18.pdf*
- *Infirmière clinicienne spécialisée : éléments de cadrage pour les missions, formation et l'emploi (ARS 2013)*
- *Rapport HAS avril 2008*
http://archives.coordination-nationale-infirmiere.org/images/pdf/DIVERS/reco_cooperation_vvd_16_avril_2008_04_16__12_23_31_188.pdf
- *Rapport final : Adapter les formations aux enjeux du système de santé*
- *Rapport final : Transformer les conditions d'exercice des métiers dans la communauté hospitalière*
- *Rapport final : Modes de financement et de régulation*
- *Rapport final : Repenser l'organisation territoriale des soins*
- *Rapport final : Inscrire la qualité et la pertinence au coeur des organisations et pratiques*
- *Rapport final : Accélérer le virage numérique*