



**Communiqué de presse du 13 octobre 2017**

## **“Délégation des tâches” en désert médical : les infirmiers ne sont pas des tacherons !**

Nous sommes des professionnels (formation, compétences, diplôme en Licence, décret d'acte, code de déontologie) : **S'il faut élargir les compétences infirmières :**

- **soit c'est juste rajouter un acte technique**, et il faut alors le rajouter au décret d'acte des 600.000 infirmières, introduire ce nouvel apprentissage officiellement dans la formation initiale et le valider par le diplôme d'État
- **soit c'est une nouvelle compétence, avec une prescription médicale limitée**, sur le modèle de la sage-femme, et il faut deux années universitaires supplémentaires pour valider ces compétences, dans le cadre du métier **d'infirmière de pratique avancée**, validé par un Master, dans un cadre statutaire clair, sur le modèle de l'infirmier anesthésiste (IADE).

**La notion de « délégation de tâches »** repose sur l'article 51 de la loi Bachelot du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST) autorise les « coopérations entre professionnels de santé », c'est-à-dire un protocole entre deux professionnels particuliers, accepté par l'Agence Régionale de Santé ARS, pour effectuer la mise en place, à titre dérogatoire et à l'initiative des professionnels sur le terrain, de transferts d'actes ou d'activités de soins qui ne figurent pas dans notre décret d'actes (dit décret de compétences). Dans ce cadre **des actes précis sont confiés à des infirmières particulières, sans que cela soit transposable à la profession.**

### **Le refus d'un simple transfert d'actes pour gagner du temps médical**

En décembre 2012, un sondage auprès de 13.234 infirmières a montré que **87 % de ces professionnels infirmiers sont hostiles aux modalités de ces coopérations art 51.**  
<http://www.syndicat-infirmier.com/87-des-infirmieres-hostiles-aux.html>

**Cette mesure dérogatoire est massivement rejetée car :**

- 1) **la formation n'est pas validante** (souvent sur le tas, par le médecin qui souhaite déléguer cette tâche), et différente d'un endroit à l'autre. Les compétences sont donc discutables, en particulier la capacité de réagir correctement en cas de problème ou de complication.

- 2) ces nouveaux actes sont pratiqués **sans reconnaissance statutaire**. C'est d'ailleurs une fonction « kleenex », dans la mesure où si le médecin s'en va, le protocole tombe, et l'infirmière retourne à la case départ.

- 3) La dérogation consiste à autoriser des professionnels de santé à effectuer des activités ou des actes de soins qui ne sont pas autorisés par les textes régissant leur exercice professionnel : **si c'est utile, pourquoi ne pas le rajouter au décret d'acte et à la formation initiale ?**

« **Ces protocoles de coopération permettent juste de régulariser de petits arrangements locaux** » selon Thierry Amouroux, le Secrétaire Général du SNPI CFE-CGC. Mais ces protocoles ne comportent **aucune garantie pour les usagers** sur les qualifications et les compétences des professionnels impliqués, ainsi que sur la régularité et les modalités de leur exercice. Le développement souhaitable des partages de compétences entre professionnels de santé, ne doit pas être le **prétexte à faire n'importe quoi, juste pour libérer du temps médical**.

## **Les pratiques avancées doivent se faire en master 2**

Pour Thierry Amouroux, la solution réside dans une reconnaissance officielle et nationale de pratiques, avec une rémunération et une formation conséquentes. « Nous sommes en faveur de pratiques avancées dans un cadre clair. Des pratiques autorisées après l'obtention d'un master 2, comme dans d'autres pays d'Europe. **L'infirmier de pratique avancée** aura alors toute sa légitimité et pourra exercer sur tout le territoire, comme le fait un IADE aujourd'hui ».

**En France, le cadre légal de l'infirmière de pratique avancée IPA est l'article 119 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016** de modernisation de notre système de santé. Hélas, aucun texte d'application n'est paru, et les travaux n'ont même pas commencé (référentiel d'activité, de compétences, de formation, cadre statutaire et grille salariale).

Environ 200 infirmières de pratique avancée ont déjà été formées à l'Université d'Aix Marseille, le **Master sciences cliniques infirmières** (cancérologie, gérontologie, parcours complexes de soins) et à l'Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, le **Master Sciences cliniques en soins infirmiers** (santé mentale, maladies chroniques, douleur et soins palliatifs). Il faut étendre ces Masters, en combinant la valorisation de la VAE et la formation universitaire professionnalisante.

**Dans 25 pays, 330.000 infirmières en pratique avancée peuvent disposer de telles compétences après deux années d'études supplémentaires validées par un Master. Toutes les études scientifiques ont prouvées l'intérêt de ce métier intermédiaire entre l'infirmière à Bac +3 et le médecin à bac +9 ou +12.** L'exemple a été donné par les USA dans les années 1960, et il y a aujourd'hui 158.348 « infirmières praticiennes » et 59.242 « infirmières cliniciennes spécialisées », toutes titulaires d'un Master. En Europe, de l'Irlande à la Finlande, ces infirmières diplômées d'un Master peuvent prescrire des médicaments et assurer le suivi des patients chroniques.

Ce nouveau métier ne concernera que quelques milliers de personnes, sur l'ordre de grandeur des effectifs actuels d'infirmières spécialisées (IADE, IBODE, puéricultrices). A l'étranger seulement 5% des infirmières font de tels masters, mais cet échelon intermédiaire entre l'infirmière à Bac +3 et le médecin à Bac +9 est indispensable, en particulier pour la prise en soins des patients chroniques et des personnes âgées. <http://www.syndicat-infirmier.com/Observatoire-Emplois-Metiers-.html>

## **Les délégations de tâches, une perte de chance pour les patients**

**Véritable manipulation des textes officiels sur les actes et compétences des infirmières, ce "protocole de coopération" entre individus, est une brèche grande ouverte dans un dispositif jusque-là destiné à garantir la sécurité des patients :** formation initiale basée sur un programme officiel fixé par arrêté, évaluation des compétences acquises par le moyen d'un examen, et attribution d'un diplôme d'Etat habilitant à un exercice réglementé et protégé, au nom de la santé publique et de la sécurité des patients.

**Selon le rapport de la Haute Autorité de Santé HAS, sur 91 demandes, seulement 25 protocoles différents ont été autorisés,** pour 1190 professionnels (430 délégués et 760 délégants). A lui seul, le protocole ASALEE (travail en équipe pour la prise en charge du diabète) représente 487 professionnels médecins et infirmiers.

**Certains protocoles sont des transferts d'actes techniques :** réalisation de ponction médullaire en crête iliaque, prélèvements de cornées sur personnes décédées, etc.

Certains relèvent d'une toute autre nature « **Consultation infirmière de suivi des patients traités par anticancéreux oraux à domicile, délégation médicale d'activité de prescription** ». Dans ce protocole, les actes réalisés par l'infirmière vont de la **prescription de certains médicaments** (anxiolytiques, antibiotiques, anti-diarrhéiques, antiémétiques, etc) et décision de **renouvellement de la chimiothérapie orale**. Certains patients seront donc vus par un oncologue, d'autres par une "infirmière protocolisée" : n'y a-t-il pas là une **médecine à deux vitesses ? Et une perte de chance pour certains patients ?** Les patients "du secteur privé" paieront pour voir le oncologue, mais ceux qui n'ont pas les moyens ?

Dans ce protocole de l'ARS île de France, la seule ambition est de gagner du temps médical, avec une formation plus que symbolique **une « formation théorique de 45 heures », validée par une simple « attestation de suivi de la formation » !**

« Si l'on reste dans cette logique, alors cela revient à estimer qu'en une année une infirmière serait apte prescrire tous les médicaments, ou même à remplacer un médecin ? Si 45 heures de présence pour prescrire ces médicaments, ce n'est pas dangereux pour les patients, comment justifier qu'il faille encore neuf années laborieuses pour former un médecin ? **Pour faire face à la démographie médicale, les autorités préparent elles des soins low cost dans le cadre d'un système de santé à deux vitesses ?** » précise le SNPI, Syndicat National des Professionnels Infirmiers salariés.