



SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE RECHERCHE DES INFIRMIERS EN PRATIQUE AVANCÉE

Contribution au « Ségur de la Santé »

Travail Préliminaire :

**Déploiement de la pratique avancée infirmière dans le système de santé
français : éléments de cadrage législatifs et réglementaires ;
comparaisons internationales.**

Publié le 25 mai 2020 à Paris

Auteurs : *Ordre par contributions*

Sébastien CHAPDANIEL, *Inf, MSc, Président SoFRIPA,*

Éloïc MEGERT, *Inf, MSc, Membre conseil scientifique SoFRIPA*

Guillaume BONNET, *Inf, MSc, Vice-Président SoFRIPA, Membre conseil scientifique SoFRIPA, Secrétaire adjoint CNP IPA*

Florence AMBROSINO, *Inf, MSc, Membre d'honneur SoFRIPA*

Hélène Kerdiles, *Inf, Membre conseil d'administration SoFRIPA*

Laurent SALSAC, *inf, Membre comité éthique et déontologie SoFRIPA,*

Groupe de relecture : *Ordre alphabétique*

Aurélié DEMAGNY WARMOES, *Inf, MSc, Membre conseil scientifique SoFRIPA*

Sophie DUGUÉ, *Inf, Membre comité éthique et déontologique SoFRIPA*

Kenza EL RHAZ, *Inf, Membre comité communication et partenariats SoFRIPA*

Emmanuelle FERNANDEZ, *Inf, Trésorière SoFRIPA, Membre comité communication et partenariats SoFRIPA*

Hanen GRABSI, *Inf, Membre comité éthique et déontologie SoFRIPA*

Vincent PRÉVOST, *Inf, Adhérent SoFRIPA*

Éléonore VITALIS, *Inf, MSc, Secrétaire générale SoFRIPA, Membre conseil scientifique SoFRIPA, Trésorière adjointe CNP IPA*

Document public, adressé à :

- Le Conseil National Professionnel des Infirmiers en Pratique Avancée
- L'Ordre National Infirmier
- Société Française des Infirmiers Anesthésistes (SoFIA)

Remerciement à Laetitia HENRIOT, conseillère en méthodologie chez Promotion Santé Normandie, ancienne IREPS Normandie, pour son aide précieuse.

SOMMAIRE

Contexte	6
1.1 Le cadre d'exercice de l'infirmier	6
1.2 Le cadre d'exercice de l'IPA	6
1.3 Les Infirmières praticiennes	7
1. Auxiliaires médicaux en pratique avancée : Le cadre réglementaire	9
1.1 Analyse du cadre réglementaire des professions de santé en France	9
1.1.1 Le Code de la Santé Publique	9
1.1.2 Les habilitations du médecin	10
1.1.3 Le monopole médical	10
1.1.4 Les autres professionnels	11
1.2 Analyse du cadre réglementaire des IPA en France	13
1.2.1 Les obligations socles	15
1.2.2 Les lieux d'exercices	15
1.2.3 Les domaines d'interventions	16
1.2.4 Référentiel d'activités et de compétences	17
1.2.5 Le protocole d'organisation	18
1.2.6 La mission d'amélioration des parcours	19
1.2.7 La notion de conclusions cliniques	20
2. Cadre réglementaire international de l'IPA	23
2.1 Réglementation de l'IPA dans le monde : éléments de cadrage	23
2.2 Exemples de la réglementation à l'international de l'IPA	25
Les USA :	25
La Suisse :	28
Le Québec :	28
La Nouvelle Zélande :	30
L'Irlande :	31

ETHIQUE	SCIENCE	DEONTOLOGIE	INDEPENDANCE
	2.3 Pistes de réflexions autour des exemples internationaux		32
	3. Perspectives pour les IPA en France		33
	3.1 Résumé du SWOT		33
	3.2 Outil d'aide à la décision stratégique		34
Conclusion			35
Bibliographie			37
	ANNEXE I : Infirmière clinicienne spécialisée et infirmière praticienne (CII, 2020)		41
	ANNEXE II : Article L4130-1, Article L4130-2, Article L4161-1, Article L4301-1, Article R4311-12		44

Préambule

« À travers l'histoire, nous pouvons constater l'évolution constante de la profession infirmière afin de relever les défis de santé, de société et des soins centrés sur la personne. C'est la raison pour laquelle le CII, en tant que voix mondiale de la profession infirmière, appelle à investir dans les soins infirmiers, notamment dans la pratique infirmière avancée » (CII, 2020).

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), recommande notamment de moderniser la réglementation de la profession infirmière. Elle préconise d'harmoniser les normes relatives à la formation et aux pratiques, et d'utiliser des systèmes capables de reconnaître et de vérifier les compétences professionnelles du personnel infirmier à l'échelle mondiale (OMS, 2020).

En France, le 7 février 2020, le Conseil d'état a organisé une journée de réflexion sur les professions de santé de demain. La quatrième partie du Code de la Santé Publique (CSP) portant sur les professions de santé a soulevé de nombreuses interrogations notamment sur le cadre juridique d'exercice de la profession infirmière.

Dans cette logique, une analyse du cadre législatif et réglementaire des infirmiers en pratique avancée (IPA) français nous semble essentielle. Aussi, une comparaison avec les modèles internationaux pourrait apporter la lumière sur des zones d'ombres. Nous avons ainsi réalisé un état de la situation et nous vous proposons des préconisations et recommandations sur les aspects législatifs et réglementaires qui permettront le déploiement des infirmiers en pratique avancée en France.

« Les pouvoirs publics doivent réorienter leurs systèmes de santé et soutenir les personnels de santé, en particulier les infirmiers en pratique avancée (IPA), pour efficacement promouvoir la santé, prévenir et gérer les maladies. » (CII, 2020)

Contexte

1.1 Le cadre d'exercice de l'infirmier

Selon l'OMS, le cadre d'exercice définit l'étendue des rôles, fonctions, responsabilités et activités auxquels un professionnel (infirmier) immatriculé et homologué a été formé, pour lesquels il est compétent et autorisé à exercer. Il définit donc la responsabilité et les limites de la pratique (OMS, 2016).

D'après le Conseil International des Infirmiers (CII), le cadre d'exercice n'est pas limité à des tâches, des fonctions ou des responsabilités spécifiques ; il comprend les éléments de :

- Plaidoyer en faveur des patients et de la santé
- Dispense de soins directs et évaluation de leur impact
- Supervision et délégation aux autres
- Direction, gestion, enseignement
- Recherche
- Élaboration d'une politique pour les systèmes de soins de santé (CII, 2007).

La législation, les normes et les autres instruments et outils réglementaires déterminent le champ global d'exercice des infirmiers professionnels immatriculés, autorisés à exercer la profession infirmière dans leurs pays respectifs.

Parmi les autres facteurs qui influencent la pratique infirmière, figurent (CII, 2007) :

- Les compétences de chaque praticien
- Les exigences et les politiques de l'employeur
- Les besoins des patients
- Les milieux de pratique

1.2 Le cadre d'exercice de l'IPA

En 2020, le CII a publié les directives sur la pratique infirmière avancée. Il met l'accent sur l'importance de distinguer les deux rôles de pratique infirmière avancée : Infirmière clinicienne spécialisée (ICS) et infirmière praticienne (IP).

Trois tableaux mettent en exergue les similitudes et les différences entre les ICS et IP (Annexe I).

En France, le modèle de pratique avancée infirmière est « hybride ». Certaines activités de l'IPA correspondent à des activités d'IP définies par le CII : établissement d'ordonnance, gestion du diagnostic et du traitement, assume l'entière responsabilité clinique, procède à

des évaluations et des examens de santé, est souvent autorisée à orienter les patients (CII, 2020). Le rôle d'ICS, quant à lui, possède le même champ réglementaire que celui d'infirmier.

Ainsi, dans ce travail nous nous intéresserons uniquement au rôle d'IP.

1.3 Les Infirmières praticiennes

« Les IP sont des infirmières généralistes qui, après une formation plus approfondie (niveau master au minimum), sont devenues des cliniciennes autonomes. Elles sont formées pour diagnostiquer et traiter les affections d'après des directives reposant sur des données probantes. Selon les principes de soins infirmiers qu'elles intègrent, c'est la personne dans son intégralité qui doit être traitée, et pas seulement une maladie ou une pathologie » (CII, 2020).

« Les infirmières praticiennes évaluent, diagnostiquent, traitent et gèrent les maladies aiguës épisodiques et chroniques. Elles commandent, effectuent, supervisent et interprètent des tests diagnostiques et de laboratoire, prescrivent des agents pharmacologiques et des traitements non pharmacologiques, informent et conseillent les patients. Les IP sont expertes en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies. En tant que cliniciennes agréées, les IP exercent de façon autonome et en coordination avec d'autres professionnels de santé. Elles peuvent assumer des fonctions de recherche en soins de santé, de conseil interdisciplinaire et de défense des droits des patients, en plus de fournir une vaste gamme de services de soins de santé aux individus, familles, groupes et communautés. » (AANP 2015).

Cadre réglementaire des infirmiers praticiens (CII, 2020) :

Domaine de Pratique ou champ d'exercice	Fait référence à l'éventail d'activités (procédures, actions, processus) que peuvent exercer l'IP après avoir acquis l'autorisation, la formation, et les compétences.
Processus d'accréditation	Reconnaissance à l'échelle nationale de l'organisme qui délivre l'accréditation. Dans certains pays, les accréditations sont renouvelées périodiquement, mais les dispositifs et les conditions de renouvellement doivent être clairs et transparents.

Protection du titre	<p>Doit être considéré comme une exigence des processus de réglementation et d'accréditation.</p> <p>Le titre d'IP doit véhiculer un message simple indiquant qui est l'infirmière praticienne, afin de la distinguer des autres catégories et niveaux de pratique des soins infirmiers.</p> <p>Pour le public, la protection du titre constitue également une garantie contre les cliniciens non qualifiés qui n'ont ni la formation ni les compétences que suppose ce titre.</p>
----------------------------	--

Quatre niveaux d'activités pour définir le champ d'exercice de l'IPA (AIC, 2019) :

Niveau d'activité	Description du niveau d'activité
Réglementaires/ législatives/ légales	Définies dans la réglementation ou la législation sur la santé ou les soins infirmiers, les lois sur la réglementation ou les restrictions ou d'autres statuts
Professionnelles	Définies par des normes, des lignes directrices, des énoncés de position et des normes éthiques régis par les organismes de réglementation de la profession infirmière (code de déontologie)
Emploi	Définies par les politiques individuelles de l'employeur ou de l'organisation (axes stratégiques du projet de soins, orientations institutionnelles).
Individuelles	Définies par les compétences individuelles, façonnées par l'éducation, l'expérience, les formations continues suivies et les besoins des patients

1. Auxiliaires médicaux en pratique avancée : Le cadre réglementaire

1.1 Analyse du cadre réglementaire des professions de santé en France

1.1.1 Le Code de la Santé Publique

En France les professions de santé sont définies dans la quatrième partie du code de santé publique du Livre Ier au Livre IV.

Livre Ier : Professions médicales

- Titre Ier : Exercice des professions médicales
- Titre II : Organisation des professions médicales
- Titre III : Profession de médecin
 - Chapitre préliminaire : Médecin généraliste de premier recours et médecins spécialistes de premier ou deuxième recours. (Articles L4130-1 à L4130-2)
- Titre IV : Profession de chirurgien-dentiste
- Titre V : Profession de sage-femme
- Titre VI : Dispositions pénales

Chapitre Ier : Exercice illégal. (Articles L4161-1 à L4161-6)

Livre II : Professions de la pharmacie et de la physique médicale

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
- Chapitre Ier : Règles liées à l'exercice de la profession (Articles L4311-1 à L4311-29)
 - Article R4311-11 infirmière de bloc opératoire diplômée d'état
 - Article R4311-12 : Infirmier anesthésiste diplômé d'état
 - Article R4311-13 : Puéricultrice diplômée d'état
- Titre II : Professions de masseur-kinésithérapeute et de pédicure-podologue Etc.

1.1.2 Les habilitations du médecin

Parmi les professions médicales reconnues par le code de la santé publique, les médecins disposent seuls d'une habilitation et du monopôle pour intervenir sur le corps d'autrui.

L'article 16-3 de la loi n°99-641 du 27 juillet 1999 du code civil nous apprend que : « *il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui. Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement or le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir* ».

Ainsi, « *dans la mesure où le terme « thérapeutique » exclut la prévention, cette disposition conduit à rendre illégale toute intervention portant atteinte au corps humain dès lors qu'il s'agit, non pas de soigner, mais de prévenir une maladie. Ces interventions peuvent être en effet considérées comme des blessures volontaires imputables au praticien et sanctionnées en application des art. 222-9 et 222-10 c. pén.* » (Autain, 1999). Pour en savoir plus sur ce sujet nous vous invitons à consulter l'article publié par la Pr Dominique THOUVENIN, dans le Recueil Dalloz 2000, p.485 intitulé, « Les avatars de l'article 16-3, alinéa 1^{er}, du code civil ».

La responsabilité pénale du médecin peut être engagée par le biais des articles 221.6 et 222.6 du code pénal sur le terrain de l'homicide et la violence involontaire, par maladresse, imprudence, négligence, inattention, violation des lois ou règlement.

1.1.3 Le monopole médical

La répartition des tâches entre les différents professionnels de santé s'articule ainsi autour du principe du monopole médical, qui constitue une exception au principe de protection de l'intégrité corporelle encadré par le droit pénal.

En application de l'article 70 du code de déontologie médicale (article R. 4127-70 du code de la santé publique), le diplôme de médecin habilite son titulaire à pratiquer « *tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement* », dans la limite de ses connaissances, de son expérience et des moyens dont il dispose.

Tandis que l'article L. 4161-1 du même code prévoit la sanction de l'exercice illégal de la médecine (Cf. Annexe 2), l'exercice illégal de la médecine est acté par « *toute personne qui prend part habituellement ou par direction suivie, même en présence d'un médecin, à l'établissement d'un diagnostic ou au traitement de maladies, congénitales ou acquises, réelles ou supposées, par actes personnels, consultations verbales ou écrites ou par tous les autres procédés quels qu'ils soient, ou pratique l'un des actes professionnels prévus dans*

une nomenclature fixée par arrêté du ministre chargé de la santé prise après avis de l'Académie nationale de médecine, sans être titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre exigé pour l'exercice de la profession de médecin ». Il s'agit d'un délit intentionnel, au titre de l'article 121-3 du Code pénal.

De plus, selon un arrêt de la chambre criminelle du 19 juin 1947, quels que soient les moyens utilisés, quelle que soit la valeur du traitement, réelle ou supposée, et même si aucun médicament n'a été prescrit ou si aucune intervention chirurgicale n'a été réalisée, le délit de pratique illégale de la médecine peut être caractérisé.

L'exercice illégal de la médecine s'applique donc aux actes pratiqués dans le cadre d'une médecine préventive, de conseils santé, d'éducation à la santé, etc.

1.1.4 Les autres professionnels

Odontologues et sages-femmes, constituent également des professions médicales au sens du code de la santé publique ; ils se voient quant à eux reconnaître une habilitation limitée à intervenir sur le corps d'autrui. Leur champ de compétences est ainsi limité (articles R. 3127-313 et R. 4127-204), sous réserve de l'obligation déontologique qui leur est faite d'intervenir en cas d'urgence pour accomplir des actes incombant en principe aux seuls médecins.

L'article 4161-1 du Code de la santé publique concernant l'exercice illégal de la médecine ne s'applique pas aux « *infirmiers ou gardes-malades qui agissent comme aides d'un médecin ou que celui-ci place auprès de ses malades* », à « *l'activité d'assistant médical* », « **aux auxiliaires médicaux exerçant en pratique avancée en application de l'article L. 4301-1** ».

Les professionnels exerçant conformément à ces dispositions exercent légalement la médecine. Les infirmiers, qui n'agissent pas comme aide d'un médecin ou que celui-ci ne place pas auprès de ses malades, ainsi que les auxiliaires médicaux n'exerçant pas la pratique avancée en application de l'article L. 4301-1, sont en exercice illégal de la médecine.

Les auxiliaires médicaux, quant à eux, ne peuvent accomplir que les seuls actes figurant dans leurs décrets. Les décrets de la profession d'infirmier diplômé d'état et des spécialités (IBODE, IADE, PDE) permettent à ces professionnels d'**exercer en dérogation de l'exercice illégal de la médecine**. Tout ce qui n'est pas prévu par ces décrets, est considéré comme de l'exercice illégal de la médecine au sens de l'article 4161-1.

Ainsi, nous nous interrogeons sur la construction juridique de la quatrième partie du CSP, et notamment le livre III relatif aux auxiliaires médicaux. Ce cadre réglementaire de délégation de tâche ou d'acte ne peut répondre aux enjeux de santé français : vieillissement de la population, accroissement des maladies chroniques et des polyopathologies, parcours de soins complexes... Ce caractère restrictif de la délégation de tâche ou d'acte, par dérogation de l'exercice illégal de la médecine, ne permet pas d'optimiser le travail en interdisciplinarité. La collaboration étroite, le partage de savoirs et de compétences sont nécessaires pour relever les défis à venir.

Une refonte de la quatrième partie du CSP, en concertation avec l'ensemble des Conseils Nationaux Professionnels et les Ordres Nationaux Professionnels, ne serait-elle pas pertinente ?

1.2 Analyse du cadre réglementaire des IPA en France

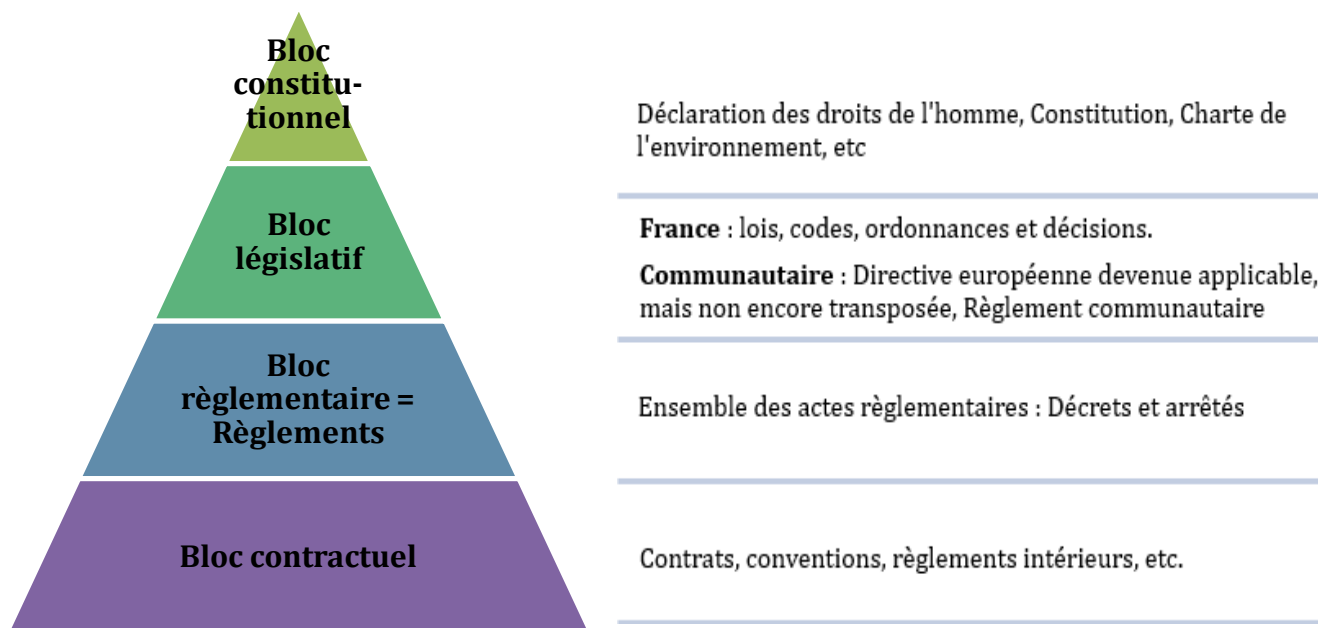


Fig. 1 : Schéma de la hiérarchie des textes juridiques français incluant la législation communautaire, Source : FCBA INFO, 2015

Tout d'abord, pour analyser le cadre réglementaire des IPA, il est important d'avoir connaissance de la construction des textes juridiques régissant la profession d'infirmier en France comme à l'international. Il est nécessaire de comprendre comment ils se hiérarchisent (voir tableau ci-dessus). Par exemple, concernant les textes juridiques communautaires nous pouvons nous appuyer sur la Directive 2013/55/UE du Parlement européen et du Conseil du 20 novembre 2013, modifiant la directive 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles et le règlement (UE) n°1024/2012 concernant la coopération administrative par l'intermédiaire du système d'Information du Marché Intérieur (Règlement IMI).

En France, la profession d'IPA est régie par :

- **Quatre codes :**
 - le Code de Santé Publique,
 - le Code de l'Action Sociale et des Familles,
 - le Code de la Sécurité Sociale,
 - le Code de l'Education.

Un code est un recueil regroupant des articles, des lois et des règlements. Il est donc d'application obligatoire (FCBA INFO, 2015).

- **Une loi** (acte de nature législative) : La loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 119.

La loi est un texte adopté par le Parlement et promulgué par le Président de la République, soit sur proposition des parlementaires (députés de l'Assemblée Nationale ou sénateurs), soit à partir d'un projet déposé par le gouvernement. L'ordonnance fait également partie du bloc législatif. Si l'ordonnance peut modifier une loi, elle n'est modifiable que par une loi. (FCBA INFO, 2015).

- **4 décrets** (acte de nature réglementaire) :
 - le décret n° 2019-835 du 12 août 2019 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée et à sa prise en charge par l'assurance maladie,
 - le décret n° 2019-836 du 12 août 2019 relatif au Diplôme d'État d'Infirmier en Pratique Avancée (DE IPA) mention psychiatrie et santé mentale,
 - le décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au Diplôme d'État d'Infirmier en Pratique Avancée,
 - le décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée.

Un décret est un acte administratif émanant du pouvoir exécutif qui peut être de portée générale lorsqu'il formule une règle de droit. Il est signé par le Président de la République (en cas de décret délibéré en Conseil des ministres) ou par le Premier ministre (en cas de décret en Conseil d'Etat ou de décret simple), et éventuellement contre signé par un ou plusieurs ministres (FCBA INFO, 2015).

- **6 arrêtés** (acte réglementaire inférieur au décret) :
 - l'arrêté du 12 août 2019 relatif à l'enregistrement des infirmiers en pratique avancée auprès de l'ordre des infirmiers,
 - l'arrêté du 12 août 2019 modifiant les annexes de l'arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de la santé publique,
 - l'arrêté du 12 août 2019 modifiant l'arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée,
 - l'arrêté du 18 juillet 2018 fixant la liste des pathologies chroniques stabilisées prévue à l'article R. 4301-2 du code de santé publique,
 - l'arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de santé publique,
 - l'arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée.

Un arrêté est un acte émanant d'une autorité administrative autre que le Président de la République ou le Premier ministre (ex : ministres, préfets, président du conseil régional ou du

conseil général, maires). Signé par un membre du pouvoir exécutif dans le cadre de ses compétences légales, l'arrêté est une décision écrite exécutoire, prise en application d'une loi, d'un décret ou une ordonnance, afin d'en fixer les détails d'exécution (FCBA INFO, 2015).

- **Un avenant** (acte de nature contractuel): L'avenant 7 de la convention nationale des infirmiers libéraux.

Le bloc contractuel se compose des textes tels que les conventions collectives, les règlements administratifs (ex : règlements intérieurs d'entreprises) et les contrats (ex : contrats de travail) (FCBA INFO, 2015).

Par ailleurs il est important d'avoir à l'esprit que les circulaires sont des textes explicatifs d'une loi, d'un décret ou d'un arrêté. Elles ne sont donc pas une source du droit (FCBA INFO, 2015).

1.2.1 Les obligations socles

IPA, une profession non prescrite. Pour commencer, il y a trois obligations inhérentes à l'exercice de la profession d'infirmier en pratique avancée diplômé d'Etat en France.

L'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier en Pratique Avancée : confère le grade de Master, donne l'aptitude à l'IPA d'exercer et doit préciser le domaine d'intervention
3 années d'expériences professionnelles comme IDE pour autorisation d'exercer
Être enregistré au tableau de l'Ordre des infirmiers en tant qu'IPA DE.

1.2.2 Les lieux d'exercices

L'article L.4301-1 du Code de la santé publique (Cf. Annexe 2) créé par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 119 et modifié par Ordonnance n°2018-20 du 17 janvier 2018 - art. 16, prévoit que l'infirmier en pratique avancée peut exercer :

- Au « sein d'une équipe de soins », « coordonnée par le médecin » (en intra ou extra hospitalier)
- « En assistance d'un médecin spécialiste, hors soins primaires, en pratique ambulatoire ».

Un décret en Conseil d'Etat définit :

« 1° Les domaines d'intervention en pratique avancée qui peuvent comporter :

a) Des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage ;

b) Des actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques et des actes de surveillance clinique et para-clinique ;

c) Des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale obligatoire, des prescriptions d'examens complémentaires et des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales ;

2° Les conditions et les règles de l'exercice en pratique avancée. »

« Le professionnel agissant dans le cadre de la pratique avancée est responsable des actes qu'il réalise dans ce cadre. » (Article 119, 2016).

1.2.3 Les domaines d'interventions

Le Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée qui définit trois domaines d'interventions : Pathologies chroniques stabilisées ; prévention et polyopathologies courantes en soins primaires/ Oncologie et hémato-oncologie/ Maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale.

Bien que les pathologies chroniques soient définies dans l'arrêté du 18 juillet 2018, **il reste une interrogation sur la définition de « ; Prévention et polyopathologies courantes en soins primaire »**. Ce domaine d'intervention est séparé d'un « ; » avec « Pathologies chroniques stabilisés ». Ce point virgule peut-il être considéré comme un point ? Le cas échéant, il existerait deux domaines d'interventions distincts. Ainsi comment définir ce terme de polyopathologies courantes et les contours de ce domaine d'intervention ?

Une analyse juridique de ce domaine d'intervention ainsi que la définition du terme polyopathologies courantes semble nécessaire pour investir pleinement ce champ.

Le Décret n° 2019-835 du 12 août 2019 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée et à sa prise en charge par l'assurance maladie qui étend le champ d'exercice infirmier en pratique avancée au domaine d'intervention : psychiatrie et santé mentale. Ce décret modifie également certains articles afin de permettre notamment l'exécution des prescriptions émanant d'un infirmier en pratique avancée, par une IDE, un technicien de laboratoire d'analyses médicales, une pharmacie d'officine ou un service de soins à domicile.

1.2.4 Référentiel d'activités et de compétences

En France, le décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 donne un cadre réglementaire de l'exercice infirmier en pratique avancée. Un(e) IPA est un infirmier(e) ayant obtenu un diplôme d'État, où figure la mention choisie, reconnu au grade universitaire de master, avec un référentiel d'activité et de compétences (RAC).

Les activités et compétences sont citées dans l'arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée :

- Des Activités :
 - Observation, recueil et interprétation des données dans le cadre du suivi d'un patient dans son domaine d'intervention
 - Prescriptions, renouvellement de prescriptions et réalisation d'actes techniques dans le cadre du suivi d'un patient dans son domaine d'intervention
 - Conception, mise en œuvre et évaluation d'actions de prévention et d'éducation thérapeutique
 - Participation à l'organisation du parcours de soins et de santé du patient
 - Mise en œuvre d'actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles
 - Contribution à des études et des travaux de recherche.
- Ses Compétences sont :
 - Évaluer l'état de santé de patients en relais de consultations médicales pour des pathologies identifiées
 - Définir et mettre en œuvre le projet de soins du patient à partir de l'évaluation globale de son état de santé
 - Concevoir et mettre en œuvre des actions de prévention et d'éducation thérapeutique
 - Organiser les parcours de soins et de santé de patients en collaboration avec l'ensemble des acteurs concernés
 - Mettre en place et conduire des actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles en exerçant un leadership clinique
 - Rechercher, analyser et produire des données professionnelles et scientifiques

En définitive, les rôles de l'IPA en France sont axés d'une part sur son expertise clinique et d'autre part sur ses compétences dites « transversales » en ingénierie de la santé.

1.2.5 Le protocole d'organisation

L'article R. 4301-1 du Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée indique que l'IPA « *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* ».

L'IPA est-il dans un rapport de travail de subordination ou de collaboration avec le médecin ?

Cette forme de travail est formalisée par la rédaction obligatoire d'un protocole d'organisation (Décret N° 2018-629 Du 18 Juillet 2018 Relatif à l'exercice Infirmier en pratique avancée 2018).

Trois interrogations s'imposent quant à ce protocole d'organisation :

- Si aucun médecin du secteur ne souhaite signer un protocole d'organisation avec un IPA, comment l'IPA pourra-t-il exercer ?
- Si le médecin qui a signé le protocole d'organisation arrête son activité (Déménagement, décès, Etc.), l'IPA perd-il sa clientèle ? Le protocole d'organisation devient-il caduc ? L'arrêt de la cour de cassation du 07 novembre 2000 indique que « la cession de la clientèle médicale à l'occasion de la constitution ou la cession d'un fond libéral d'exercice de la profession n'est pas illicite, à la condition que soit préservée la liberté de choix du patient ». Ainsi, l'IPA devrait pouvoir disposer de sa propre clientèle. Est ce un droit inaliénable ?
- Si un patient souhaite être suivi par un IPA Alpha et que son médecin traitant a signé un protocole d'organisation avec un IPA Béta, le patient ne pourra être suivi par l'IPA Alpha à la seule condition que le médecin accepte de signer un protocole d'organisation avec l'IPA Alpha. Selon les droits des usagers de santé, l'article L1110-8 modifié par Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 175 prévoit : « le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé et de son mode de prise en charge, sous forme ambulatoire ou à domicile, en particulier lorsqu'il relève de soins palliatifs au sens de l'article L. 1110-10, est un principe fondamental de la législation sanitaire ».

Une analyse juridique des trois situations soulevées ci-dessus semble nécessaire pour faire la lumière sur les tenants et aboutissants de ce protocole d'organisation.

1.2.6 La mission d'amélioration des parcours

« 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 ». Le médecin généraliste de premier recours et les médecins spécialistes de premier ou deuxième recours sont définis dans le chapitre préliminaire du Titre III du livre 1^{er} de la quatrième partie du code de la santé publique aux articles L4130-1 à L4130-2 (Cf. Annexe 2).

Selon l'étude de l'OCDE de 2010, menée dans 12 pays (Australie, Belgique, Canada, Chypre, États-Unis, Finlande, France, Irlande, Japon, Pologne, République Tchèque, Royaume-Uni), la mise en œuvre de la pratique avancée infirmière a globalement donné satisfaction et permis d'améliorer sensiblement la qualité des soins : « *le recours aux pratiques infirmières avancées est très utile pour améliorer l'accès de la population aux soins primaires* ».

Enfin, dans la stratégie nationale de santé « *La pratique avancée vise un double objectif : améliorer l'accès aux soins ainsi que la qualité des parcours des patients en réduisant la charge de travail des médecins sur des pathologies ciblées* » (DGOS, Michel.C, 2019).

Mais comment définir le premier recours ? Existe-t-il un lien entre premier recours et l'accès direct à un praticien de santé ?

Nous avons retrouvé dans la circulaire N°DHOS/O/2004/101 du 5 mars 2004, relative à l'élaboration des SROS de troisième génération, une définition pouvant nous éclairer : « *ces territoires de premier recours aux soins doivent correspondre à un exercice collectif et interprofessionnel (médecins généralistes, infirmiers libéraux, pharmaciens...) sur lesquels s'organise la permanence des soins, en lien avec les décrets du 15 septembre 2003. Ce premier niveau permet d'assurer des services polyvalents et coordonnés et faciliter une continuité de la prise en charge que les praticiens isolés ont de plus en plus de difficulté à assurer* ». Cependant, comme nous l'avons vu plus haut, les circulaires ne sont pas une source de droit. Ce n'est qu'exceptionnellement, et uniquement à l'occasion d'un recours contentieux, que le conseil d'État peut juger qu'une circulaire a une valeur réglementaire.

Ainsi, nous n'avons pas retrouvé une définition juridique du premier recours pouvant expliquer les contours de celui-ci en France.

Un avis d'expert juridique autour du terme premier recours serait à envisager.

En aparté, et en lien avec le processus de premier recours, la question de la primo prescription (prescription en première intention) reste à explorer car même si les choix thérapeutiques sont définis par le médecin, l'IPA peut établir des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale obligatoire en première intention.

1.2.7 La notion de conclusions cliniques

Nous souhaitons tout d'abord attirer l'attention sur la « conclusion clinique » au sens de l'article L.4301-1.

En premier lieu sur le fait que **les infirmiers établissent des diagnostics dans le champ de leur discipline** : « *Le diagnostic infirmier est l'énoncé d'un jugement clinique sur les réactions aux problèmes de santé présents ou potentiels, aux processus de vie, d'une personne, d'une famille ou d'une collectivité. Les diagnostics infirmiers servent de base pour choisir les interventions de soins visant l'atteinte des résultats dont l'infirmière est responsable* » (NANDA, 2006).

Il existe donc une classification des diagnostics infirmiers, une classification des interventions infirmières (NIC) et une classification des résultats infirmiers (NOC), que les IPA peuvent utiliser librement.

Ensuite, sur le fait que **la conclusion clinique ne permet pas à l'IPA d'établir un diagnostic au sens médical du terme**, car la conduite diagnostique et les choix thérapeutiques sont définis par le médecin. La question se pose pour établir un diagnostic d'une maladie prévue dans la CIM-11 (Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 11e version).

Bien qu'en France l'IPA n'ait pas accès réglementairement aux classifications liées au diagnostic, **l'OMS reconnaît une classification non liée au diagnostic** : la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF). « La CIF est l'outil de l'OMS pour mesurer la santé et le handicap à la fois au niveau de l'individu et à celui de la population.

Alors que la Classification internationale des maladies classe les maladies et les causes de décès, la CIF classe les domaines de la santé. La CIM et la CIF constituent les deux grands

blocs de la Famille Internationale de Classifications. Ensembles, elle fournissent de larges mais précis outils pour capturer l'image entière de la santé » (CIM-10, 2008).

Ainsi, bien que l'IPA ne puisse établir un diagnostic médical, il peut établir d'autres diagnostics. Alors les IPA pourraient-ils être habilités à l'utilisation de la CIM 11 et dans quelles conditions? Les IPA doivent apprendre à coder pour valoriser leurs activités.

Nous recommandons, le cas échéant, une formation à l'utilisation de celle-ci dans le cadre des études des IPA.

Pour finir, nous pouvons remarquer que le terme « consultation » n'est pas cité dans le cadre réglementaire, il est remplacé par le terme « entretien ». Pourtant, dès 1997, la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) reconnaissait que la « *consultation ou la visite comporte généralement un interrogatoire du malade, un examen clinique et, s'il y a lieu, une prescription thérapeutique. Sont considérés comme inclus dans la consultation ou dans la visite les moyens de diagnostic en usage dans la pratique courante (tels que : prise de tension artérielle, examen au spéculum, toucher vaginal ou rectal, etc.), ainsi que les petits actes techniques motivés par celle-ci (injection sous-cutanée, intradermique, intramusculaire, petit pansement, etc.)* ». (Nomenclature Générale des Actes Professionnels, 1997).

En 2020, l'article 15 de la NGAP concernant le contenu de la consultation, de la visite (modifié par la décision UNCAM du 18/07/05) définit que « *la consultation ou la visite comporte généralement un interrogatoire du malade, un examen clinique et, s'il y a lieu, une prescription thérapeutique. Sont considérés comme inclus dans la consultation ou dans la visite les moyens de diagnostic en usage dans la pratique courante (tels que prise de tension artérielle, examen au spéculum, toucher vaginal ou rectal, etc.), ainsi que les petits actes techniques motivés par celle-ci (injection sous-cutanée, intradermique, intramusculaire, petit pansement, etc.)* ». De plus, il est précisé que « *... lorsque ces actes ne sont pas accompagnés d'un examen du malade (notamment s'ils sont effectués en série) - l'intervention du praticien n'ayant pas alors la valeur technique d'une consultation - le praticien doit noter, non une consultation ou une visite, mais le coefficient ou le code de l'acte pratiqué* ». ».

L'IPA n'est pas missionné sur de l'acte en série mais sur un suivi programmé, nécessitant un examen clinique, un interrogatoire, et s'il y a lieu un renouvellement de traitement ou prescription d'examens complémentaires. Son intervention ne relève pas d'une activité à valeur technique telle que précitée, mais bien d'une activité de consultation.

Ainsi, pourquoi la consultation IPA n'est-elle pas reconnue ? D'autres part, à l'internationale, selon Ann B. Hamric (2016), l'une des six compétences de l'IPA est la consultation (Hamric et al., 2016).

Nous recommandons que le terme consultation soit formalisé législativement, réglementairement et contractuellement.

2. Cadre réglementaire international de l'IPA

2.1 Règlementation de l'IPA dans le monde : éléments de cadrage

Australie
Canada
Hong-Kong
République d'Irlande
Nouvelle-Zélande
Singapour
Espagne
Royaume-Uni
USA
Suède (pour le titre d'infirmier clinicien spécialisé)
France

Les pays où une réglementation et une reconnaissance existent pour la pratique infirmière avancée (CARNEY et al. 2016)

En 2008 le CII a regroupé les dispositifs des réglementations internationales. Il a identifié les réglementations et les politiques professionnelles propres à chaque pays qui sous tendent l'exercice professionnel de l'IPA :

- Autorisation de diagnostiquer ;
- Autorisation de prescrire des médicaments ;
- Autorisation d'ordonner des tests de diagnostic et des traitements thérapeutiques ;
- Autorisation d'orienter les patients vers d'autres services et professionnels ;
- Autorisation d'admettre les usagers à l'hôpital et dans d'autres services ou de leur donner congé ;
- Titre de la profession officiellement reconnu ;
- Loi pour attribuer et protéger les titres ;
- Loi et politiques d'une autorité officielle ou toute forme de dispositif réglementaire faisant explicitement référence aux IPA (exemples : agrémentation, accréditations, autorisation) (CII, 2008).

La réglementation de la pratique infirmière avancée figure parmi les facteurs qui pourraient faciliter son développement et son implantation, et en assurer la pérennité. D'où l'importance de trouver les moyens exigeants pour réguler la pratique infirmière avancée (statuer sur le niveau de formation, clarifier les missions et responsabilités, assurer la qualité de la pratique, préciser les niveaux de rémunérations des professionnels et les modalités de rémunération des activités). (CARNEY et al. 2016)

Nous soulignons la nécessité de formaliser des programmes agréés au niveau national, européen ou international et d'uniformiser ceux-ci.

La protection du titre d'IPA et la reconnaissance légale du statut de pratique infirmière avancée permet une meilleure définition des rôles et du champ d'exercice. (Maier et al., 2017 ; Donald et al., 2010)

« *Le manque de réglementation et de protection du titre est un obstacle à la pratique infirmière avancée dans le monde, notamment pour les infirmiers cliniciens spécialisés* » (Bruyant et al., 2018). Pour ce faire, l'auteur propose de protéger le titre de la profession, de définir la formation supérieure (master au minimum) et de fixer un domaine de pratique identifiable dans le cadre d'un processus d'accréditation. (Bruyant et al., 2018)

La nécessité d'une formation de niveau master au minimum a été démontrée par trois études canadiennes (Bryant et al., 2018 ; Kilpatrick et al., 2013 ; Schreiber et al., 2005). Ces études révèlent que les infirmières titulaires d'un master sont plus à même d'appliquer l'ensemble des domaines reconnus de la pratique infirmière avancée que leurs consœurs n'ayant pas cette formation de master.

Aux USA, le National Council of State Boards of Nursing reconnaît quatre fonctions précises concernant la pratique infirmière avancée, regroupées sous un seul titre : Advanced Practice Registered Nurse (APRN, 2016) :

Titre et obtention d'un examen de certification	Fonctions d'infirmier en Pratique Avancée
Advanced Practice Registered Nurse (APRN) Compétences tenues à jour par une formation continue obligatoire et par un examen de certification cyclique	Infirmiers anesthésistes
	Infirmiers sages-femmes
	Infirmiers cliniciens spécialisés
	Infirmiers Praticiens

En France il y a, à l'inverse, trois cadres réglementaires, et trois diplômes différents pour les IPA, IADE et Sages-femmes. Cet élément nous amène à se questionner sur notre CSP et sur sa possible nécessité de refonte.

De plus, dans son rapport de 2020, l'OMS indique que « *Des données solides indiquent que les infirmiers de pratique avancée tendent à améliorer l'accès aux soins de santé primaires dans les communautés rurales et à résorber les disparités d'accès aux soins pour les populations vulnérables des zones urbaines. Le personnel infirmier à tous les niveaux, quand*

il peut utiliser dans sa pratique toutes les compétences acquises en formation initiale et continue et bénéficie d'un soutien à cette fin, peut dispenser des soins de santé primaires et des services de prévention efficaces et de nombreux autres services de soins utiles pour instaurer la couverture sanitaire universelle ». (OMS, 2020). Cependant en France, avec l'application du modèle « gatekeeper », l'IPA ne peut contribuer à instaurer cette couverture sanitaire universelle, car les usagers de santé ne peuvent accéder directement aux services de prévention, d'éducation, de promotion de la santé et de dépistage qui relèvent du champ de compétence de l'IPA.

Nous recommandons que l'IPA puisse prodiguer des services de prévention, d'éducation, de promotion de la santé et de dépistage de sa propre initiative et sans supervision ou coordination médicale.

2.2 Exemples de la réglementation à l'international de l'IPA

Les USA :

American overview of Nurse Practitioner scope-of-practice and payment policies NIH (APRN, 2016) :

NP Scope-of - Practice Requirements	Site	Details of Requirements	Medicaid Rates and Coverage (2011)
No Physician Oversight	Maryland	NPs must complete a one-page agreement verifying a consultative relationship with a physician; no supervision required.	100% of physician fee, no coverage limitations
	Arizona	No physician supervision.	90% of physician fee, no coverage limitations
Collaborative Agreement with Physicians to Prescribe	Michigan	NPs can prescribe schedule 3 to 5 drugs (those with little potential for abuse), but physician and NP both must practice in the same facility for NPs to prescribe schedule 2 controlled substances. NP prescriptions cannot be issued for more than seven-day period.	100% of physician fee, prior approval required for Selected procedures

	Indiana	For prescribing authority, NPs must submit proof of collaboration with a physician, including an agreement on how they will coordinate patient care. Documentation of prescribing practices must include a 5% random sample of charts and prescriptions. Agreement must be renewed every two years.	75% of physician fee, no coverage limitations
Collaborative Agreement with Physician Required to Diagnose, Treat and Prescribe	Massachusetts	NPs are required to have a supervising physician who develops practice and prescribing guidelines that describe the methods NPs should follow in managing care and instances when physician referral/consultation is required.	100% of physician fee, no coverage limitations
	Arkansas	NPs are required to maintain a collaborative agreement with a physician that includes plans for consultation/referral; protocols for prescribing authority; plans for consultation coverage; and a quality assurance plan. Practice agreement must be renewed every two years. <i>(Arkansas has two categories of NPs: registered nurse practitioners (RNPs) and advanced nurse practitioners (ANPs). RNPs are subject to physician oversight for diagnosing and treating and may transmit physicians' medication orders for noncontrolled substances. ANPs are subject to physician oversight for prescribing only)</i>	80% of physician fee, limited to 12 visits per year

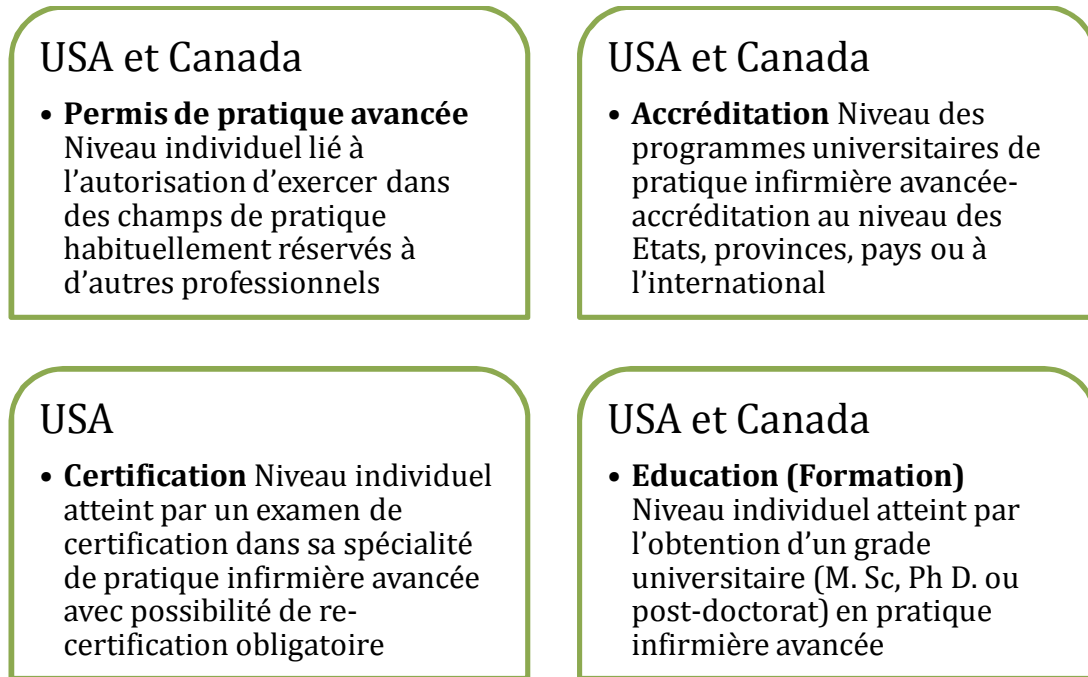


Fig 2 : Comparaison des exigences réglementaires du processus LACE (Licensur-Accreditation-Certification-Education) entre les USA et le Canada. Source : SIDIEF, 2018.

Les IP sont autorisés à exécuter de façon autonome les tâches suivantes (AIIIC 2008):

- Procéder à des bilans de santé complets,
- Formuler et communiquer un diagnostic médical (« impression diagnostique » au Québec),
- Prescrire des tests de laboratoire,
- Prescrire et interpréter des examens d'imagerie diagnostique,
- Prescrire certains médicaments et autres substances réglementées,
- Recommander un patient à un médecin spécialiste de façon indépendante (seulement les IP en soins primaires au Québec),
- Prescrire des orthèses, des aides à la mobilité et des bas de contention,
- Prescrire du matériel dispensateur d'oxygène à domicile ainsi que des seringues à insuline et des glucomètres (sauf au Québec),
- Prescrire des articles contre l'incontinence ou de stomie.

En 2017, le champ d'exercice juridique des Infirmiers Praticiens a été élargi leur octroyant le pouvoir (AIIIC, 2019) :

- De participer à l'aide médicale à mourir ;
- De prescrire des médicaments et des substances réglementés conformément à la réglementation provinciale et territoriale ;

- D'attester l'admissibilité d'une personne au crédit d'impôt pour frais médicaux, à la déduction pour frais de garde d'enfants, au crédit d'impôt pour étudiants handicapés et au régime d'épargne-invalidité ;
- D'attester de l'espérance de vie plus courte d'un conjoint ou du conjoint de fait visant à accorder une pension plus élevée sans prestations de survivant ;
- De remplir de façon indépendante les rapports médicaux pour les bénéficiaires de prestations du Régime de pension du Canada ;
- De signer les certificats médicaux pour les trois types de prestations d'assurance emploi aux proches aidants (prestations de compassion et les prestations de proches aidants d'adultes et d'enfants), en plus de leur pouvoir existant d'attestation de l'admissibilité aux prestations de maladie.

La Suisse :

Une infirmière en pratique avancée APN est une infirmière enregistrée qui, par sa formation académique, a acquis un savoir d'experte ainsi que les aptitudes nécessaires pour prendre une décision dans des situations complexes et les compétences cliniques indispensables pour une pratique infirmière avancée (ASI, et al., 2012).

Obligations inhérentes à la profession d'infirmier en pratique avancée en Suisse (ASI, et al., 2012) :

Master consécutif académique (90 ECTS au moins)
2 ans de pratique professionnelle
Spécialisation dans un domaine

Cependant, il y a une absence de la réglementation de la pratique infirmière avancée (Ipsan, 2016) suite au vote en 2016 de la loi fédérale sur les professions de santé, portant sur les conditions requises pour la profession :

- Pas de législation sur la formation post-grade
- Pas de registre de pratique

Le Québec :

L'infirmière praticienne spécialisée peut exercer, aux conditions et modalités prescrites au chapitre III, les activités médicales suivantes dans sa classe de spécialité (OIIQ, 2016) :

- 1° prescrire des examens diagnostiques;

- 2° utiliser des techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice;
- 3° prescrire des médicaments et d'autres substances;
- 4° prescrire des traitements médicaux;
- 5° utiliser des techniques ou appliquer des traitements médicaux, invasifs ou présentant des risques de préjudice.

La clientèle visée au présent article doit répondre à l'une des conditions suivantes (OIIQ, 2016) :

- 1° elle présente un problème de santé courant;
- 2° elle présente une maladie chronique;
- 3° elle nécessite le suivi d'une grossesse normale ou à faible risque;
- 4° elle nécessite des soins palliatifs et elle est hébergée dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée exploité par un établissement.

Malgré le deuxième alinéa de l'article 9, l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne peut exercer, aux conditions prescrites au premier alinéa de cet article, les activités prévues à l'article 4 aux fins d'amorcer le traitement des problèmes de santé chroniques suivants (OIIQ, 2016) :

- 1° le diabète;
- 2° l'hypertension;
- 3° l'hypercholestérolémie;
- 4° l'asthme;
- 5° les maladies obstructives pulmonaires chroniques;
- 6° l'hypothyroïdie.

L'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne peut (OIIQ, 2019) :

- 1° effectuer des soins avancés en réanimation cardiorespiratoire, en réanimation pédiatrique, en réanimation néonatale et en réanimation des polytraumatisés;
- 2° effectuer un accouchement d'urgence et traiter les hémorragies du post-partum;
- 3° effectuer le traitement pour intoxication.

L'infirmière praticienne spécialisée exerce les activités prévues à l'article 4 en partenariat avec un médecin qui exerce dans ses domaines de soins. Ce partenariat est constaté par une entente écrite.

Eléments distinctifs des rôles et des responsabilités du médecin et de l'IPS (infirmier praticien spécialisé) au Québec (Collègue des Médecins du Québec, 2019) :

	IPS	Médecin
Rôle	<ul style="list-style-type: none"> ● Procéder à une évaluation de l'état de santé ● Emettre des hypothèses et communiquer ses impressions cliniques ● Déterminer les interventions thérapeutiques appropriées dans sa classe de spécialité 	<ul style="list-style-type: none"> ● Procéder à l'évaluation médicale ● Etablir le diagnostic et les diagnostics différentiels ● Etablir le plan de traitement médical
Responsabilités Partagées	<ul style="list-style-type: none"> ● Elaborer une entente de partenariat ● Informer la personne soignée de sa pratique en partenariat ● Déterminer les activités qui relèvent de la compétence propre à chacun ● Prévoir des rencontres officielles et régulières 	
Responsabilités spécifiques	<p>Demander au médecin d'intervenir lorsque :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Les soins acquis par la personne dépassent ses compétences ou son domaine de soins, ou s'adressent à une clientèle d'une autre spécialité. ● Les signes, les symptômes ou les résultats des examens diagnostiques indiquent que l'état de santé de la personne s'est détérioré et qu'elle n'est pas en mesure d'en assurer le suivi. ● Les résultats escomptés de la thérapie ne se sont pas réalisés ou la cible thérapeutique n'est pas atteinte, selon le cas, et la personne ne répond pas au traitement habituel 	<ul style="list-style-type: none"> ● Répondre aux demandes d'interventions et aux demandes d'avis formulées par l'IPS, conformément aux modalités convenues dans l'entente. ● Assurer une surveillance générale des activités médicales de l'IPS

La Nouvelle Zélande :

« Les infirmières praticiennes ont suivi des études supérieures et une formation clinique. Elles possèdent également les compétences démontrées et l'autorisation légale permettant

d'exercer au-delà du niveau d'une infirmière diplômée. Les infirmières praticiennes travaillent de façon autonome et collaborent en équipe avec d'autres professionnels du secteur pour promouvoir la santé, prévenir les maladies et améliorer l'accès et les résultats de santé de la population pour un groupe particulier de patients ou une communauté. Les infirmières praticiennes gèrent les épisodes de soins en tant que principales prestataires de soins de santé, en collaborant avec les usagers et leur famille. Les infirmières praticiennes associent des connaissances et des compétences infirmières avancées avec un raisonnement diagnostique et des connaissances thérapeutiques pour fournir des services de soins de santé axés sur le patient, y compris le diagnostic et la prise en charge des patients atteints de maladies communes et complexes. Elles procèdent à un large éventail d'interventions d'évaluation et de traitement, commandent et interprètent des tests diagnostiques et de laboratoire, prescrivent des médicaments dans leur domaine de compétence et assurent les admissions et sorties au sein des hôpitaux et d'autres services/ milieux médicaux. En tant que leaders du secteur clinique, elles travaillent dans divers contextes médicaux et influencent la prestation des services de santé et la profession en général. Une infirmière praticienne doit disposer des compétences suivantes :

- 1. Démontrer une application responsable, sûre, se maintenir à jour et nourrir ses compétences.*
- 2. Effectuer des évaluations exhaustives et appliquer un raisonnement diagnostique pour déterminer les besoins/problèmes de santé et les diagnostics.*
- 3. Développer, planifier, mettre en œuvre et évaluer des interventions thérapeutiques pour gérer les épisodes de soins.*
- 4. Impliquer constamment le patient pour l'associer pleinement à la prise de décision et lui permettre de participer activement aux soins.*
- 5. Travailler en collaboration pour optimiser les résultats des patients/groupes de population en matière de santé.*

Entreprendre des activités et y participer de façon à favoriser la sécurité des soins, les partenariats communautaires et les améliorations pour la population. » (Nursing Council of New Zealand, NCNZ, 2017)

L'Irlande :

Les IPA et les sages-femmes en pratique avancée sont « responsables des décisions qui sont prises à des niveaux avancés dans le cadre de la gestion de dossiers spécifiques de patients/usagers, et doit en rendre compte. Les IPA peuvent effectuer une évaluation complète de la santé et appliquer leurs compétences spécialisées dans le diagnostic clinique

et le traitement des maladies aiguës et/ou chroniques dans le cadre d'un domaine de pratique approuvé, en collaboration avec d'autres professionnels de santé. Toutefois, le facteur crucial pour définir la pratique infirmière avancée est le niveau de prise de décision et de responsabilité plutôt que la nature ou la difficulté de la tâche entreprise par la praticienne. Les connaissances et l'expérience en matière de soins infirmiers ou d'obstétrique devraient continuellement éclairer la prise de décision des infirmières/sages-femmes praticiennes avancées, même si certains aspects de leur rôle peuvent coïncider avec les fonctions des agents médicaux ou d'autres professionnels de santé. » (NCMN, 2008b, p. 7).

2.3 Pistes de réflexions autour des exemples internationaux

En s'appuyant sur les expériences étrangères, nous souhaitons ouvrir la réflexion sur des points importants nécessaires pour un déploiement efficient et performant de la pratique avancée en France :

- Nécessité d'une re-certification régulière, via la formation continue pour actualiser les connaissances et les savoirs.
- L'IPA peut assurer des missions de prise en charge d'un patient présentant un problème de santé courant sans qu'il soit pour autant suivi par l'IPA pour une pathologie chronique.
- Participer à l'accompagnement en fin de vie notamment dans le cadre du refus de l'obstination déraisonnable.
- Etablir des certificats pour les pensions de retraite, les frais médicaux, les gardes d'enfant, les personnes porteurs de handicaps, les invalidités.
- Rajouter le suivi de l'hypothyroïdie à la liste des pathologies chroniques
- Penser au développement d'un domaine d'intervention en « soins critiques » englobant : l'urgence, la réanimation et l'anesthésie. Ce champ en France est couvert en partie par les IADE, cette décision leur appartient donc.
- Repenser le champ de l'autonomie de l'IPA et de la collaboration avec les autres professions de santé.
- Avoir accès direct à un IPA pour la prévention, l'éducation, le dépistage et la promotion de la santé.
- Reconnaissance diagnostic clinique élaboré par l'IPA.
- Investir le champ de la primo prescription de façon ciblée et encadrée lors de consultations.

3. Perspectives pour les IPA en France

Nous avons dans la première partie de ce travail décortiqué et analysé le CSP qui nous a amené à émettre des préconisations et recommandations. Dans la deuxième partie, nous avons visité des modèles réglementaires internationaux et nous avons défini des pistes de réflexions. Pour finaliser ce travail, nous vous proposons d'identifier des perspectives pour le déploiement de la pratique avancée infirmière dans le système de santé Français à partir du cadre législatif et réglementaire. Pour cela, nous avons fait un résumé du SWOT et mis en évidence un outil d'aide à la décision.

3.1 Résumé du SWOT

La matrice SWOT (Strengths - Weaknesses - Opportunities - Threats) est un outil d'analyse stratégique qui permet d'obtenir une vision synthétique d'une situation et de définir les perspectives. L'analyse interne permet de dégager les forces et les faiblesses, et l'analyse externe permet de dégager les opportunités et les menaces. Voici le résumé du SWOT du cadre législatif et réglementaire :

<p style="text-align: center;">Forces</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formation Universitaire grade Master - Titre protégé par un diplôme d'état - Reconnaissance du statut d'auxiliaire médical en pratique avancée - Possibilité d'exercer en libéral - 2 ans de formation après IDE. Cela permet un déploiement rapide pour le maillage territorial 	<p style="text-align: center;">Faiblesses</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le CSP construit autour du monopole médical (IPA dans le livre 3) - Pas de premier recours (patient ayant accès directement à un IPA) - Pas de reconnaissance législative de la consultation IPA - Pas de reconnaissance législative du diagnostic des IPA - Pas de possibilité pour les IPA d'initier en première intention des thérapeutiques soumis à prescription médicale. - Pas de re-certification obligatoire via la formation continue - Disparité de formation dans les Universités en France
<p style="text-align: center;">Opportunités</p> <ul style="list-style-type: none"> - Modèles internationaux avec un champ d'autonomie plus large qu'en France et le premier recours (patient ayant accès directement à un IPA) - Domaine d'intervention : « Prévention et polypathologies courantes en soins primaire » non investis par les IPA 	<p style="text-align: center;">Menaces</p> <ul style="list-style-type: none"> - Déploiement des protocoles de coopérations - Déploiement des assistants médicaux - Possibilité pour les pharmaciens de traiter des pathologies bénignes - Constitution d'une clientèle indépendante de celle du médecin

3.2 Outil d'aide à la décision stratégique

Pour définir les perspectives stratégiques il est nécessaire d'utiliser la matrice d'aide à la décision ci dessous :

SWOT	Menaces	Opportunités
Forces	Affronter : <ul style="list-style-type: none"> - le déploiement des protocoles de coopérations - le déploiement des assistants médicaux - la possibilité pour les pharmaciens de traiter des pathologies bénignes - la possibilité de constituer une clientèle indépendante de celle du médecin 	Promouvoir : <ul style="list-style-type: none"> - la formation Universitaire grade Master - le titre protégé par un diplôme d'état - la reconnaissance du statut d'auxiliaire médical en pratique avancée - la possibilité d'exercer en libéral - les formations intermédiaires : 2 ans de formation après IDE. Cela permet un déploiement rapide pour le maillage territorial
Faiblesses	Repenser : <ul style="list-style-type: none"> - le déploiement de la pratique avancée en s'appuyant sur les modèles internationaux avec un champ d'autonomie plus large qu'en France et le premier recours (patient ayant accès directement à un IPA) - le domaine d'intervention : « Prévention et polypathologies courantes en soins primaire » non investit par les IPA - le risque de perdre la clientèle car dépendance médicale 	Modifier : <ul style="list-style-type: none"> - le CSP construit autour du monopole médical (IPA dans le livre 3) - le CSP pour obtenir le premier recours (patient ayant accès directement à un IPA) - le CSP pour la reconnaissance législative de la consultation IPA - le CSP pour la reconnaissance législative du diagnostic par les IPA - Le CSP pour permettre aux IPA d'initier en première intention des thérapeutiques soumis à prescription médicale. - Le CSP pour une re-certification obligatoire via la formation continue - La disparité de formation dans les Université en France

Cette matrice contient uniquement des éléments relevant du cadre juridique et réglementaire. Elle pourra être complétée et mise à jour par le CNP IPA avec de nouveaux éléments qui pourront venir l'étayer.

Conclusion

Il est important de préciser que c'est un travail préliminaire qui doit être approfondi et critiqué. Il permet cependant de relever des éléments de cadrage réglementaire peu cohérents et restrictifs pour le déploiement optimal de la pratique avancée infirmière en France.

Nous recommandons ainsi la réalisation sans délai d'un audit et d'une analyse des textes juridiques Communautaires et Français régissant la profession d'IPA.

Aussi, cela nous amène à réfléchir sur :

- Une révision du CSP qui semble inadapté pour relever les enjeux de santé à venir
- La nécessité de promouvoir des professions de santé à compétences médicales définies dans le cadre d'un domaine d'intervention.

De plus, les cadres de réglementations internationales de l'IPA ont évolué vers des consultations de premier recours (accès direct à l'IPA), avec des possibilités d'élaborer des diagnostics et de mettre en œuvre des thérapeutiques en première intention dans les champs de la prévention, du dépistage, de l'éducation et la promotion de la santé.

Aussi, diagnostiquer et traiter des pathologies courantes en soins primaires comme des cystites, des rhinites, des gastro-entérites, etc. (affections bénignes), permettraient tout d'abord de répondre aux besoins de la population, en améliorant l'accès aux soins, puis de répondre au principe de subsidiarité quant au champ de compétence des IPA. Rappelons que le principe de subsidiarité vise à privilégier le niveau inférieur d'un pouvoir de décision aussi longtemps que le niveau supérieur ne peut pas agir de manière plus efficace.

Ces missions sont limitées à son ou ses domaines d'interventions et l'IPA doit pouvoir, s'il le juge nécessaire, avoir accès à un médecin (par téléphone notamment), pour partager son jugement clinique et demander conseil : établissement de santé, CPTS, MSP, ESP. En ce sens il semble judicieux de formaliser, et de reconnaître la consultation IPA.

D'autre part, suite à ce travail, nous affirmons que la création d'un IPA « Médecine d'Urgence » ne répond pas aux modèles internationaux et aux besoins de la population en France. Il semble tout d'abord nécessaire dans un premier temps de développer le domaine d'intervention « Prévention et Polypathologies courantes en soins primaires » avec l'accès direct à un IPA pour le patient (premiers recours). Puis dans un second temps, il semble

important de se tourner vers le CNP IADE pour savoir comment il envisage l'avenir de la profession IADE dans les champs de la médecine d'urgence (TIH et déchoquage), de la réanimation et de l'anesthésie. L'exploration d'un domaine d'intervention en « soins critiques » et/ ou « soins aigus » peut être une piste. Effectivement, l'IPA n'est pas un médecin, et n'exerce pas exclusivement dans le champ d'une spécialité médicale hormis si celle-ci répond à un parcours de soins (exemples : Oncologie, pédiatrie, santé mentale). L'IPA a une approche populationnelle et systémique (parcours patients, compétences transversales), il est expert dans les domaines d'interventions propre à la discipline infirmière.

Pour conclure, citons l'une des dix actions clés recommandées par l'OMS dans son rapport de la situation du personnel infirmier dans le monde publié en 2020 sur les orientations futures des politiques : *« Les responsables de la planification et les organismes de réglementation doivent optimiser l'apport de la pratique infirmière. Ces mesures consistent notamment à faire en sorte que les infirmiers des équipes de soins de santé primaires utilisent l'éventail complet de leurs compétences. Les modèles efficaces de soins dirigés par les infirmiers devraient être développés le cas échéant afin de répondre aux besoins de la population et d'améliorer l'accès aux soins de santé primaires, et notamment de répondre à la demande croissante liée aux maladies non transmissibles et à l'intégration des prestations sanitaires et sociales. Les politiques sur le lieu de travail doivent cibler les entraves au maintien en poste du personnel infirmier ; elles doivent notamment soutenir les modèles de soins dirigés par les infirmiers(ères) et les pratiques avancées en soins infirmiers, tout en tirant parti des technologies de santé numérique et en tenant compte du vieillissement du personnel. ».*

Bibliographie

AlliC, 2008, Enoncé de position, Infirmière et infirmier praticien
<https://www.cnaaiic.ca/fr/pratique-soins-infirmiers/la-pratique-des-soins-infirmiers/pratique-infirmiereavancee/infirmieres-et-infirmiers-praticiens>

AlliC, 2019, Les soins infirmiers en pratique avancée : Un cadre pancanadien,
<https://www.cna-aiic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-fr/advanced-practice-nursingframeworkfr.pdf?la=fr&hash=FD36C9E8E0BA7B4D489B41DFC4FA8A100EF3CDED>

Ambrosino, F, 2019, Guide de l'infirmier en pratique avancée, Vuibert

Arrêt de la chambre criminelle du 19 juin 1947

Arrêté de la cour de cassation du 07 novembre 2000, Cession de Clientèle

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

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

Arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée

Arrêté du 12 août 2019 relatif à l'enregistrement des infirmiers en pratique avancée auprès de l'ordre des infirmiers

Arrêté du 12 août 2019 modifiant les annexes de l'arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de la santé publique

Arrêté du 12 août 2019 modifiant l'arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée

Article L.4161-1 du Code de la santé publique l'exercice illégal de la médecine

Article L.4301-1 du Code de la santé publique, auxiliaires médicaux exerçant en pratique avancé

Article L1110-8 modifié par Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 175, Droits des Usagers de santé

ASI-Swiss, ANP-APSI-IUFRS (2012) Réglementation de la pratique d'infirmière de pratique avancée APN : résumés et motifs justifiant une réglementation particulière/spécifique. Disponible sur : http://swissanp.ch/w/media/Actualites/Eckpunktepapier_f.pdf

Avenant 7, 2020, Convention nationale des infirmiers libéraux

Autain F., auteur de l'amendement avec les membres du groupe socialiste, JO Sénat, séance du 3 juin 1999, p. 3670.

Bryant-Lukosius, D., et al., 2018, Clarifying the contributions of specialized nursing roles in Canada : Results of a national study. Panel Presentation, Canadian nurses association conference, Ottawa, ON, 20 juin

Carney M. Regulation of advanced nurse practice :its existence and regulatory dimensions from an international perspective. J. NURS Manag. 1 janvier2016 ; 24(1) :105-14.

CII, 2020, Directives sur la pratique infirmière avancée

CII, 2008, The scope of practice, standards and competencies of the advanced practice nurse, Monograph, ICN Regulation Series, Genève, Chez l'auteur

CII, 2007, Environnements favorables à la pratique des métiers de la santé: qualité au travail et qualité des soins pour les patients, journée internationale des infirmiers.

CIM-10, Dixieme révision, volume 2, Organisation mondiale de la santé, édition 2008

Circulaire N°DHOS/O/2004/101 du 5 mars 2004, relative à l'élaboration des SROS de troisième génération

Code de l'action sociale et des familles

Code de l'éducation nationale, 2020

Code de la Santé Publique, 2020

Code de la sécurité sociale, 2020

Collège des Médecins du Quebec, Guide 02/2019, Pour un partenariat réussi MDIPS, Guide à l'intention du médecin

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

Décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée

Décret n° 2019-835 du 12 août 2019 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée et à sa prise en charge par l'assurance maladie

Décret n° 2019-836 du 12 août 2019 relatif au diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée mention psychiatrie et santé mentale

Définition consultation, Nomenclature Générale des Actes Professionnels, 1997

Directive 2013/55/UE du Parlement européen et du Conseil du 20 novembre 2013, modifiant la directive 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles

Donald F. et coll, 2010, The primary healthcare nurse practitioner role in Canada, Nursing leadership, 23, 88-113

FCBA, 2015 Fiche n° 1 : La réglementation et les textes juridique, Hiérarchie des textes / Obligations 1, FCBA INFO, mai 2015

Hamric A.B., Tracy M.F (2019) A Definition of advanced practice nursing, In M.F Tracy & E.T. O'Grady (eds) Advanced Practice Nursing : Integrative approach, 6e Ed., Saint Louis, Elsevier, P 61-79

Kilpatrick, K., A. DiCenso, D. Bryant-Lukosius, J.A. Ritchie, R. Martin-Misener and N. Carter., 2013 "Practice Patterns and Perceived Impact of Clinical Nurse Specialist Roles in Canada: Results of a National Survey.", 2013, International Journal of Nursing Studies 50(11): 1524–36. DOI:10.1016/j.ijnurstu.2013.03.00

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 119

Loi fédérale sur les professions de la santé* (LPSan) du 30 septembre 2016, <https://www.admin.ch/opc/fr/federal-gazette/2016/7383.pdf>

Maier et al., 2017, Nurse in advanced roles in primary care: policy levers for implementation. Document de travail de l'OCDE sur la santé n°98, OCDE

NANDA International Diagnostics infirmiers, définitions et classification 2005-2006, traduction française par l'AFEDI et l'AQCSI, MASSON, collection démarche soignante, Paris, 2006,

NCMN, 2008b, Framework for the Establishment of Advanced Nurse/Midwife, Practitioners (4th edition) p. 7).

Nursing Council of New Zealand, 2017c., Nurse practitioner Scope of practice for nurse practitioners. Retrieved from <http://www.nursingcouncil.org.nz/Nurses/Scopesof-practice/Nurse-practitioner>

OIIQ, 2019 Pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne Lignes directrices Juillet 2019

OIIQ, 2016, Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers, 3eme édition

OMS, La situation du personnel infirmier dans le monde, (2020)

OMS, 2016, Cadre Réglementaire Professionnel Régional à l'usage des infirmiers et des sages-femmes

Règlement (UE) n°1024/2012 concernant la coopération administrative par l'intermédiaire du système d'Information du Marché Intérieur (Règlement IMI)

Schreiber et coll., (2005a). Singing from the same songbook: The future of advanced nursing practice in British Columbia. *Canadian Journal of Nursing Leadership*,

SIDIIEF (2018). Pratique infirmière avancée – vers un consensus au sein de la francophonie. Étude réalisée par Diane Morin, infirmière, Ph. D., Montréal (QC), pages 63 et 90

THOUVENIN Dominique, 2000, « Les avatars de l'article 16-3, alinéa 1^{er}, du code civil », le Recueil Dalloz, p.485

ANNEXE I : Infirmière clinicienne spécialisée et infirmière praticienne (CII, 2020)

Directives sur la pratique infirmière avancée 2020

Tableau 3 : caractéristiques de l'infirmière clinicienne spécialisée et de l'infirmière praticienne

INFIRMIÈRE CLINICIENNE SPÉCIALISÉE	INFIRMIÈRE PRATICIENNE
Domaine de pratique défini dans une spécialité identifiée	Domaine de pratique complet, propre aux IP, les activités comprenant l'établissement d'ordonnance, la gestion du diagnostic et du traitement
Dispense des soins directs et indirects, généralement à des patients dont le diagnostic est établi	Prodigue habituellement des soins cliniques directs aux patients dont l'affection n'a pas encore été diagnostiquée, outre qu'elle dispense des soins continus aux patients dont le diagnostic a déjà été établi
Travaille dans un champ de pratique spécialisé	Travaille de façon générique dans différents contextes et champs de pratique
Travaille auprès de populations définies de patients (p. ex., oncologie, gestion de la douleur, cardiologie)	Travaille auprès de plusieurs populations différentes de patients
Travaille de façon autonome et collabore avec une équipe, en faisant appel à une approche systémique, avec le personnel infirmier et d'autres prestataires et organisations de soins de santé	Travaille de façon autonome et en collaboration avec d'autres professionnels de santé
Partage fréquemment la responsabilité clinique avec d'autres professionnels de santé	Assume l'entière responsabilité clinique et la gestion de sa population de patients
Conseille les infirmières et d'autres professionnels de santé dans la gestion de problèmes complexes de soins des patients	Procède à des évaluations et des examens de santé avancés et complets pour établir des diagnostics différentiels
Dispense des soins cliniques liés à un diagnostic différencié	Initie et évalue un plan de gestion du traitement d'après des évaluations et des examens de santé avancés, fondés sur la réalisation de diagnostics différentiels
Influe sur la pratique clinique et infirmière spécialisée à travers le leadership, la formation et la recherche	S'investit dans les domaines du leadership, de la formation et des recherches cliniques
Dispense des soins reposant sur des données probantes et aide les infirmières et d'autres professionnels de santé à faire de même	Dispense des soins fondés sur des éléments de preuve
Évalue les résultats chez les patients afin d'identifier et d'influencer les améliorations cliniques du système	Est souvent autorisée à orienter et à faire admettre des patients
Peut, ou non, disposer d'un certain niveau d'autorisation d'établir des ordonnances dans une spécialité	Est habituellement autorisée à établir des ordonnances

Tableau 4: similitudes entre l'infirmière clinicienne spécialisée et l'infirmière praticienne

ICS et IP
• Titulaires d'un diplôme d'enseignement de niveau master au minimum
• Autonomes et responsables à un niveau avancé
• Dispensent des soins aux patients de façon compétente et sûre, grâce à une fonction ou un niveau de pratique infirmière désigné(e)
• Possèdent à la base une qualification d'infirmière généraliste
• Ont des fonctions à des niveaux de compétences plus importants et quantifiables
• Ont acquis la capacité d'appliquer les compétences théoriques et cliniques de la pratique infirmière avancée à travers la recherche, la formation, le leadership et les compétences cliniques diagnostiques
• Disposent de compétences et de normes définies, périodiquement révisées pour maintenir la pertinence de la pratique
• Inspirées par l'environnement mondial, social, politique, économique et technologique
• Reconnassent leurs limites et entretiennent leurs compétences cliniques à travers une formation professionnelle continue
• Respectent les normes déontologiques du secteur infirmier
• Dispensent des soins globaux
• Sont reconnues grâce à un système d'accréditation

Tableau 5 : différencier l'infirmière clinicienne spécialisée de l'infirmière praticienne

PRATIQUE INFIRMIÈRE AVANCÉE		
	Infirmière clinicienne spécialisée	Infirmière praticienne
Formation	Diplôme de master au minimum Programme accrédité propre à l'ICS Spécialité identifiée, explicitement liée à la pratique de l'ICS (voir la section 2.5)	Diplôme de master au minimum Programme accrédité propre à l'IP Généraliste – habituellement SSP ou soins intensifs explicitement liés à la pratique de l'IP (voir la section 3.5)
Définition	Cliniciennes expertes de pratique avancée dispensant des soins directs complexes et spécialisés, avec une approche systémique de la prestation des services de soins de santé (voir la section 2.3)	Cliniciennes autonomes capables de diagnostiquer et de traiter des affectations en fonction de directives reposant sur des données probantes (voir la section 3.3)
Domaine de pratique Description du poste	Pratique spécialisée visant à assurer et à développer la qualité des soins infirmiers, à favoriser la mise en œuvre de soins infirmiers reposant sur des données probantes et à soutenir le plan stratégique de l'hôpital ou de l'organisation pour la prestation de services de soins de santé directs et indirects. L'ICS joue un rôle primordial dans l'avancement de la pratique infirmière, y compris en matière de recherche et de formation interdisciplinaire (voir la section 2.3)	Pratique de soins de santé complète, examen et évaluation autonomes des patients, y compris la mise en place d'un traitement et le développement d'un plan de gestion. La gestion comprend habituellement l'autorisation de prescrire des médicaments et des produits thérapeutiques, d'orienter les patients vers d'autres services et de surveiller les problèmes de santé aigus et chroniques, principalement dans les services de soins de santé directs. Cette pratique inclut l'intégration de la formation, des recherches et du leadership, tout en mettant l'accent sur les soins cliniques directs (voir la section 3.4)
Environnements de travail	Habituellement basée dans un hôpital ou un cadre institutionnel de soins de santé avec une spécialisation particulière	Habituellement basée en SSP et dans d'autres milieux non hospitaliers ou en soins intensifs
Réglementation	Titre protégé par la loi	Titre protégé par la loi
Accréditation	Licence, certification ou autorisation délivrée par un organisme national, public ou non, spécifique à l'exercice de la profession d'ICS. Présentation d'une attestation de réussite d'un programme d'ICS venant d'une école de sciences infirmières accréditée	Licence, certification ou autorisation délivrée par un organisme national, public ou non, spécifique à l'exercice de la profession d'IP. Présentation d'une attestation de réussite d'un programme d'ICS venant d'une école de sciences infirmières accréditée
Politique	Une norme professionnelle explicite comprenant des critères et des politiques spécifiques pour favoriser la réalisation de tout le potentiel de pratique de l'ICS.	Une norme professionnelle explicite comprenant des critères et des politiques spécifiques pour favoriser la réalisation de tout le potentiel de pratique de l'IP.

ANNEXE II : Article L4130-1, Article L4130-2, Article L4161-1, Article L4301-1, Article R4311-12

Article L4130-1, Modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 68

Les missions du médecin généraliste de premier recours sont notamment les suivantes :

1° Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. Cette mission peut s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux ;

2° Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médicosocial ;

3° S'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients ;

4° Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient ;

5° S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ;

5° bis Administrer et coordonner les soins visant à soulager la douleur. En cas de nécessité, le médecin traitant assure le lien avec les structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur ;

6° Contribuer aux actions de prévention et de dépistage ;

7° Participer à la mission de service public de permanence des soins dans les conditions fixées à l'article [L. 6314-1](#) ;

8° Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales.

Article L4130-2, Créé par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 66

Les missions du médecin spécialiste de premier ou de deuxième recours comprennent les actions suivantes :

1° Compléter la prise en charge du patient par la réalisation d'une analyse diagnostique et thérapeutique d'expertise, la mise en œuvre du traitement approprié ainsi que le suivi des patients, selon des modalités propres aux compétences de chaque discipline ;

2° Contribuer à la prévention et à l'éducation pour la santé ;

3° Participer à la mission de service public de permanence des soins ;

4° Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales.

Le médecin spécialiste de deuxième recours peut intervenir en tant que médecin correspondant, en lien avec le médecin généraliste, pour le suivi conjoint du patient et l'élaboration du projet de soins.

Le médecin spécialiste de premier ou de deuxième recours intervient en coopération avec les établissements de santé et contribue à la prévention des hospitalisations inutiles ou évitables.

Article L4161-1 Modifié par LOI n°2019-774 du 24 juillet 2019 - art. 32, Modifié par LOI n°2019-774 du 24 juillet 2019 - art. 67 Exerce illégalement la médecine :

1° Toute personne qui prend part habituellement ou par direction suivie, même en présence d'un médecin, à l'établissement d'un diagnostic ou au traitement de maladies, congénitales ou acquises, réelles ou supposées, par actes personnels, consultations verbales ou écrites ou par tous autres procédés quels qu'ils soient, ou pratique l'un des actes professionnels prévus dans une nomenclature fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'Académie nationale de médecine, sans être titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné à [l'article L. 4131-1](#) et exigé pour l'exercice de la profession de médecin, ou sans être bénéficiaire des dispositions spéciales mentionnées aux [articles L. 4111-2 à L. 4111-4](#), [L. 4111-7](#), [L. 4112-6](#), [L. 4131-2](#) à [L. 4131-5](#) ;

2° Toute personne qui se livre aux activités définies au 1° ci-dessus sans satisfaire à la condition posée au 2° de [l'article L. 4111-1](#) compte tenu, le cas échéant, des exceptions apportées à celle-ci par le présent livre et notamment par les articles L. 4111-7 et [L. 4131-1](#) ;

3° Toute personne qui, munie d'un titre régulier, sort des attributions que la loi lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes mentionnées aux 1° et 2°, à l'effet de les soustraire aux prescriptions du présent titre ;

4° Toute personne titulaire d'un diplôme, certificat ou tout autre titre de médecin qui exerce la médecine sans être inscrite à un tableau de l'ordre des médecins institué conformément au chapitre II du titre Ier du présent livre ou pendant la durée de la peine d'interdiction temporaire prévue à [l'article L. 4124-6](#) à l'exception des personnes mentionnées aux articles [L. 4112-6](#) et [L. 4112-7](#) ;

5° Tout médecin mentionné à l'article L. 4112-7 qui exécute des actes professionnels sans remplir les conditions ou satisfaire aux obligations prévues audit article.

Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux étudiants en médecine ni aux sages-femmes ni aux pharmaciens biologistes pour l'exercice des actes de biologie médicale, ni aux pharmaciens qui prescrivent des vaccins ou effectuent des vaccinations, ni aux physiciens médicaux, ni aux infirmiers ou gardes-malades qui agissent comme aides d'un médecin ou que celui-ci place auprès de ses malades, ni aux détenteurs d'une qualification professionnelle figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé et exerçant, dans la limite de leur formation, l'activité d'assistant médical, ni aux auxiliaires médicaux exerçant en pratique avancée en application de l'article [L. 4301-1](#), ni aux personnes qui accomplissent, dans les conditions prévues par décret en Conseil d'Etat pris après avis de l'Académie nationale de médecine, les actes professionnels dont la liste est établie par ce même décret.

Article L4301-1 Modifié par Ordonnance n°2018-20 du 17 janvier 2018 - art. 16

I. - Les auxiliaires médicaux relevant des titres Ier à VII du présent livre peuvent exercer en pratique avancée :

1° Au sein d'une équipe de soins primaires coordonnée par le médecin traitant ou d'une équipe de soins d'un centre médical du service de santé des armées coordonnée par un médecin des armées ;

2° Au sein d'une équipe de soins en établissements de santé, en établissements médicosociaux ou en hôpitaux des armées coordonnée par un médecin ;

3° En assistance d'un médecin spécialiste, hors soins primaires, en pratique ambulatoire.

Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis de l'Académie nationale de médecine et des représentants des professionnels de santé concernés, définit pour chaque profession d'auxiliaire médical :

1° Les domaines d'intervention en pratique avancée qui peuvent comporter :

a) Des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage ;

b) Des actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques et des actes de surveillance clinique et para-clinique ;

c) Des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale obligatoire, des prescriptions d'examens complémentaires et des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales ;

2° Les conditions et les règles de l'exercice en pratique avancée.

II.- Peuvent exercer en pratique avancée les professionnels mentionnés au I qui justifient d'une durée d'exercice minimale de leur profession et d'un diplôme de formation en pratique avancée délivré par une université habilitée à cette fin dans les conditions mentionnées au III.

Sont tenues de se faire enregistrer auprès du service ou de l'organisme désigné à cette fin par le ministre chargé de la santé, avant un exercice professionnel, les personnes ayant obtenu un titre de formation requis pour l'exercice en pratique avancée.

La nature du diplôme, la durée d'exercice minimale de la profession et les modalités d'obtention du diplôme et de reconnaissance des qualifications professionnelles des ressortissants européens sont définies par décret.

III.- Toute université assurant une formation conduisant à la délivrance du diplôme de formation en pratique avancée doit avoir été habilitée à cet effet sur le fondement d'un référentiel de formation défini par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur, dans le cadre de la procédure d'accréditation de son offre de formation.

IV.- Les règles professionnelles et éthiques de chaque profession, ainsi que celles communes à l'ensemble des professionnels de santé, notamment celles figurant aux articles [L. 1110-4](#) et [L. 1111-2](#), demeurent applicables sous réserve, le cas échéant, des dispositions particulières ou des mesures d'adaptation nécessaires prises par décret en Conseil d'Etat.

Le professionnel agissant dans le cadre de la pratique avancée est responsable des actes qu'il réalise dans ce cadre.