

Évolution de la profession et de la formation infirmières

Rapport

Valentine FOURNIER

Hervé LEOST

Françoise ZANTMAN

**Membres de l'inspection générale des affaires
sociales**

Philippe BÉZAGU

Sophie JULIEN

Pascal MISERY

**Membres de l'Inspection générale de
l'éducation, du sport et de la recherche**

Avec le concours de Sabine CAROTTI, membre de l'IGÉSR et de Maël KEBABSA, stagiaire à l'IGAS



INSPECTION GÉNÉRALE
DES AFFAIRES SOCIALES

N°2022-030R



N°21-22 275A

Octobre 2022

SYNTHÈSE

[1] Les ministres des solidarités et de la santé et de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation ont demandé à l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et à l'inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche (IGESR) une analyse et des propositions d'évolution de la profession infirmière. Dans un contexte d'augmentation des besoins et de crise du système de santé, la lettre de mission souligne la nécessité de s'appuyer sur les infirmiers pour « *poursuivre les transformations en profondeur* » du système de santé et ainsi mieux mobiliser leur expertise tout en procédant à une « *révision en profondeur de leur formation* ».

[2] Dans ce cadre, il était demandé à la mission une analyse très large :

- concernant l'exercice professionnel, sur la forme du décret d'actes actuel et sur la nature des activités et compétences à faire évoluer « *en intégrant les évolutions en accord avec la réalité de la profession* » ;
- concernant la formation, sur les parcours des étudiants, l'impact de la réforme de 2009 avec la reconnaissance du grade de licence pour les étudiants ayant obtenu leur diplôme d'État d'infirmier, l'impact de Parcoursup et les évolutions souhaitables du référentiel de formation.

[3] La mission n'avait pas vocation à conduire une concertation. Pour autant, ses constats sont fondés sur de nombreux entretiens au niveau national avec les représentants des infirmiers et d'autres professions de santé (médecins en particulier), des étudiants des instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) et des universités. Trois déplacements en Auvergne-Rhône-Alpes, Bretagne et Île-de-France ont permis de rencontrer les pilotes régionaux, les professionnels et étudiants en IFSI, en établissements de santé, médico-sociaux et en structures libérales. La grande diversité des lieux d'exercice des 637 644 infirmiers¹ a conduit la mission à centrer son analyse sur trois secteurs : les établissements de santé publics et privés, le champ libéral et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Une enquête a été menée auprès de conseillers pour les affaires sociales afin de bénéficier d'un éclairage international.

[4] La coopération entre les professionnels de santé constitue un enjeu fondamental. Pour cette raison, le rapport s'efforce d'analyser les évolutions potentielles des compétences infirmières dans un cadre plus large intégrant les autres professionnels de santé et l'objectif global de mieux coordonner leurs interventions, en intégrant leurs modèles de financement et de rémunération.

[5] Du fait de la période de déroulement de la mission, ses travaux ont été réalisés sur la base d'orientations très ouvertes de la part des commanditaires notamment concernant l'exercice professionnel. Par ailleurs, la mission n'a pas pu s'appuyer sur des travaux techniques préalables. Aussi, en vue de la concertation à engager, les propositions d'évolutions présentées dans le rapport ont vocation à être affinées après arbitrage sur les orientations à privilégier.

Le parcours des étudiants et des professionnels

[6] **À la rentrée 2020, 91 605 étudiants étaient inscrits dans les 330 IFSI dont 32 450 en première année.** Avec environ 100 000 candidats chaque année, la forte attractivité des formations en soins infirmiers se confirme depuis l'intégration des IFSI sur la plateforme Parcoursup en 2019. C'est la formation la plus demandée sur Parcoursup. Au final, les candidats Parcoursup pourvoient

¹ Au 1^{er} janvier 2021.

plus de 80 % des places ouvertes dans la formation d'infirmier. L'objectif de remplissage pour les IFSI est atteint et ce, alors même que 6 600 places supplémentaires ont été créées dans le cadre du Ségur de la santé et du plan France Relance. Néanmoins, la baisse de proportion des étudiants infirmiers issus de la voie d'accès de la formation professionnelle continue constitue un motif de préoccupation.

[7] **Le profil des étudiants connaît des évolutions et pas seulement depuis la mise en place de Parcoursup** : plus jeunes, de moins en moins bacheliers généraux scientifiques avec une part du nombre de boursiers en augmentation. On relève la forte déperdition entre le nombre d'étudiants commençant la formation et le nombre de diplômés trois années plus tard. En moyenne, environ 5 100 étudiants d'une promotion de 30 000 ne sont pas diplômés (soit 17 %). Les causes sont multiples : des abandons en particulier en première année avec des taux déclarés fluctuants et que la mission n'a pas pu vérifier, des trajectoires d'études avec des ruptures de parcours et un taux de réussite au diplôme d'État de 85 % en moyenne depuis dix ans.

[8] **Le parcours professionnel des infirmiers se caractérise par :**

- une forte croissance du nombre d'infirmiers depuis vingt ans et de leur densité par rapport à la population ;
- une répartition géographique inégale au profit des territoires du Sud et de l'Est, mais une progression globale de l'accessibilité aux soins infirmiers sur la période récente ;
- des lieux d'exercice très divers. Au 1er janvier 2021, plus de 63 % d'entre eux travaillent en établissement de santé public ou privé. 19 % des infirmiers sont libéraux, 6 % exercent en EHPAD.
- une insertion professionnelle aisée en dépit d'une augmentation récente de leur taux de chômage.

[9] **Les tensions de recrutement sont confirmées par l'ensemble des indicateurs.** Elles renvoient à des problèmes d'attractivité et de fidélisation des professionnels, notamment en établissement de santé, qui ne sont pas propres à la France mais sont d'autant plus préoccupants que de nombreux emplois d'infirmiers devraient continuer à être créés à l'horizon 2040 pour faire face au vieillissement de la population.

[10] **La mission souligne que ces constats sont fondés sur des données peu récentes et/ou qui manquent parfois de fiabilité.** Ceci ne permet pas de disposer d'un diagnostic solide et de fonder une stratégie concernant les besoins actuels et futurs en professionnels et leur traduction en effectifs à former chaque année. Ces travaux statistiques doivent être priorités. S'agissant de la formation, la méthodologie de collecte de données doit être redéfinie au plus vite par un suivi collaboratif DREES²-SIES³.

Les tensions entre le cadre juridique et l'évolution des besoins

[11] **L'exercice professionnel des infirmiers est fondé aujourd'hui sur un décret d'actes qui constitue, par son degré de précision, une spécificité française.** Dans la plupart des pays, la profession infirmière est généralement définie par grandes missions. Ce système du décret d'actes

² La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Elle fait partie du service statistique public, coordonné par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee).

³ La sous-direction des Systèmes d'information et études statistiques (SIES) du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche a aussi le statut de service statistique ministériel (SSM) dont la coordination a été confiée à l'Insee.

entre en tension avec l'évolution continue des besoins de santé, qui appelle au développement de missions plus globales comme la coordination du parcours ou la prévention, pour lesquelles les infirmiers jouent d'ores et déjà un rôle important. En outre, l'évolution de la démographie médicale oblige à repenser l'organisation et la répartition des compétences entre professionnels de santé.

[12] **Malgré leur intérêt, ni les protocoles de coopération, ni le développement de la pratique avancée ne suffiront à répondre à ces enjeux.** Si de nombreux protocoles de coopération impliquent les infirmiers, l'adhésion des professionnels y est encore faible. Les protocoles souffrent d'un manque de suivi national et d'un manque de clarté sur leur vocation à intégrer ou non, à terme, le socle de compétences infirmier. En parallèle, le développement de la pratique avancée infirmière reste confidentiel et les objectifs quantitatifs fixés sur le nombre d'infirmier en pratique avancée (IPA) ne seront pas atteints.

Les points à arbitrer pour faire évoluer les compétences

[13] **Les constats établis par la mission invitent à passer à une échelle supérieure dans l'évolution du champ de compétences des infirmiers.** Pour autant, la diversité des missions actuelles et des lieux d'exercice des infirmiers conduit à envisager deux approches, l'une fondée sur une évolution du décret d'actes, l'autre consistant à poser les missions dans lesquelles les infirmiers pourraient disposer d'une plus grande autonomie. Ces deux approches ne sont pas exclusives.

[14] **Au vu de l'attachement de nombreux acteurs au décret d'actes, il convient de ne pas négliger une première approche s'inscrivant dans la structure actuelle de ce décret** pour identifier quels actes seraient susceptibles d'être intégrés dans le socle de compétences des infirmiers. Le rapport décrit ainsi les actes repérés comme déjà réalisés par une partie des infirmiers sur le terrain, en libéral ou en établissement, en dehors de leur champ de compétences. Une partie de ces actes pourrait rejoindre le rôle propre de l'infirmier et ainsi ne plus dépendre de la prescription médicale. En outre, certains actes délégués dans le cadre des 43 protocoles de coopération impliquant des infirmiers ont vocation à être intégrés au socle de compétences. La décision d'intégrer ou non ces protocoles doit être fondée sur une analyse plus fine de leur mise en œuvre réelle et une clarification des critères de généralisation des protocoles.

[15] **La seconde approche consiste à déterminer les missions à développer en se fondant d'une part sur les besoins insuffisamment couverts dans le système actuel et d'autre part sur la capacité de la profession infirmière à y répondre en lien avec les autres professions de santé.** Les infirmiers rencontrés par la mission mettent en avant plusieurs spécificités de leur rôle : une vision « globale » du patient qui les différencie d'autres professionnels paramédicaux, une présence régulière au domicile de certains patients et donc une capacité d'« aller vers » plus importante que chez les médecins, un poids numérique et une présence sur tout le territoire en dépit de forts écarts de répartition.

[16] Sur cette base, et en se fondant sur les éléments de comparaison internationale à disposition, **la mission propose de mener, dès début 2023, une concertation sur l'élargissement du champ de compétences infirmier** à partir des missions à développer notamment la prévention, la coordination et les soins de proximité.

[17] **Ces évolutions devront nécessairement trancher deux points de crispation qui sont aussi des frontières entre l'exercice médical et infirmier :**

- la **prescription** pour laquelle la mission propose d'aller au-delà des actes ponctuels déjà reconnus aux infirmiers pour expertiser une compétence de prescription plus globale qui serait délimitée en cohérence avec les missions prioritaires des infirmiers ;
- la **consultation** pour laquelle la mission propose des évolutions sur des pathologies précises et dans le cadre des dispositifs coordonnés afin de garantir la bonne articulation avec les médecins. La consultation en accès direct serait réservée aux IPA.

[18] **L'exercice d'une plus grande autonomie de la profession infirmière doit se déployer dans un cadre sécurisé.** À ce titre, la mission souligne la nécessité d'investir davantage dans la formation continue des infirmiers. Sur certains champs, une formation complémentaire devrait pouvoir se traduire par un élargissement des compétences des infirmiers. Ce serait aussi un gage d'une meilleure reconnaissance de leur expérience et de parcours plus diversifiés. Il serait alors nécessaire de faire la distinction entre le niveau socle de compétences acquises en formation initiale, ouvertes au futur infirmier dès l'obtention de son diplôme et un niveau « expert » avec un champ de compétence élargi acquis par une certification complémentaire.

[19] Les certifications obtenues par les infirmiers par la formation continue doivent être transférables, donc structurées le plus possible en blocs de compétences, et accessibles autant que possible par la validation des acquis de l'expérience. À titre d'exemple, l'engagement dans un protocole de coopération, avec la formation associée, devrait ouvrir la possibilité d'acquérir une certification ouvrant au professionnel une compétence qu'il conservera au cours de sa carrière.

[20] **La sécurisation de l'exercice infirmier doit aussi passer par la promotion de la collaboration interprofessionnelle via l'exercice coordonné.** Certaines missions exercées aujourd'hui dans le cadre de protocoles de coopération pourraient demain être ouvertes hors protocoles mais toujours dans le cadre d'un dispositif coordonné, en lien avec un médecin.

[21] **Les sujets soulevés par la mission sur l'évolution de la profession infirmière touchent d'autres professionnels de santé** et les évolutions envisagées pour les uns susciteront inmanquablement des attentes de la part des autres. Les professionnels concernés sont en premier lieu les médecins mais aussi les aides-soignants ou encore les IPA dont le champ de compétences a été construit avant de se poser la question des compétences « socles ». Les travaux du conseil national de la refondation « santé » sont l'occasion, à partir des problématiques vécues sur le terrain, de remettre en adéquation les compétences des professionnels de santé avec les besoins constatés et à venir de la population. La mission invite donc à intégrer dans une stratégie d'ensemble les évolutions de compétences des infirmiers, des IPA, des spécialités infirmières en tenant compte du rôle des autres professionnels de santé.

[22] **L'évolution du champ de compétences infirmières impliquerait également de revoir la définition législative de la profession,** en la structurant par missions sur le modèle de ce qui avait été envisagé en 2008 et en s'inspirant des exemples étrangers. La mission invite aussi à mieux structurer le processus d'actualisation du décret d'actes afin de fixer des échéances régulières pour l'évaluer et pour faire aboutir les nécessaires concertations.

[23] Enfin, la mission soulève la question de l'évolution à plus long terme de la profession infirmière conduisant à une profession à compétences définies.

Des orientations à prendre quelle que soit l'évolution du champ de compétences

[24] L'attractivité du métier et de la formation renvoie à des enjeux qui dépassent largement la seule question du champ de compétences des infirmiers. C'est pourquoi la mission a mis en avant plusieurs leviers dont le traitement paraît indissociable d'une révision des compétences infirmières.

[25] **Malgré les mesures de revalorisation du Ségur, la question de la rémunération est toujours fortement soulevée notamment en établissement.** Les questions posées ont trait au niveau de la rémunération par rapport à d'autres pays, à la prise en compte des sujétions horaires ou de fonctions spécifiques comme le tutorat et à l'équité entre différentes primes catégorielles. La mission préconise donc d'ouvrir, dès à présent, une réflexion globale sur la rémunération des infirmiers. En complément, il est nécessaire de continuer à agir sur les conditions de travail, largement citées comme la première cause de départ d'un poste, voire du métier d'infirmier. Ces conditions de travail sont susceptibles de provoquer une perte de sens, les infirmiers indiquant n'avoir plus le temps de mettre en œuvre les compétences relationnelles qui constituent le cœur de leur métier, voire de leur motivation professionnelle. En établissement de santé, la rigidité de l'organisation est souvent mise en avant de même que le manque de reconnaissance des responsabilités infirmières. Enfin, la mission propose de mieux réguler le développement de l'intérim dont les effets sur l'organisation globale du travail peuvent être délétères.

[26] **La professionnalisation du processus de formation, de la sélection jusqu'à la diplomation, doit être renforcée.** L'organisation actuelle de la formation qui repose sur une compétence partagée entre, essentiellement, le ministère de la santé, la Région et sur les opérateurs de formation, IFSI et universités est une source de complexité. S'ajoute celle d'un réseau d'IFSI atomisé qui appelle au renforcement de l'organisation et des missions de la quarantaine de regroupements constitués lors de l'intégration des IFSI sur la plateforme Parcoursup en confortant le rôle des coordonnateurs et en valorisant leurs fonctions.

[27] **La qualité de la sélection en IFSI constitue un premier axe de recommandations.** Il convient de conforter les acquis de l'accès aux IFSI via la plateforme Parcoursup et de ne pas introduire une pré sélection et un oral sources de risques. Le travail des commissions d'examen des vœux lors de la phase de sélection doit s'appuyer sur une meilleure définition des critères d'analyse du projet motivé des candidats et sur la détermination des prérequis académiques et scientifiques attendus des bacheliers garants d'un parcours de réussite des étudiants retenus. Lors de la phase de préparation des dépôts de vœux dans Parcoursup, il pourra être utilement proposé aux candidats un test d'auto-positionnement comme d'autres filières l'ont organisé. Pour le développement de la voie d'accès à la formation professionnelle continue, il est indispensable de réviser le calendrier des décisions de financement des opérateurs de compétences (OPCO) et de l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) et de mieux informer tous les candidats des modalités de sélection de tous les IFSI.

[28] **La formation est soumise à plusieurs contraintes fortes :** les exigences de mise en conformité avec la directive européenne afin de remédier au déficit de 400 heures de formation, l'évolution nécessaire des compétences infirmières, l'inscription dans le schéma Licence Master Doctorat (LMD) et l'objectif de rester dans un volume horaire supportable en termes de charge de travail pour les étudiants. Au vu de la mise en demeure de la France par la Commission européenne, le respect de la directive européenne implique de porter la formation de 4 200 à 4 600 heures dont 2 300 heures d'enseignement clinique. Dans ce cadre, la mission propose que la formation en trois ans comporte 2 300 heures de formation clinique, stages et exercices de simulation en santé et 2 300 heures d'enseignement théorique dont 500 heures de travaux personnels et collectifs encadrés. L'organisation retenue ne devra pas alourdir excessivement le temps de formation en présentiel et la charge de travail personnel des étudiants.

[29] **Le référentiel de formation de 2009, prescriptif et excessivement détaillé, n'est plus adapté aux évolutions du métier.** Il doit être révisé en tenant compte des arbitrages relatifs à l'exercice de la profession infirmière, organisé en blocs de compétences et en respectant trois grands principes : la délivrance du diplôme de licence, un caractère moins prescriptif et une évaluation par le Haut Conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (HCERES).

[30] Confrontés dans de très nombreux établissements à la pénurie de personnels, les carences dans l'encadrement, les contenus et l'accueil des stagiaires peuvent contribuer à renforcer le constat d'une formation inaboutie et avoir un impact majeur sur l'attractivité des différents lieux d'exercice. Face à cette situation, la mission considère indispensable le renforcement de l'encadrement des stages en reconnaissant et valorisant la fonction de tuteur de stage et la création dans tous les groupements de coopération sanitaire de dispositifs de coordination de stage avec pour objectif de développer et de diversifier l'offre.

[31] **Quelle que soit la graduation des évolutions de la profession infirmière, l'intégration universitaire doit être menée à son terme.** Les expérimentations en cours ouvrent la voie avec des échanges entre les différentes filières de formations en santé avec la mise en place de passerelles, d'enseignements communs, voire de doubles cursus. L'intégration universitaire suppose d'aller vers la délivrance du diplôme national de licence en sciences pour la santé mention sciences infirmières en lieu et place de l'actuel diplôme d'État d'infirmier. Ceci devrait contribuer à améliorer l'interprofessionnalité nécessaire pour répondre à la complexité des besoins de santé. Elle permettra la construction d'un savoir élaboré et validé par la recherche et le développement d'un champ disciplinaire en sciences infirmières, confèrera aux étudiants infirmiers les mêmes droits d'accès aux services universitaires et de poursuite d'études que l'ensemble des étudiants. Enfin, cela permettra de renforcer l'attractivité de la profession.

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
Méthode				
1	Garantir la production régulière de données fiables afin de caractériser la population des étudiants infirmiers et des professionnels, notamment les taux d'abandon, les effectifs et leur répartition. Concernant la formation, la méthodologie de collecte de données et la répartition des études pour un suivi collaboratif DREES-SIES doivent être définies pour être opérationnelles dès la rentrée 2023.	1	DREES DGESIP - SIES	Rentrée 2023
12	Différencier les protocoles expérimentaux de délégations d'actes ayant vocation à intégrer le champ de compétence de la profession délégataire des protocoles pérennes de délégations d'actes plus techniques et circonscrits à un champ spécialisé. Doter les protocoles expérimentaux d'une procédure d'évaluation et d'intégration au socle, assortie d'échéances précises.	2	DGOS	T1 2023
20	Structurer le processus d'actualisation du décret d'actes en intégrant des échéances régulières.	1	DGOS	T1 2023
18	Intégrer dans une stratégie d'ensemble les évolutions de compétences des infirmiers, des IPA, des spécialités infirmières en tenant compte du rôle des autres professionnels de santé.	1	DGOS	Après le CNR
Champ de compétence et d'exercice				
19	Revoir la définition législative de la profession infirmière en la structurant par grandes missions.	1	DGOS	Après le CNR
17	Déterminer les missions dont la mise en œuvre sera conditionnée à l'intégration des infirmiers à des dispositifs d'exercice coordonné.	1	DGOS DSS	T3 2023
14	Consacrer au niveau législatif un pouvoir de prescription des infirmiers en lien avec les missions qui leur sont attribuées et renvoyant à un décret les conditions d'application et la liste des prescriptions concernées.	1	DGOS DSS	T3 2023
15	Mettre en place des consultations infirmières en structure coordonnée dans des domaines et pathologies spécifiques.	2	DGOS DSS	2024
13	Mener, dès début 2023, une concertation sur le contenu et le degré d'élargissement du champ de compétences infirmier à partir des missions à développer notamment la prévention, la coordination et les soins de proximité. Intégrer à la réflexion les pratiques réelles de terrain, en particulier certains protocoles de coopération.	1	DGOS	T3 2023

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
16	En complément du socle acquis en formation initiale, prévoir un élargissement des compétences des infirmiers par des certifications complémentaires inscrites au répertoire national des certifications professionnelles et accessibles, autant que possible, par la validation des acquis de l'expérience.	2	DGOS France compétences	T3 2023
Conditions d'exercice				
2	Conditionner l'exercice infirmier en intérim à l'exigence d'une expérience minimum préalable pour y accéder.	1	DSS DGOS DGCS	T4 2022
Accès à la formation				
4	Renforcer l'information sur la formation et le métier d'infirmier en développant des partenariats IFSI-EPLE pour accompagner les projets d'orientation. Proposer un test d'auto-positionnement à destination des lycéens.	1	DGESCO DGOS DGESIP	Rentrée 2023 Rentrée 2023
5	Développer la voie d'accès à la formation professionnelle continue en IFSI en révisant le calendrier des décisions de financement des OPCO et de l'ANFH et en examinant les conditions d'une meilleure information des candidats des modalités de sélection de tous les IFSI.	1	OPCO santé ANFH DGOS/ DGEFP	2024
Contenu de la formation				
7	Réviser le référentiel de formation de 2009 tenant compte des arbitrages relatifs à l'exercice de la profession infirmière et en respectant trois grands principes : la conformité avec les exigences du diplôme national de licence, un caractère moins prescriptif et une évaluation par le HCERES.	1	DGESIP DGOS	Rentrée 2024
9	Renforcer l'encadrement des stages en reconnaissant et valorisant la fonction de tuteur de stage. Créer dans toutes les régions des dispositifs de coordination de stage au niveau des groupements de coopération sanitaire, avec pour objectif de développer et de diversifier l'offre de stages.	1	DGOS ARS	Rentrée 2023
11	Créer ou mutualiser, lorsqu'ils existent, les enseignements communs aux différentes formations en santé et paramédicales ainsi que les exercices de mises en situation par le biais de simulations.	2	Universités IFSI	Rentrée 2023
10	Achever l'intégration universitaire du cursus infirmier en allant vers une diplomation universitaire reposant sur un diplôme national de licence en sciences pour la santé mention sciences infirmières. Pour soutenir cette intégration, créer à court terme un statut d'enseignant-chercheur clinicien en sciences infirmières en attendant que les conditions soient réunies pour évoluer vers un statut bi-appartenant.	1	DGESIP DGOS	Rentrée 2024
8	En conformité avec la directive européenne et pour respecter une durée globale de formation de trois ans, réorganiser la formation pour atteindre 4 600 heures dont 2 300 heures de formation clinique, stages et exercices de simulation en santé, et 2 300 heures d'enseignement théorique dont 500 heures de travaux personnels et collectifs encadrés.	1	DGESIP DGOS	Rentrée 2024

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
Pilotage				
3	Modifier la programmation du nombre maximum d'étudiants à admettre en première année d'études préparatoires au diplôme d'État d'infirmier : <ul style="list-style-type: none"> - en élargissant la concertation aux universités et IFSI, - en prenant en compte toutes les données statistiques notamment sur les taux de diplomation, - en optimisant l'affectation des places créées sur les trois années de formation y compris en adaptant le pourcentage réservé à la voie de la formation professionnelle continue. 	2	DGOS DGESIP Régions ONDPS	Rentrée 2024
6	Renforcer l'organisation et les missions des regroupements d'IFSI constitués pour Parcoursup en confortant le rôle des coordonnateurs et en valorisant leurs fonctions.	1	ARS	Rentrée 2024

SOMMAIRE

SYNTHÈSE	3
RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	9
RAPPORT	15
1 LA PROFESSION ET LA FORMATION INFIRMIERES SONT AUJOURD’HUI CONFRONTEES A UN CONTEXTE D’EXTREME TENSION DU SYSTEME DE SANTE	16
1.1 LA PROFESSION FACE AUX ENJEUX D’EVOLUTION ET DE CROISSANCE DES BESOINS	16
1.1.1 <i>Une profession encadrée historiquement par un décret d’actes</i>	16
1.1.2 <i>Un cadre peu adapté aux évolutions actuelles des besoins et de l’offre de santé</i>	17
1.1.3 <i>Un enjeu considérable sur les compétences des professions de santé et des évolutions récentes qui peinent à se déployer</i>	18
1.1.4 <i>Un contexte international qui contribue à expliquer les aspirations vers un exercice plus autonome portées par les représentants de la profession</i>	20
1.2 LES PARCOURS DES INFIRMIERS : UNE PROFESSION CONFRONTEE A UN DEFI MAJEUR D’ATTRACTIVITE MALGRE DES FORMATIONS QUI ATTIRENT DE NOMBREUX ETUDIANTS	20
1.2.1 <i>Une formation infirmière très attractive via Parcoursup</i>	21
1.2.2 <i>Une multiplicité des lieux d’exercice et une répartition inégale sur le territoire</i>	25
1.2.3 <i>Un enjeu majeur d’attractivité et de fidélisation des professionnels</i>	26
1.2.4 <i>Des données qui sont aujourd’hui insuffisantes pour fonder une stratégie concernant la profession infirmière</i>	27
1.3 LA FORMATION INFIRMIERE FACE AUX DEFIS DE LA PROFESSIONNALISATION	28
1.3.1 <i>L’organisation territoriale des acteurs de la formation, source de complexités</i>	28
1.3.2 <i>Un processus de sélection insuffisamment maîtrisé</i>	28
1.3.3 <i>Un référentiel de formation qui n’est plus adapté aux évolutions du métier</i>	29
1.3.4 <i>Les stages au cœur de la formation mais fortement questionnés en particulier dans un contexte de pénurie de personnels soignants</i>	31
1.3.5 <i>La formation initiale à l’épreuve de la mise en conformité avec la directive européenne et des nouveaux modes d’apprentissage</i>	33
1.3.6 <i>Une intégration universitaire au milieu du gué : entre une reconnaissance du grade de licence conférée aux titulaires du diplôme d’État infirmier depuis 2009 et un diplôme national de licence en sciences infirmières</i>	34
2 DES PROPOSITIONS D’EVOLUTIONS TRANSVERSALES QUI SONT INDISSOCIABLES D’UNE EVOLUTION EN PROFONDEUR DE LA PROFESSION INFIRMIERE	34
2.1 L’URGENCE A AGIR SUR L’ATTRACTIVITE ET LES CONDITIONS D’EXERCICE DU METIER EN ETABLISSEMENTS DE SANTE ET MEDICO-SOCIAUX	35
2.1.1 <i>Mieux prendre en compte les sujétions du métier dans la rémunération des infirmiers</i>	35
2.1.2 <i>Agir de façon volontariste sur des conditions de travail fortement dégradées</i>	36
2.1.3 <i>Encadrer le recours à l’intérim dont l’intensité engendre des effets délétères sur les organisations de travail</i>	37
2.2 DES EVOLUTIONS VISANT A ADAPTER LA FORMATION INFIRMIERE DANS LE CADRE DE L’INTEGRATION UNIVERSITAIRE	38
2.2.1 <i>Des outils de pilotage indispensables au suivi et à la maîtrise de la sélection et de la qualité de l’offre de formation</i>	38
2.2.2 <i>La qualité de la sélection des étudiants, une des conditions essentielles de réussite du processus de formation</i>	38
2.2.3 <i>Améliorer la professionnalisation de la formation en trois ans et consolider son attractivité</i>	42
2.2.4 <i>Poursuivre l’intégration universitaire de la formation</i>	47
2.3 L’ENJEU MAJEUR DU DEVELOPPEMENT D’UNE CULTURE PARTAGEE ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE	48
2.3.1 <i>Favoriser la coopération entre professionnels de santé dès la formation</i>	48
2.3.2 <i>Assouplir et accompagner les cadres de coopération interprofessionnels</i>	49
3 DES PROPOSITIONS D’EVOLUTION DU CHAMP DE COMPETENCE DE LA PROFESSION INFIRMIERE QUI DOIVENT FAIRE L’OBJET DE NOMBREUX ARBITRAGES	51

3.1	DEUX APPROCHES D'ÉVOLUTION DES COMPÉTENCES INFIRMIÈRES A COMBINER	51
3.1.1	<i>L'activité réelle des infirmiers et la mise en œuvre des protocoles démontrent un décalage important entre le décret d'actes et la réalité du terrain</i>	51
3.1.2	<i>Les missions qui pourraient s'appuyer davantage sur l'expertise infirmière</i>	53
3.2	LES FACTEURS DE REUSSITE ET DE SECURISATION DE CETTE ÉVOLUTION	56
3.2.1	<i>Arbitrer au préalable sur deux points de blocage</i>	57
3.2.2	<i>Sécuriser l'évolution du champ de compétence infirmier</i>	59
3.3	LES IMPACTS A ANTICIPER DES MAINTENANT	63
3.3.1	<i>La répartition des compétences entre professionnels</i>	64
3.3.2	<i>Les modifications du cadre législatif et réglementaire</i>	66
3.4	DE LA NOTION D'AUXILIAIRE MÉDICAL A LA DÉFINITION D'UNE PROFESSION A COMPÉTENCES DÉFINIES : L'ÉVOLUTION A PLUS LONG TERME DE LA PROFESSION INFIRMIÈRE	69
	LETTRE DE MISSION	71
	ANNEXE 1 : LES PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DES ÉTUDIANTS ET DES PROFESSIONNELS INFIRMIERS ..	73
	ANNEXE 2 : ÉLÉMENTS DE COMPARAISON INTERNATIONALE	99
	ANNEXE 3 : L'ENCADREMENT RÉGLEMENTAIRE DE LA PROFESSION INFIRMIÈRE : ÉTAT DES LIEUX ET PERSPECTIVES	115
	ANNEXE 4 : L'EXERCICE COORDONNÉ PLURI PROFESSIONNEL	127
	ANNEXE 5 : LES CADRES ACTUELS DE DÉLÉGATION D'ACTES.....	141
	ANNEXE 6 : L'ORGANISATION ACTUELLE DE LA FORMATION.....	155
	ANNEXE 7 : LE RÉFÉRENTIEL DE FORMATION DU DIPLOME D'ÉTAT INFIRMIER DE 2009	161
	ANNEXE 8 : L'INTÉGRATION UNIVERSITAIRE DU CURSUS INFIRMIER.....	169
	ANNEXE 9 : LES DOMAINES D'ÉVOLUTION POSSIBLE DES COMPÉTENCES DES INFIRMIERS : LES EXEMPLES DE LA PRÉVENTION ET DE LA COORDINATION.....	175
	ANNEXE 10 : LES EXPÉRIMENTATIONS ENTRE LES FORMATIONS DE SANTÉ ET LE CURSUS INFIRMIER.....	191
	LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES	195
	SIGLES UTILISÉS	215

RAPPORT

Introduction

[1] Par lettre du 17 mars 2022, le ministre des solidarités et de la santé et la ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation ont saisi l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche (IGÉSR) d'une mission portant sur l'évolution de la profession infirmière et de la formation des infirmiers. La mission a été conduite par Valentine Fournier, Hervé Léost, Françoise Zantman, membres de l'IGAS⁴, Philippe Bézagu, Sophie Julien, Pascal Misery, membres de l'IGÉSR et avec la contribution de Sabine Carotti, IGÉSR.

[2] La lettre de mission exprime la volonté de s'appuyer sur les infirmiers⁵ pour « *poursuivre les transformations en profondeur* » du système de santé en mobilisant une expertise considérée comme « *sous-utilisée* » aujourd'hui et en procédant à une « *révision en profondeur de la formation* ». Pour cela, il a été demandé aux inspections une analyse très large de la profession infirmière :

- concernant l'exercice professionnel, sur la forme du décret d'actes actuel et sur la nature des compétences à faire évoluer « *en intégrant les évolutions en accord avec la réalité de la profession* » ;
- concernant la formation, sur les parcours des étudiants, l'impact de la réforme de 2009 et plus récemment de Parcoursup⁶ ainsi que sur les conséquences de l'évolution des activités des infirmiers sur le référentiel de formation.

[3] Les travaux de la mission sur le socle de compétences infirmier sont intervenus postérieurement à un rapport portant en particulier sur les pratiques avancées infirmières⁷. La mission s'est donc efforcée de tenir compte de l'impact des évolutions qu'elle envisageait sur les pratiques avancées. Plus globalement, il est nécessaire d'éviter qu'une mission portant sur une profession de santé spécifique conduise à reproduire ou renforcer les cloisonnements ou les logiques concurrentielles entre professionnels de santé. C'est pourquoi la mission s'est attachée à situer ses réflexions dans une vision plus large à la fois sur la répartition des compétences entre professionnels et sur leur intégration dans des dispositifs coordonnés.

[4] Les constats de la mission sont fondés sur de nombreux entretiens au niveau national avec les représentants des infirmiers et d'autres professions de santé (médecins en particulier), des étudiants des IFSI et des universités. En outre, la mission a exploité les nombreux rapports publiés récemment dans le champ de l'exercice et de la formation infirmiers afin d'articuler leurs constats et recommandations avec ceux du présent rapport. La mission souligne cependant qu'elle n'a pas procédé à une concertation, chantier qui relève d'une étape ultérieure à conduire par l'administration.

⁴ Avec la participation de Mael Kebabsa, stagiaire à l'IGAS.

⁵ Très consciente de la supériorité numérique des femmes dans la profession infirmière, la mission a néanmoins choisi d'employer le terme générique d'infirmiers, à l'instar des textes administratifs et de la représentation de la profession (Ordre national des infirmiers).

⁶ Parcoursup est la plateforme nationale de préinscription en première année de l'enseignement supérieur.

⁷ Rapport conjoint IGAS-IGÉSR, n° 2022-010R-2022-107, août 2022, « Concertation sur la pratique avancée infirmière ».

[5] Les infirmiers constituent, de très loin, la première profession de santé en France sur le plan numérique, avec des effectifs estimés à 637 644 au 1er janvier 2021 et un exercice sur de très nombreux secteurs d'activité. Pour cette raison, la mission a choisi de centrer son analyse sur trois lieux d'exercice : les établissements de santé publics et privés, le champ libéral et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes⁸. Trois déplacements en Auvergne-Rhône-Alpes, Bretagne et Île-de-France ont permis de rencontrer les professionnels et étudiants en IFSI, en établissements de santé, médico-sociaux et en structures libérales. La mission a également conduit une enquête auprès des conseillers aux affaires sociales pour disposer d'éléments de comparaison internationale.

[6] L'attractivité du métier et de la formation renvoient à des enjeux qui dépassent largement la seule question du champ de compétences des infirmiers. C'est pourquoi la mission a mis en avant plusieurs leviers dont le traitement paraît indissociable d'une révision des compétences des infirmiers.

[7] Partant d'un diagnostic sur la situation de la formation et de la profession infirmières (1), la mission développe ensuite les transformations et actions transversales (2) qui lui semblent indissociables de toute évolution du champ de compétence infirmier (3).

1 La profession et la formation infirmières sont aujourd'hui confrontées à un contexte d'extrême tension du système de santé

[8] Les infirmiers représentent la première profession de santé dans le monde (59 % des effectifs en 2018 selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Ces effectifs sont en hausse dans l'ensemble des pays du monde, reflétant la forte progression de professionnels nouvellement diplômés depuis les années deux mille.

[9] **Le nombre d'infirmiers en activité en France est estimé à 637 644 au 1er janvier 2021 (DREES)**. Cela en fait, de très loin, la première profession de santé, devant les médecins (227 946 médecins à la même date). L'évolution des effectifs de professionnels résulte d'une combinaison de facteurs : nombre d'étudiants issus de la formation initiale mais aussi effectifs en formation continue, interruptions d'activité en cours de carrière, nombre de départs à la retraite...

1.1 La profession face aux enjeux d'évolution et de croissance des besoins

1.1.1 Une profession encadrée historiquement par un décret d'actes

[10] **Le développement des professions paramédicales en France a été structuré par le monopole médical⁹**, contrairement à d'autres pays où certains actes médicaux peuvent être pratiqués par d'autres professionnels de santé¹⁰. Cette construction juridique accorde une compétence générale à la profession de médecin pour le diagnostic et le traitement des maladies. L'intervention des autres professionnels ne s'envisage que par dérogation au monopole médical et

⁸ Certains lieux d'exercice des infirmiers ne font donc pas l'objet de développements spécifiques dans ce rapport : services de santé au travail, de santé scolaire, protection maternelle et infantile...

⁹ La loi du 30 novembre 1892 qui fixe l'organisation de la profession médicale et ses conditions d'exercice prédomine encore aujourd'hui. Elle institue le monopole médical et pénalise l'exercice illégal de la médecine.

¹⁰ Didier Tabuteau, « Les officiers de santé : un schisme professionnel aux effets délétères et durables », Le concours médical, Tome 140, décembre 2018.

sur des possibilités d'actions très encadrées. Ce système dit du « décret d'actes » ne permet aux professions paramédicales ou auxiliaires médicaux de n'accomplir, en dehors des situations d'urgence, que les actes figurant sur une liste limitative pré établie dans la réglementation.

[11] **Dans la plupart des pays étrangers, la profession des infirmiers est généralement définie par des grandes missions plus que par une liste d'actes qui est, par son degré de précision, une spécificité française.** L'article L4161-1 du code de la santé publique (CSP) relatif à l'exercice illégal de la médecine énumère la liste des professionnels qui bénéficient de dérogations au monopole médical et se réfère aux différents décrets d'actes.

[12] La loi du 31 mai 1978¹¹ reconnaît un rôle propre à la profession infirmière pour la première fois et lui octroie ainsi une autonomie sur certains actes de la prise en charge. L'article R4311-3 du CSP indique « *Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes.*

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

[13] Dans un tel système, le partage des compétences conduit à une recherche d'équilibre instable entre un cadre réglementaire très contraint et une réalité des prises en charge où les infirmiers peuvent être amenés à exercer en dehors de leur champ de compétences (*cf. infra*). La rigidité de ce cadre juridique rend difficiles les évolutions d'exercice et limite les coopérations entre professionnels de santé.

1.1.2 Un cadre peu adapté aux évolutions actuelles des besoins et de l'offre de santé

[14] **L'augmentation des besoins¹² se traduit notamment dans les données sur les prises en charge par pathologie.** Ainsi, 36 % de la population est prise en charge pour une pathologie et/ou une maladie chronique avec une évolution dynamique d'une année sur l'autre. L'évolution de la dépense globale par rapport à 2019 est ainsi de + 4,5 % pour le diabète et de + 4,9 % pour les cancers actifs¹³. Plus globalement, le vieillissement de la population va nécessairement se traduire par un besoin accru en soins infirmiers, ce type de soins étant en très grande majorité consommé par les plus de 65 ans.

[15] Dans le domaine de la prévention, les résultats paraissent médiocres. On peut citer la prévention des cancers avec la participation au dépistage du cancer colorectal de moins de 30 % (objectif européen 45 %) ; la couverture vaccinale contre les infections par papillomavirus humains avec un schéma complet pour les filles âgées de 16 ans de 33 % en 2020 (objectifs du plan cancer

¹¹ Loi n° 78-615 du 31 mai 1978 modifiant les articles L473, L475 et L476 du code de la santé publique relatifs à la profession d'infirmier ou d'infirmières et l'art L-372 de ce code relatif à l'exercice illégal de la profession de médecin.

¹² « Peut-on quantifier les besoins de santé ? » Chantal Cases et Dominique Baubeau, DREES, 2004 : « *En santé publique, les besoins peuvent être définis comme l'écart entre l'état de santé constaté et un état de santé souhaité par la collectivité ou ses représentants. Quantifier les besoins de santé suppose donc, en toute rigueur, de mesurer l'état de santé, ce qui pose le problème des instruments de mesure en santé publique. Les besoins peuvent être aussi exprimés à partir de l'expression des usagers ou des professionnels ou dans la mesure des consommations.* »

¹³ « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses », rapport au ministre chargé de la sécurité sociale et au parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'assurance maladie au titre de 2023.

fixés à 60 %), la vaccination contre la grippe avec une couverture vaccinale sur la population éligible de 52,6 % (objectif OMS 75 %). Dans ce contexte, un consensus se dessine en faveur d'un « virage préventif » avec le renforcement d'actions de prévention primaire pour repérer les personnes à risque, le développement de leur accompagnement par les professionnels de santé et des patients experts¹⁴ et le suivi rigoureux dès l'entrée dans une pathologie afin d'en retarder les complications.

[16] **La nécessité de disposer d'un système de santé plus sûr et durable face aux besoins de santé de la population et aux crises sanitaires récentes fait ainsi l'objet d'un consensus** comme l'illustrent plusieurs rapports récents du haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM)¹⁵ ou encore de l'assurance maladie. Il s'agit de mieux répondre aux besoins de santé de la population en matière de soins non programmés ou de soins coordonnés pour les personnes atteintes de maladies chroniques, les personnes âgées et les personnes en situation de handicap.

[17] **Les professionnels auditionnés, en établissement ou en libéral, ont fait part de nombreux exemples qui illustrent l'évolution des compétences nécessaires aux prises en charge des patients.** Ont ainsi été fréquemment évoqués le développement de l'éducation thérapeutique, les suivis lors des retours au domicile, la coordination de parcours dans le cadre du virage ambulatoire, les soins palliatifs et la prévention. Parmi les réflexions sur les adaptations du cadre d'exercice actuel portées par les professionnels de santé, on peut citer le développement des consultations infirmières en lien avec l'évolution des technologies comme la télé consultation, le télé soin ; une meilleure utilisation des expertises acquises par l'expérience ou les formations complémentaires ; le déploiement d'outils numériques inter opérables entre eux afin de faciliter les réponses multi-professionnelles.

1.1.3 Un enjeu considérable sur les compétences des professions de santé et des évolutions récentes qui peinent à se déployer

[18] Fin 2021, l'assurance maladie décompte 6 millions de patients sans médecin traitant dont 620 000 personnes en affection de longue durée (ALD). Devant les difficultés d'accès aux soins posées par ce constat, le HCAAM propose « *d'optimiser le temps médical et tirer le meilleur parti des compétences de chaque profession en améliorant les organisations du travail* ». De nouvelles organisations se sont mises en place, conduisant à la progression de l'exercice coordonné et du travail en équipe mais aussi au renforcement des dispositifs de délégation d'actes entre professionnels de santé. Concernant les infirmiers, cela se traduit par le développement des protocoles de coopération et la mise en place de la pratique avancée. Ces premières réponses aux enjeux peinent à se déployer.

1.1.3.1 Les limites des protocoles de coopération

[19] **Depuis 2009, les protocoles souffrent d'un manque d'adhésion des acteurs en raison de procédures qui, malgré les assouplissements récents, restent longues et lourdes à initier selon les équipes de terrain rencontrées par la mission.** À ce jour, 43 protocoles de coopération concernent les infirmiers sur les 56 protocoles nationaux autorisés¹⁶. La direction générale de l'offre de soins (DGOS)¹⁷ ne recense pas les données sur le nombre d'infirmiers engagés dans ces dispositifs

¹⁴ Le patient expert désigne celui qui, atteint d'une maladie chronique, a développé au fil du temps une connaissance fine de sa maladie et qui contribue par son expertise à l'amélioration de certaines prises en charge.

¹⁵ Rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie, « Tirer le meilleur profit des compétences de chaque professionnel », 7 septembre 2022.

¹⁶ Données DGOS, septembre 2022.

¹⁷ La direction générale de l'offre de soins est une direction générale du ministère en charge de la santé.

mais suit le nombre d'équipes et de protocoles actifs. Le dispositif ne fait pas l'objet d'une évaluation rigoureuse tant quantitative que qualitative.

[20] L'essor des protocoles de coopération ne s'est pas confirmé en dehors du protocole Asalée¹⁸, correspondant à un dispositif qui préexistait à la mise en place des protocoles de coopération. Ainsi, ce protocole de coopération, le plus déployé numériquement sur le territoire national concernant les infirmiers, a pour but d'améliorer la prise en charge des maladies chroniques (dépistage et suivi) en médecine de ville. On recense 1 500 infirmiers de santé publique Asalée qui exercent en collaboration avec 6 500 médecins généralistes, ce qui représente 1,2 % des infirmiers libéraux et 6,5 % des médecins généralistes.

1.1.3.2 La pratique avancée encore confidentielle

[21] En France, la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016¹⁹ a posé le cadre juridique de la pratique avancée. Seuls les infirmiers disposent d'un décret d'application leur donnant accès à cet exercice. À ce jour, les cinq domaines autorisés concernent : les pathologies chroniques stabilisées, prévention et poly pathologies courantes en soins primaires (2018) ; l'oncologie et l'hémato-oncologie (2018), la maladie rénale chronique, dialyse et transplantation rénale (2018), la santé mentale et psychiatrie (2019) et les urgences (2021).

[22] Les champs d'intervention en pratique avancée peuvent comporter :

- des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage ;
- des actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques et des actes de surveillance clinique et paraclinique ;
- 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.

[23] Le rapport « Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé »²⁰ a pointé un dispositif en retrait par rapport aux ambitions initiales. La mission a constaté que ses récentes recommandations n'ont pas encore fait l'objet de mise en œuvre. **Malgré les ambitions de développement portées notamment par le Ségur de la santé, le constat d'un très faible nombre d'IPA demeure.** À ce jour, on dénombre 1 716 IPA diplômés pour un objectif initial de 3 000 à atteindre en 2022. L'objectif de 5 000 professionnels formés à l'horizon 2024 nécessiterait des flux de diplômés supérieurs à 1 000 par an contre 800 en 2022. L'Union nationale des infirmiers de pratique avancée (UNIPA) note du reste une baisse de 11 % des inscriptions en 2021. Un suivi précis de ces données par les pouvoirs publics est indispensable pour en évaluer réellement les résultats et les impacts en termes d'intégration dans les exercices professionnels.

¹⁸ Annexe 5 sur la délégation d'actes.

¹⁹ Loi de modernisation du système de santé n°2016-41 du 26 janvier 2016. En juillet 2018 ont été publiés les décrets d'application relatifs à l'exercice et à la formation. Les auxiliaires médicaux relevant des titres Ier à VII peuvent exercer en pratique avancée au sein d'une équipe de soins primaires coordonné par le médecin traitant ou au sein d'une équipe de soins en établissement de santé ou en établissements médico-sociaux coordonnée par un médecin ou, en assistance d'un médecin spécialiste, hors soins primaires en pratique ambulatoire.

²⁰ Rapport IGAS, n°2021-051R, novembre 2021, « Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé ».

[24] Ainsi, dans un contexte où les protocoles de coopération comme la pratique avancée restent peu développés, la très grande majorité des infirmiers continue à exercer sur la seule base des compétences listées dans le décret d'actes. **Or, les infirmiers rencontrés lors des auditions témoignent du décalage, pour certaines situations, entre le décret d'actes et les soins qu'ils sont amenés à réaliser.** Ces situations, communément appelées « glissements de tâches » insécurisent la pratique des professionnels de santé et peuvent présenter un risque pour le patient. Elles seront analysées plus précisément en partie 3.1.1 du présent rapport.

1.1.4 Un contexte international qui contribue à expliquer les aspirations vers un exercice plus autonome portées par les représentants de la profession

[25] **Au vu des éléments de comparaison internationale rassemblés par la mission²¹, plusieurs pays ont étendu les compétences des infirmiers**, notamment dans le champ de la prescription sous réserve d'une formation adaptée et d'une expérience professionnelle (Royaume-Uni, Espagne) ou de la consultation (inscrite dans la nomenclature des actes en Belgique)²².

[26] Ces exemples étrangers alimentent le souhait de la profession d'une évolution de son cadre d'exercice, encore très médico-délégué, afin de pouvoir répondre aux besoins des patients avec une plus grande autonomie et un exercice sécurisé.

[27] L'ordre national des infirmiers (ONI) se positionne ainsi pour une reconnaissance de la contribution infirmière au système de santé traduite par cinq grands champs de propositions²³ : reconnaissance de la consultation infirmière, élargissement de la prescription pour améliorer l'accès aux soins, élargissement des compétences, prévention éducation pour la santé, modifications législatives. Si ces propositions d'évolution de la profession ne sont pas toutes consensuelles, la mission souligne que les conseils nationaux, les représentants des organisations professionnelles et l'ensemble des infirmiers auditionnés quel que soit leur lieu d'exercice ont fait part de leur souhait d'une évolution de la profession avec un élargissement des compétences, une plus grande autonomie dans l'exercice, des modèles économiques incitatifs et une valorisation des expertises acquises par l'expérience professionnelle ou la formation universitaire. Ces demandes d'évolution se traduisent différemment en fonction du lieu d'exercice et de la proximité ou non du médecin.

1.2 Les parcours des infirmiers : une profession confrontée à un défi majeur d'attractivité malgré des formations qui attirent de nombreux étudiants

[28] La mission s'est efforcée de reconstituer l'ensemble du parcours de formation et professionnel des infirmiers même si cette analyse se heurte souvent au manque de données fiables et/ou actualisées sur la profession infirmière²⁴.

²¹ Cf. annexe 2 sur les éléments de comparaison internationale.

²² En Belgique, la consultation infirmière est inscrite dans la nomenclature des actes professionnels depuis 2009. Elle recouvre la prestation intellectuelle d'évaluer l'état du patient afin d'identifier les problèmes infirmiers et fixer des objectifs de soins.

²³ « Le livre blanc de la profession infirmière », octobre 2019.

²⁴ En particulier, l'estimation du nombre d'infirmiers en France a été revue fortement à la baisse en juillet 2022 et la nouvelle estimation ne constitue qu'une approximation provisoire. Voir l'annexe 1 sur les données statistiques.

1.2.1 Une formation infirmière très attractive via Parcoursup

[29] À la rentrée 2020, 91 605 étudiants²⁵ (soit une hausse de 4,4 % par rapport à 2010) étaient inscrits dans 330 instituts²⁶ de formation en soins infirmiers (IFSI). 32 450 étaient inscrits en première année soit une hausse de 6 % par rapport à 2010.

1.2.1.1 Une information préalable à l'orientation variable selon les territoires

[30] L'information mise à disposition des élèves et des familles est abondante mais ne garantit pas une réelle connaissance du métier, des contextes d'intervention, assurant un dépassement des représentations et elle est peu organisée institutionnellement. Les initiatives restent donc locales et limitées à quelques établissements. Ainsi, les dispositifs d'information et de préparation du projet d'orientation en établissement scolaire, lorsqu'ils existent, privilégient la rencontre des professionnels et des formateurs des IFSI, des étudiants. Ces dispositifs s'inscrivent généralement dans des partenariats IFSI-lycée ou rectorat- réseau d'IFSI. Enfin, afin d'accompagner les élèves dans leur parcours, certaines académies mettent en place des dispositifs d'accompagnement²⁷ à la réussite associant IFSI et lycée général et technologique.

1.2.1.2 La forte attractivité de la formation d'infirmier malgré un contexte peu propice

[31] **Deux voies permettent d'accéder à la formation d'infirmiers, la plateforme de recueil et de gestion des vœux d'affectation des futurs étudiants Parcoursup²⁸ et la voie de la formation professionnelle continue²⁹ (FPC).** Le nombre de places offertes fait l'objet d'un quota annuel défini par arrêté ministériel. Celles réservées à la voie de la FPC représentent 25 % du nombre total d'étudiants à admettre en première année d'études depuis 2020³⁰.

[32] **L'intégration de l'ensemble des IFSI sur la plateforme Parcoursup est effective depuis 2019.** Depuis lors, la forte attractivité des formations en soins infirmiers se confirme même si différenciée selon les régions et les IFSI : chaque année de 2019 à 2022, environ 100 000 candidats ont confirmé au moins un vœu en IFSI. C'est la formation la plus demandée sur Parcoursup³¹. Son attractivité s'est maintenue ces trois dernières années malgré le contexte de crise sanitaire et les difficultés d'exercice du métier d'infirmier fortement exprimées et relayées.

²⁵ Données de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).

²⁶ Le nombre d'IFSI varie selon les sources. La mission a retenu le nombre de 330.

²⁷ À titre d'exemple, le bilan 2022 de la procédure d'admission Parcoursup souligne tout le bénéfice des cordées de la réussite: 95,5% des lycéens engagés dans une cordée et l'ayant indiqué dans leur dossier ont reçu au moins une proposition, taux sensiblement supérieur à celui de la population lycéenne en général.

²⁸ Les candidats sont principalement les lycéens en terminale et les étudiants en réorientation.

²⁹ Les candidats sont les professionnels justifiant de trois années de cotisation à un régime de protection sociale comme les détenteurs du diplôme d'aide-soignant.

³⁰ Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au DEI, modifié par arrêtés du 13 décembre 2018 et du 23 janvier 2020.

³¹ La mission ne dispose pas d'informations sur le nombre de candidatures pour la voie professionnelle, celle-ci étant organisée via une sélection spécifique à chacun des 330 instituts.

1.2.1.3 Les difficultés de recrutement d'étudiants provenant de la voie d'accès de la formation professionnelle continue

[33] Les éléments recueillis sur le déroulé de la procédure Parcoursup et confirmés par l'enquête menée par le CEFIEC³² montrent que des flux importants des places offertes pour la FPC sont réorientés vers la plateforme Parcoursup en cours de procédure de sélection en raison du manque de candidatures. Le pourcentage de places pourvues deux mois après la rentrée par des étudiants provenant de la voie professionnelle n'est plus que de 19 % en 2021 pour 25 % de places réservées initialement.

[34] L'objectif d'atteindre un quart des effectifs étudiants provenant de la voie FPC³³ n'est donc pas atteint. Ceci interroge à la fois sur l'étendue du vivier, sur les taux de réussite aux épreuves de sélection, sur le manque de visibilité, l'organisation et les coûts de celle-ci ou encore les modalités de financement en particulier les délais d'accord que tous les acteurs rencontrés jugent trop tardifs.

[35] Au final, les candidats Parcoursup pourvoient plus de 80 % des places dans la formation d'infirmier.

1.2.1.4 Des quotas en forte augmentation : un objectif de remplissage pour les IFSI atteint et conforté avec Parcoursup

[36] Les quotas³⁴ ont été stables autour d'environ 31 000 places par an au cours de la période 2010 à 2019. Dans le cadre du Ségur de la santé et du plan France Relance, il a été décidé de les augmenter de 6 600 places supplémentaires³⁵ en IFSI entre 2020 et 2022 pour former et répondre aux besoins d'infirmiers.

[37] Le rapprochement de ces quotas du nombre d'inscrits en première année permet d'observer si les IFSI ont la capacité de répondre aux objectifs nationaux et régionaux en termes de vivier pour la sélection et d'accueil pour l'organisation de la formation. **Le taux de remplissage au niveau national est globalement satisfaisant sur la période 2010-2020 par contraste avec les années deux mille qui connaissaient « un déficit » d'inscrits.** Depuis 2019, le taux de remplissage est de 100 %, voire supérieur³⁶ aux quotas.

1.2.1.5 Une évolution du profil des étudiants à prendre compte notamment car ils sont plus jeunes et de moins en moins bacheliers généraux scientifiques

[38] La mission souligne d'abord ses difficultés à obtenir des données fiables, récentes et détaillées afin de définir le profil des étudiants en formation d'infirmier et son évolution. La dernière étude³⁷ complète réalisée par la DREES auprès des IFSI et des étudiants, publiée en 2016, porte sur les infirmiers en formation en 2014. En conséquence, la mission n'a disposé que de données partielles

³² Comité d'entente des formations infirmières et cadres, une association professionnelle de structures de formation aux métiers de santé dont les IFSI.

³³ Cf. rapport conjoint IGAS-IGESR, n° 2021-047R ; 2021-218, décembre 2021, « La formation continue dans la fonction publique hospitalière ».

³⁴ Il s'agit du nombre maximum d'étudiants à admettre en première année d'études préparatoires au diplôme d'État d'infirmier.

³⁵ 32 069 places pour 2020-2021, 34 037 en 2021-2022 et 36 144 en 2022-2023.

³⁶ Les inscrits en première année comprennent les primo-entrants directement concernés par le nombre de places autorisées mais aussi les redoublants et les reports de scolarité.

³⁷ Études et résultats, 2016, n°0982, « Profil des infirmiers en formation en 2014.

pour la période récente et ce jusqu'à l'année 2020. En particulier, la DREES n'a pas été en mesure de fournir des informations stratégiques comme le nombre de diplômés 2021, le nombre d'inscrits dans les trois années à la rentrée 2021 mais aussi le nombre d'abandons de scolarité par établissement et par année d'étude. Par ailleurs, les données des inscriptions à l'université recueillies par le SIES³⁸, le service statistique du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche (MESR) sont encore aujourd'hui pour la plupart inexploitable³⁹.

[39] À partir des informations disponibles, les principales caractéristiques du profil des étudiants infirmiers sont les suivantes :

- **Les étudiants sont de plus en plus jeunes.** La proportion des moins de vingt ans passe de 33 % à 41 % entre 2010 et 2017. Cette tendance baissière se confirme depuis 2019 avec un âge moyen passant de 25 à 22 ans (et un âge médian de 22 à 19 ans) sans doute sous l'effet premier de la suppression du concours.
- **La féminisation s'est accentuée.** La proportion de femmes parmi les inscrits en première année de formation dans les IFSI n'a cessé de croître en dix ans, passant de 83 % en 2010 à 88 % en 2020. Cette féminisation a augmenté de trois points les deux premières années de sélection via la plateforme Parcoursup.
- **Le nombre de bacheliers généraux notamment scientifiques est en baisse** (cf. annexe 1). La proportion d'étudiants inscrits en première année ayant obtenu un baccalauréat général est d'environ 59 % en 2010 ; elle n'est plus que 43 % en 2020. Cette tendance baissière se confirme également pour les titulaires du baccalauréat scientifique. Dans le même temps, la proportion des bacheliers technologiques a connu une baisse récente pour s'établir à 30 % en 2020. *A contrario* la proportion⁴⁰ de bacheliers professionnels ne cesse d'augmenter, de 3 % en 2010 à 16 % en 2019 et 2020.
- **La mobilité régionale des étudiants en formation d'infirmiers reste à étudier.** L'étude de la DREES de 2014 montrait l'importance de la mobilité⁴¹ des nouveaux étudiants inscrits en première année de formation d'infirmiers : environ 20 % d'entre eux changeaient de région pour suivre leurs études et ce, malgré un maillage territorial important des IFSI et avec des écarts importants entre les régions quant aux flux entrants et sortants. La question du lieu d'étude a été maintes fois abordée lors des entretiens de la mission avec divers acteurs, notamment sous l'angle de l'éloignement comme cause potentielle de difficultés sociales et d'abandon des étudiants.
- **Les étudiants infirmiers sont en majorité des enfants d'employés ou d'ouvriers.** Ceux-ci représentent 44 % des effectifs inscrits en 2010 et 48 % en 2017. Sur la même période, ceux de cadres ou professions intermédiaires connaissent une baisse de douze points soit 25 % en 2017. Par ailleurs, la part du nombre de boursiers parmi les étudiants infirmiers (hors salariés et chômeurs) varie d'environ 31 % en 2010 à presque 40 % en 2017.

³⁸ La sous-direction des Système d'information et études statistiques (SIES) a aussi le statut de service statistique ministériel (SSM) dont la coordination a été confiée à l'Insee.

³⁹ Seulement 88 % des étudiants en formation d'infirmier recensés par la DREES se sont inscrits à l'université en 2020.

⁴⁰ Ce taux est encore plus élevé pour les nouveaux entrants et les néobacheliers en 2020-2021 : 21 %.

⁴¹ Les facteurs qui pouvaient influencer de manière significative ces mobilités étaient multiples comme le lieu de la formation préparatoire, l'âge ou le sexe.

[40] L'ensemble de ces tendances et observations sont à vérifier sur les exercices suivants au regard des transformations importantes des modes de sélection induites par l'introduction de la plateforme Parcoursup et la suppression des concours. Ces informations sont indispensables pour le pilotage de la sélection et de la formation des infirmiers

1.2.1.6 Le taux de diplomation est trop faible

- **Le suivi indispensable du taux de déperdition (dont les abandons) des effectifs étudiants**

[41] Les données disponibles sur l'évolution du nombre d'inscrits sur les trois années d'étude entre 2010 et 2020 sont rudimentaires⁴² et ne fournissent que des indices sur le niveau de persévérance dans le cursus.

[42] Si la diminution des effectifs inscrits entre les deux premières années de formation d'une même promotion est importante, représentant entre 4 à 6 % des effectifs de première année dans les IFSI, au final, l'écart entre les inscrits en première année et ceux de troisième année varie entre - 9 % (2011) et + 0,6 % (2017). Ces données et fluctuations sont faussées par le nombre non connu de redoublants et nouveaux entrants ou de reports d'études en deuxième et troisième années et il est impossible d'identifier le nombre et la proportion d'abandons au cours du cursus.

[43] Dans une étude réalisée en 2021-2022 par le CEFIEC⁴³, sur un échantillon retenu de 165 IFSI qui ont complété toutes les données, deux mois après la rentrée 13 % des étudiants ont quitté la formation.

[44] Ces données nécessitent d'être confirmées par les enquêtes de la DREES afin d'obtenir les réponses de la totalité des instituts, et non de la moitié d'entre eux, ce qui peut constituer un biais selon la taille et la nature de ceux qui ont répondu. Néanmoins, ce taux d'abandon est à rapprocher de ceux indiqués⁴⁴ au gré des entretiens de la mission sans avoir pu les vérifier : par exemple, pour la région Île-de-France, il est fait mention de taux variant de 8 % à 30 % sur les trois années et avec une perte d'environ 5 % dans les premiers mois pour les IFSI dépendant de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) ; dans un autre IFSI de province, la directrice ne dénombre que deux abandons dont un pour raisons de santé. Les données recueillies n'ont pas permis d'objectiver le ressenti exprimé à de nombreuses reprises par les personnes rencontrées, de taux d'abandon précoces en première année, souvent suite au premier stage, qui seraient la conséquence de l'intégration de la formation dans Parcoursup et de la disparition de l'oral permettant d'évaluer la motivation des candidats.

- **Le faible taux de réussite des étudiants de troisième année explique pour beaucoup le niveau faible de diplomation**

[45] L'écart entre le nombre de diplômés et le nombre d'étudiants ayant commencé leur formation trois années plus tôt s'est fortement réduit à partir de 2012 et est plutôt stable sur la période 2012-2020. Toutes choses égales par ailleurs, ce phénomène représente en moyenne environ 5 100

⁴² Par exemple, il est impératif de disposer des informations différenciées sur les étudiants inscrits : *a minima* les néobacheliers, les étudiants en réorientation, les redoublants, les autres.

⁴³ Association professionnelle : Comité d'entente des formations infirmières et cadres.

⁴⁴ Beaucoup des personnes rencontrées par la mission ont mentionné des taux d'abandon importants et en forte augmentation mais la plupart sans pouvoir ni les chiffres ni apporter des données et études permettant d'étayer leur propos ou de dépasser des exemples individuels.

étudiants de chaque promotion⁴⁵ qui ne seraient pas diplômés (soit une moyenne de 17 %). L'explication principale de cet écart se situe en troisième année où le rapport entre le nombre d'inscrits et le nombre de diplômés, c'est-à-dire le taux de réussite, est en moyenne annuelle de 85 % entre 2010 et 2020 soit chaque année environ 4 200 étudiants sur 28 000 qui n'obtiennent pas leur diplôme⁴⁶.

[46] L'ensemble de ces éléments montrent que la détermination des quotas sur un territoire ne prend pas en compte la capacité des instituts à assurer un parcours de réussite et en final un bon niveau de diplomation pour des étudiants aux profils plus fragiles et dont les trajectoires d'études ne sont pas linéaires (césures, redoublements, réorientations, poursuites d'études, mobilités géographiques ...).

1.2.2 Une multiplicité des lieux d'exercice et une répartition inégale sur le territoire

[47] **L'insertion professionnelle des jeunes diplômés infirmiers est aisée.** Trois ans après avoir obtenu leur diplôme, 96 % des infirmiers occupent un emploi contre 78 % des autres diplômés du même niveau (DREES 2019). La très grande majorité d'entre eux (83 %) occupent un emploi stable⁴⁷. On note cependant une hausse du nombre de demandeurs d'emploi infirmiers sur longue période. En avril 2022, 13 350 demandeurs d'emploi inscrits avec le diplôme infirmier (2,1 %) recherchaient un métier d'infirmier, contre 4 400 (1,3 %) en 2000.

[48] **L'hôpital public représente le premier lieu d'exercice des infirmiers (44 % du total au 1er janvier 2021).** Plus de 63 % d'entre eux travaillent en établissement de santé public ou privé. 19 % des infirmiers sont libéraux, 6 % exercent en EHPAD. Au-delà, les infirmiers sont présents dans de très nombreuses structures, centres de santé, santé scolaire, laboratoires... Les changements de lieux d'exercice sont fréquents chez les infirmiers de moins de trente ans pour décroître avec l'âge.

[49] **Le nombre d'infirmiers a fortement augmenté depuis vingt ans mais de manière contrastée selon les lieux d'exercice :**

- le nombre d'infirmiers libéraux a doublé entre 2000 et 2020 ;
- la croissance a été beaucoup plus faible en établissement de santé (+ 23 % entre 2003 et 2017 avec un taux de croissance particulièrement faible dans les années deux mille dix). La crise du Covid a cependant conduit à augmenter les effectifs d'infirmiers en établissement de santé ;
- au vu des données disponibles⁴⁸, le nombre d'infirmiers en intérim, s'il semble augmenter de façon constante depuis 2012, passant de 12 449 à 18 397 en 2021, ne connaît pas de forte augmentation en proportion (de 2,3 % à 2,88 % du total des infirmiers sur la même période).

⁴⁵ Ensemble des étudiants inscrits dans une première année. La mission ne disposant pas de suivi de cohorte, elle retient la dénomination de « promotion ».

⁴⁶ D'après données de la DREES, il semble qu'environ 12 % des inscrits en troisième année ne sont pas « présentés » pour être diplômés.

⁴⁷ C'est-à-dire fonctionnaire ou en CDI.

⁴⁸ Ces données sont disponibles sur le site de la DREES. Cependant, la DREES souligne leur fiabilité limitée car cette information est susceptible d'être mal renseignée lors de l'inscription du professionnel de santé et celui-ci n'est pas incité à la mettre à jour.

[50] **La hausse du nombre d'infirmiers a été plus rapide que celle de la population, conduisant à une forte hausse de leur densité sur l'ensemble du territoire national.** La densité a augmenté de 48 %, passant de 637 pour 100 000 habitants en 2000 à 945 en 2021, mais se situe légèrement en-dessous de la moyenne européenne (UE 15)⁴⁹.

[51] **La répartition des infirmiers est marquée par de fortes inégalités géographiques au profit des territoires du sud et de l'ouest.** Les régions dans lesquelles la densité est la plus faible sont certains départements d'outre-mer (La Réunion, Mayotte, Guyane), l'Île-de-France, les Hauts-de-France, le Centre-Val de Loire et les Pays de la Loire. Les écarts les plus marqués concernent la répartition des infirmiers libéraux. À titre d'illustration, leur densité est quatre fois plus élevée en Provence-Alpes-Côte d'Azur qu'en Île-de-France, et presque trois fois plus élevée en Occitanie par rapport à la région Centre-Val de Loire alors même que la part des personnes de plus de 65 ans est similaire dans ces deux régions. On note également de forts écarts entre territoires d'une même région.

[52] Il faut cependant souligner que **l'accessibilité aux soins infirmiers libéraux a progressé sur la période récente.** En effet, l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) augmente de 4 % entre 2016 et 2019 alors que l'accessibilité aux médecins libéraux a baissé de 6 % sur la même période.

1.2.3 Un enjeu majeur d'attractivité et de fidélisation des professionnels

[53] **Le métier d'infirmier figure parmi le « top 10 » des métiers les plus recherchés par les employeurs en 2022** et des dix métiers dans lesquels les difficultés de recrutement sont les plus élevées en 2022 selon les résultats de l'enquête annuelle « Besoins en main d'œuvre 2022 » réalisée par Pôle Emploi. La catégorie « infirmiers, cadres infirmiers et puériculteurs » est celle qui a vu le taux de difficulté de recrutement augmenter le plus rapidement entre 2017 et 2022 (+ 53 %).

[54] **Ces tensions de recrutement renvoient notamment aux conditions d'exercice de la profession.** Lors des déplacements de la mission en établissement de santé, la rémunération, les conditions de travail, la crise sanitaire ou le développement de l'intérim sont cités comme des facteurs majeurs du déficit d'attractivité de ces établissements. À l'hôpital en particulier, l'exposition des professionnels aux contraintes de travail est nettement plus marquée que pour l'ensemble des salariés, qu'il s'agisse de contraintes physiques fortes, de rythme de travail ou de charge émotionnelle. Au sein de l'hôpital, les professions d'aide-soignant, infirmier, agent d'entretien et sage-femme paraissent dans une situation plus défavorable que celle des autres métiers. Ce constat est confirmé par une étude de 2022 qui intègre l'impact de la crise sanitaire⁵⁰. Ces difficultés se traduisent en particulier par le taux d'absentéisme et l'évolution du nombre de postes vacants, illustrés par les données récentes issues des fédérations hospitalières publiques comme privées⁵¹.

[55] **En outre, de nombreux interlocuteurs de la mission ont mis en avant des phénomènes d'abandon du métier et un raccourcissement des carrières, qui se seraient aggravés depuis deux ans.** Cependant, les données disponibles sur les cessations d'activité ne permettent pas de disposer d'un diagnostic actualisé sur cette question. Les dernières données, issues d'une étude de 2011 portant sur la période 2007-2008, laissaient apparaître une durée de carrière relativement longue en moyenne, avec des écarts selon les lieux d'exercice. Des estimations territoriales plus

⁴⁹ Voir l'annexe 2 sur les éléments de comparaison internationale.

⁵⁰ DREES, études et résultats, juillet 2022.

⁵¹ Par exemple, 9,9 % d'absentéisme en 2021 selon les données les plus récentes de la FHF, soit un point de plus qu'en 2019.

récentes, se basant sur les données de recensement de la population, conduisent à estimer une durée oscillant entre 17,5 et 21,5 ans au niveau national⁵².

[56] **Ces difficultés de fidélisation représentent un enjeu majeur alors même que 250 000 nouveaux recrutements d'infirmiers seraient nécessaires au fonctionnement du système de santé actuel d'ici 2030.** Ainsi, les projections DARES / France Stratégie classent la catégorie « infirmiers et sages-femmes » au deuxième rang parmi les métiers qui créeront le plus d'emplois nets à horizon 2030, avec 113 000 emplois nets, auxquels il faut ajouter 143 000 départs en fin de carrière prévus sur la même période.

[57] **Selon la DREES, le nombre d'infirmiers pourrait ensuite continuer à augmenter fortement jusqu'en 2040 avec 880 000 infirmiers projetés à cette date.** Cette augmentation, fondée sur un modèle de simulation en cours de révision, continuerait à être plus rapide que celle de la population. Elle doit être mise en regard de deux phénomènes d'envergure, le vieillissement de la population qui contribuera à une hausse des besoins en soins, notamment à destination des infirmiers⁵³, mais aussi la baisse du nombre de médecins.

1.2.4 Des données qui sont aujourd'hui insuffisantes pour fonder une stratégie concernant la profession infirmière

[58] **En synthèse, la mission estime que les données actuelles ne sont pas suffisamment fiables et actualisées pour disposer d'un diagnostic solide ni sur les effectifs et les parcours des étudiants, ni sur le parcours professionnel, la durée de carrière ou le temps de travail des infirmiers, ni sur les besoins actuels et futurs en professionnels ou leur traduction en effectifs à former chaque année.** Ces travaux statistiques doivent être priorités.

[59] L'observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) vient d'être saisi afin de formuler des propositions sur le suivi et la prospective concernant la démographie des professions paramédicales. Un travail de rapprochement des données disponibles entre le SIES et la DREES est également engagé. En cible, ce travail collaboratif devrait pouvoir être réalisé sur une source unique de données. Dans la logique d'une universitarisation⁵⁴ accrue, l'adoption du dispositif⁵⁵ de collecte de données du SIES pourrait être étudiée. La condition première est d'obtenir rapidement 100 % des inscriptions des élèves infirmiers à l'université ; en 2020-2021, le taux d'inscription pouvait être évalué à 88 %.

⁵² « Carrière des aides-soignants et des infirmiers : durée d'exercice en Ile de France », Défi métiers, CARIF OREF francilien, décembre 2020.

⁵³ Les personnes de plus de 75 ans consomment 4 fois plus de soins infirmiers que les personnes de 65 à 74 ans, et 27 fois plus que les moins de 65 ans (donnée relative aux infirmiers libéraux, source : CNAM).

⁵⁴ La mission utilisera les deux appellations "universitarisation" ou "intégration universitaire" de la formation infirmière. Cela désigne un processus progressif et plus ou moins avancé d'intégration pédagogique qui s'accompagne d'une coopération et d'un rapprochement structurel des universités et des IFSI et confère aux élèves infirmiers le statut d'étudiant.

⁵⁵ Les opérations statistiques du ministère en charge de l'enseignement supérieur auprès des établissements d'enseignement supérieur sont annuelles et systématiques, exhaustives et fiables dans le cadre d'un dispositif qui oblige les universités à remonter les informations et les inscrits dans un processus qualité indispensable pour la production des outils de connaissance et d'aide au pilotage et de gestion du système éducatif de l'enseignement supérieur. Elles permettent un suivi individualisé et de cohorte.

Recommandation n°1 Garantir la production régulière de données fiables afin de caractériser la population des étudiants infirmiers et des professionnels, notamment les taux d'abandon, les effectifs et leur répartition. Concernant la formation, la méthodologie de collecte de données et la répartition des études pour un suivi collaboratif DREES-SIES doivent être définies pour être opérationnelles dès la rentrée 2023.

1.3 La formation infirmière face aux défis de la professionnalisation

1.3.1 L'organisation territoriale des acteurs de la formation, source de complexités

1.3.1.1 La répartition des responsabilités et la gouvernance de la formation

[60] L'organisation actuelle de la formation infirmière repose sur une compétence partagée entre les services de l'État, essentiellement le ministère de la santé en administration centrale et les ARS et les DREETS au niveau déconcentré, et la collectivité régionale qui a en charge des compétences importantes dans l'organisation et le financement des formations sanitaires et sociales, depuis la loi du 13 Août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales⁵⁶.

[61] Cette organisation doit s'articuler avec celle issue de l'universitarisation de la formation qui implique les responsabilités et compétences partagées des universités, du groupement de coopération sanitaire, du regroupement constitué pour Parcoursup, des instituts et des autorités académiques⁵⁷.

1.3.1.2 L'organisation du réseau des IFSI

[62] **Le réseau des IFSI se caractérise par un maillage territorial très important avec environ 330 instituts.** Leur taille est très variable, ils peuvent selon les lieux accueillir de 50 à 250 étudiants. 80 % sont des instituts publics, les autres sont juridiquement sous contrat d'association avec l'État. Selon les situations, ils disposent ou pas de la personnalité juridique. Tous les acteurs rencontrés considèrent que ce maillage permet d'offrir aux étudiants une offre de formation de proximité, en lien étroit avec les besoins des structures (hôpital, EPHAD ou autres structures, publiques comme privées), qui constituent autant de terrains de stages.

[63] Pour autant, ce maillage ne saurait dispenser les IFSI d'un travail de structuration aboutissant à des convergences, des projets pédagogiques communs, des mutualisations d'équipements ou d'équipes administratives et enseignantes. Il semble également utile de rechercher une cohérence voire une simplification d'organisation entre les groupements de coopération sanitaire créés en 2009 et les regroupements opérés pour l'intégration dans Parcoursup. Le périmètre retenu doit être celui qui favorise les collaborations réelles entre une université de référence et les IFSI et le renforcement de la professionnalisation du processus de formation, de la sélection jusqu'à la diplomation.

1.3.2 Un processus de sélection insuffisamment maîtrisé

[64] L'entrée en IFSI est sélective : à peine plus d'un tiers des candidats reçoit une proposition de formation en 2021. Les vœux des candidats pour un IFSI sont des vœux souhaités puisque près de

⁵⁶La Région élabore le schéma régional des formations sanitaires et sociales, agréé les instituts et leurs directeurs, attribue les bourses aux étudiants, et a la charge financière du fonctionnement administratif et pédagogique des instituts.

⁵⁷ Voir annexe 6.

60 % des candidats ayant reçu au moins une proposition l'acceptent. Enfin, le processus de sélection permet de pourvoir toutes les places offertes. Pour autant, la sélection demeure encore perfectible malgré un appui des services du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche (MESR) aux IFSI dans la maîtrise de l'outil Parcoursup⁵⁸.

[65] En premier lieu, les résultats d'admission tardifs des étudiants inscrits en études de santé⁵⁹ et les désistements⁶⁰ des candidats au titre de la FPC ou de reports d'intégration génèrent **des places devenues vacantes sur Parcoursup à une période où les profils des candidats en attente de solution sont les plus fragiles**. Ceci peut avoir pour conséquence une dégradation de la qualité de l'affectation et une inadéquation avec le niveau académique requis voire avec la motivation attendue pour cette formation exigeante.

[66] La deuxième difficulté tient à **l'hétérogénéité du niveau de professionnalisation dans les IFSI en matière de pilotage des formations et de la sélection**. La création⁶¹ d'une quarantaine de regroupements d'instituts et de la fonction de coordonnateur a permis de faciliter l'organisation de la phase d'examens des dossiers. Pour autant, la vision stratégique du pilotage de la sélection et la maîtrise technique des outils sont encore en voie d'acquisition dans les IFSI. Un paramétrage national unique des attendus et critères généraux d'examen des vœux pour tous les IFSI permet de prendre en compte des aspects plus qualitatifs et les transformations liées au nouveau baccalauréat. Pour autant, les commissions d'examen des vœux (CEV) peuvent affiner, orienter le profil des promotions admises. Aussi, contrairement à ce que la mission a pu entendre de la part de multiples acteurs y compris dans les IFSI, les instituts ont la capacité de piloter leur sélection et donc mieux maîtriser le profil et la motivation des candidats retenus. Ils peuvent, par exemple, déterminer la part respective des candidats issus du lycée, en réorientation ou en reconversion professionnelle, la proportion des différents types de bacheliers, calibrer la pondération affectée aux éléments de motivation contenus dans le dossier du candidat, etc.

[67] Les conséquences premières de cette carence dans le pilotage stratégique de la sélection des étudiants sont des risques accrus d'abandon, d'allongement d'études ou de moyens conséquents à mobiliser pour remédier à la fragilité des parcours de formation des étudiants.

1.3.3 Un référentiel de formation qui n'est plus adapté aux évolutions du métier

[68] Le référentiel de formation de 2009 conduisant au diplôme d'État infirmier (DEI), qualifié de « nouveau » par la plupart des interlocuteurs de la mission, a été rédigé dans le cadre de l'intégration universitaire des IFSI dès la rentrée 2009 conformément au processus de Bologne instaurant le système Licence Master Doctorat (LMD).

[69] **Les titulaires du DEI issus des promotions inscrites à partir de la rentrée 2009 se voient conférer le grade de Licence**. Cette reconnaissance du grade de licence est subordonnée à la conclusion de conventions entre les IFSI ou établissements de santé support des IFSI, les universités et les régions.

⁵⁸ En particulier, le service à compétence nationale (SCN) Parcoursup et la directrice de l'IFSI d'Ussel, chargée de mission et d'accompagnement Parcoursup à la direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle (DGESIP) au MESR.

⁵⁹ Médecine, maïeutique, odontologie, pharmacie, kinésithérapie (MMOPK).

⁶⁰ À la suite de décision de refus de financement des opérateurs de compétences (OPCO) ou de l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) ou de reports d'intégration.

⁶¹ Ces regroupements sont distincts de la vingtaine de groupements de coopération sanitaire créés en 2009 (cf. annexe 6).

[70] Ce référentiel organise la formation en six semestres autour de l'acquisition de dix compétences auxquelles correspondent des unités d'enseignement (UE) permettant de valider 180 crédits européens (ECTS). **Il n'a jamais fait l'objet d'une évaluation pourtant initialement prévue via l'Agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (AERES), devenue en 2014 le HCERES⁶².**

[71] Ce référentiel est extrêmement détaillé et prescriptif. Il comporte 59 unités d'enseignement regroupées en six domaines dont la coordination pédagogique est répartie strictement entre les IFSI (sciences et techniques infirmières et intégration des savoirs et posture professionnelle infirmières) et les universités (sciences humaines et sociales, droit, sciences biologiques et médicales et méthodologie) sans que des enseignements communs entre formateurs des IFSI et enseignants-chercheurs des universités n'aient été prévus.

[72] Les UE sont associées à un référentiel de compétences tout aussi détaillé laissant peu de marge dans la conception des enseignements aux IFSI et aux universités qui juxtaposent leurs interventions plus qu'ils ne collaborent entre eux.

[73] Les échanges conduits avec les formateurs, professionnels et étudiants font ressortir le diagnostic suivant :

- une formation qui comporte un **nombre important d'évaluations**, chronophages, ne permettant pas à tous les étudiants de mettre en relation les compétences théoriques et les situations cliniques ; ces dernières sont pourtant positionnées au centre de cette pédagogie en alternance dite « intégrative ».
- plus de dix ans après sa mise en œuvre, un référentiel **très détaillé et prescriptif** qui continue à questionner notamment en raison de l'évolution rapide de la profession infirmière et des techniques de soin associées à de nouvelles technologies.
- des contenus et des volumes horaires jugés pas toujours adaptés aux besoins.
- Un **manque de liens et d'échanges entre les formateurs et les terrains de stage.**

[74] Enfin, des professionnels ont indiqué à la mission que **des soins techniques et des connaissances fondamentales, telle la pharmacologie, pouvaient ne pas être maîtrisés à l'issue des trois années du cursus infirmier.**

[75] L'absence ou le faible nombre d'enseignements dispensés en commun avec d'autres professions de santé ou paramédicales constitue également un point faible de la formation initiale des infirmiers.

⁶² Cf. la circulaire interministérielle DHOS/RH1/DGESIP n°2009-202 du 9 juillet 2009 relative au conventionnement des IFSI avec l'université et la région dans le cadre de la mise en œuvre du processus LMD : « [la convention de partenariat entre université-régions-regroupements d'IFSI] prévoira également les modalités suivant lesquelles les dossiers d'évaluation des formations seront transmis à échéance régulière par l'intermédiaire de l'université coordinatrice, à l'Agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur ».

1.3.4 Les stages au cœur de la formation mais fortement questionnés en particulier dans un contexte de pénurie de personnels soignants

1.3.4.1 Une part des stages qui représente la moitié du temps de formation

[76] Le référentiel actuel laisse une place très importante aux stages. La philosophie de cette organisation pédagogique repose sur la complémentarité entre une formation théorique de 2 100 heures dispensée sur trois années, en IFSI et à l'université, complétée par un volume horaire identique de périodes de stage encadrées par des praticiens de terrain sur les lieux de stage.

[77] La répartition des stages est fixée de façon impérative sur les trois ans que durent la formation. Pour assurer le suivi du stage, chaque étudiant est placé sous la responsabilité :

- d'un maître de stage, assumée par un cadre, pour la partie institutionnelle et organisationnelle ;
- d'un tuteur de stage en charge de la fonction pédagogique. Des formations sont prévues pour mieux appréhender cette fonction, généralement dispensées par les IFSI ;
- d'un professionnel qui assure au quotidien un rôle pédagogique de proximité.

[78] Ces trois fonctions peuvent être exercées le cas échéant par la même personne, ce qui donne une certaine souplesse à l'établissement d'accueil en fonction de son organisation interne et des moyens dont il dispose pour assurer l'encadrement des stagiaires. En outre, l'IFSI désigne un formateur référent pour chacun des stages qui assure le lien avec ces trois personnes.

1.3.4.2 Un déroulement des stages perfectible qui témoigne de relations ténues entre les IFSI et les lieux de stage

[79] Les stages infirmiers ne sont en aucun cas des stages d'observation, ni de mise en œuvre de compétences parfaitement maîtrisées à l'arrivée dans le service. « *Ils ne savent rien faire...* », « *ils ne maîtrisent pas les gestes techniques...* », sont des expressions qui reviennent régulièrement dans les propos des professionnels de terrain, alors même que c'est justement le rôle des stages de leur apprendre et d'assurer un lien entre apprentissages théoriques et cliniques. S'il est difficile d'objectiver cette impression d'une « baisse de niveau » des étudiants, la récurrence de ce discours chez les professionnels de terrain témoigne *a minima* de leur manque de confiance envers la formation dispensée à leurs futurs collègues. On peut citer de façon emblématique la question des calculs de doses qui est très souvent revenue comme illustrative de la baisse de niveau présumée des stagiaires et nouveaux diplômés.

[80] **Le lien entre les formateurs des IFSI et les professionnels de terrain est ténu, en établissement de santé et *a fortiori* dans le champ libéral** : de nombreux stagiaires, comme les tuteurs ou maîtres de stage, rapportent ne jamais avoir vu de formateur de l'IFSI durant la période de stage. Cela ne contribue ni à une vision globale de la formation dispensée, ni ne permet les liens nécessaires entre formation théorique et pratique. De même, peu de formateurs de terrain interrogés sont intégrés au conseil pédagogique de l'IFSI. Formation théorique et formation clinique sont ainsi appréhendées séparément, selon des objectifs différents, définis par le référentiel de compétence et orientés vers l'obtention du diplôme pour les IFSI, quand les formateurs de terrain appréhendent plus leur rôle autour du soin à apporter à la personne et la réussite du geste technique.

[81] De nombreux stagiaires ont également décrit des stages qui prennent **la forme d'un stage d'observation, ou génèrent le sentiment d'être un personnel d'intérim mobilisable immédiatement, faute de temps disponible pour les encadrer**. Cela peut conduire dans certains cas à ne confier au stagiaire durant toute la période du stage que des tâches limitées et répétitives, telles des toilettes de patients. Cette dérive peut contribuer à renforcer le constat d'une formation inaboutie et d'infirmiers nouvellement nommés ne disposant pas tous des prérequis nécessaires à un exercice autonome et sécurisé.

[82] À la décharge des équipes, il convient de mettre l'accent sur la contrainte majeure de pénurie de personnels à laquelle sont confrontés de très nombreux établissements, de plus dans le contexte post-COVID, qui a sérieusement éprouvé les équipes. Faute de disponibilité pour les encadrer, les stagiaires se sentent souvent mal accueillis, peu accompagnés, et ne retirent pas tout le bénéfice attendu du stage.

1.3.4.3 Un impact majeur des stages sur l'attractivité des différents lieux d'exercice

[83] **Les stagiaires auditionnés, comme les responsables qui les encadrent, ont pu rappeler l'importance cruciale du stage dans sa dimension d'insertion professionnelle**. De nombreux stagiaires des IFSI ou nouveaux diplômés ont expliqué comment le déroulement du stage a pu, selon la qualité de son contenu et de l'accueil reçu, entraîner l'adhésion du stagiaire, son épanouissement, et son souhait d'une affectation prochaine dans le service ou l'établissement en question, ou au contraire jouer un rôle repoussoir, en décourageant l'étudiant peu enclin à envisager une affectation dans cet environnement à l'issue de sa diplomation, ou déclencher des départs prématurés suite à une première affectation.

[84] Le constat est ainsi établi d'un enchaînement néfaste pour tous, où la pénurie de ressources disponibles génère une baisse des vocations, entraînant un véritable gâchis humain et financier. L'État forme selon un référentiel lourd et coûteux des milliers d'étudiants qui, à la sortie de leur formation, paraissent souvent peu enclins à rejoindre l'hôpital public, dont ils ont perçu essentiellement la difficulté d'exercice et la fatigue des équipes.

[85] Certaines structures ont parfaitement mesuré l'importance de ces enjeux pour l'attractivité de leur établissement et développent des politiques de formation et d'accueil des nouveaux arrivants.

L'exemple du centre de lutte contre le cancer Léon Bérard à Lyon

Le centre recrute de 7 à 10 infirmières par mois et est confronté à 38 vacances sur 410 ETP. Aux fins de mieux accueillir les stagiaires et néo arrivants, un poste de coordination a été créé, pour faire le lien avec l'ensemble des IFSI de son ressort géographique, programmer les dates de stages et leur contenu, ou accompagner les tuteurs en charge de l'accueil des stagiaires. L'établissement a financé une année de master 2 de sciences de l'éducation pour la personne en charge de cette coordination. Un « carnet de route » est en place pour suivre la progression de chaque stagiaire, des référents sont identifiés, le tutorat ouvre droit à une prime. Les évaluations des stagiaires font l'objet d'une attention particulière (table ronde associant l'ensemble des référents pour harmoniser les pratiques, échanges avec un expert...) La valorisation de ces tâches d'encadrement des stagiaires est effective avec l'emploi de deux soignants supplémentaires compensant le temps consacré à la formation. Même si cette politique volontariste ne permet pas de combler le déficit en personnels, l'établissement paraît attractif pour les étudiants des IFSI entendus et l'accompagnement individualisé sur les premières années de fonction a considérablement réduit les départs précoces.

Source : Visite sur site à Lyon – rencontre avec la direction des ressources humaines et les tuteurs de stage

1.3.5 La formation initiale à l'épreuve de la mise en conformité avec la directive européenne et des nouveaux modes d'apprentissage

[86] La formation initiale d'infirmier de soins généraux représente 4 200 heures d'enseignement théorique et clinique à comparer aux 4 600 heures exigées par les directives européennes⁶³. Le constat est donc celui d'un déficit de 400 heures. Le référentiel de formation de 2009 comporte 1 800 heures d'enseignement théoriques auxquels s'ajoutent 300 heures de travail personnel guidé et 2 100 heures de stages.

[87] **La France a été mise en demeure le 24 janvier 2019 par la Commission européenne de se conformer⁶⁴ à la directive actualisée en 2013.**

[88] La question de l'intégration de ces 400 heures se pose avec d'autant plus d'acuité que la formation infirmière est déjà parmi les plus lourdes du premier cycle de l'enseignement supérieur avec un total de 5 100 heures de charge de travail pour l'étudiant si l'on intègre les 900 heures de travail personnel prévues à l'article 39 de l'arrêté. La fatigue des étudiants dans les formations de santé et paramédicales est relevée dans de nombreuses enquêtes et rapports⁶⁵ qui corroborent la parole des professionnels sur le terrain, rencontrés par la mission, tant en IFSI que dans les établissements de santé ou médico-sociaux.

[89] Pour répondre à la Commission, plusieurs pistes ont été avancées par le ministère de la santé en considérant dans un premier temps que le travail personnel complémentaire de 900 heures sur les trois années pouvait être intégré aux enseignements théorique et clinique. Dans un second temps, le ministère de la santé a souhaité revenir sur les définitions des enseignements théorique et clinique telles qu'elles apparaissent dans la directive et qui ne tiennent pas compte des évolutions récentes observées dans les formations de santé. Ces arguments n'ont pas été retenus par les autorités européennes, ce qui ne laisse pas d'autre choix que d'augmenter le volume horaire de la formation.

[90] **Au-delà du nombre d'heures, le déroulement de la formation infirmière a connu plusieurs évolutions récentes, notamment celle liée au développement du numérique en santé.** Ainsi la simulation en santé introduite en 2014 dans les modalités pédagogiques du DEI permet de réaliser des mises en situation qui reposent sur des techniques actives d'enseignement et d'apprentissage (vidéo interactives, simulateurs de tâche partielle etc.)⁶⁶. Ces exercices remplacent une situation clinique et induisent une expérience guidée qui modélise, de façon interactive, la plupart des aspects de la réalité des tâches faites en présence des patients pendant les stages. Ces simulations facilitent l'acquisition de gestes techniques par les étudiants et les familiarisent avec les processus de prise de décision face aux patients. La participation de patient experts dans les enseignements relève également de ces nouvelles modalités pédagogiques dont l'objectif est d'appréhender la réalité des contacts avec un individu sain ou malade comme indiqué dans la directive européenne.

[91] La part d'enseignement en présentiel⁶⁷ sous forme de cours magistral diminue comme c'est le cas de tous les cursus d'enseignement supérieur au bénéfice de travaux en petits groupes et

⁶³ Directive européenne 2005/36/CE du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles.

⁶⁴ Toutefois, le diplôme d'État français d'infirmier reste inscrit à l'annexe de la directive ce qui permet à ses titulaires de bénéficier de la reconnaissance automatique de leur titre de formation s'ils souhaitent s'établir dans un autre État membre de l'Union européenne ou de l'espace économique européen.

⁶⁵ Notamment rapport conjoint IGAS-IGESR n°M2022-01/2022-120, juin 2022, « Mission d'appui sur la qualité de vie des étudiants en santé (QVES) ».

⁶⁶ Voir notamment le projet SimUSanté présenté en annexe 7.

⁶⁷ Le recours, notamment depuis la pandémie, aux espaces numériques de travail qui mettent à la disposition des étudiants des ressources en ligne (MOOC, « serious game » etc.) ne cesse de s'accroître.

d'analyses de pratiques permettant une meilleure prise en compte individuelle des étudiants tout en nécessitant de plus en plus de préparation et de travail personnel de leur part.

1.3.6 Une intégration universitaire au milieu du gué : entre une reconnaissance du grade de licence conférée aux titulaires du diplôme d'État infirmier depuis 2009 et un diplôme national de licence en sciences infirmières

[92] **Les infirmiers diplômés peuvent depuis 2012 accéder à une poursuite d'études mais, selon plusieurs interlocuteurs de la mission, le grade de licence ne permet que difficilement la poursuite d'étude en master.** Dès lors, des doubles cursus de diplôme d'infirmier et de licence en sciences pour la santé sont proposés dans le cadre d'expérimentations lancées à la rentrée 2020⁶⁸.

[93] Les étudiants infirmiers doivent bénéficier de services offerts⁶⁹ par l'université partenaire de leur IFSI à laquelle ils sont inscrits et des centres régionaux des œuvres universitaires et scolaires (CROUS) pour lesquels ils s'acquittent du montant de la contribution à la vie étudiante et de campus (CVEC) depuis la rentrée 2018. Or, selon la situation géographique de l'IFSI où ils suivent leur cursus, l'effectivité des inscriptions des étudiants et les dispositifs territoriaux mis en place par les sites universitaires, ces services ne sont pas toujours accessibles.

[94] **Le recrutement d'enseignants-chercheurs est un autre enjeu majeur de l'ancrage universitaire de la formation infirmière**⁷⁰ et du déploiement de la recherche en sciences infirmières à l'instar de ce qui existe déjà dans d'autres pays européens du Nord ou encore du Canada ou des États-Unis avec la création de départements universitaires en sciences infirmières (DUSI). La constitution de cette communauté enseignante universitaire a été initiée par la création en octobre 2019 de trois nouvelles sections du Conseil national des universités (CNU) dont celle en sciences infirmières (section 92) avec un statut de mono-appartenance⁷¹ au sein des disciplines de santé.

2 Des propositions d'évolutions transversales qui sont indissociables d'une évolution en profondeur de la profession infirmière

[95] Après l'ensemble des auditions menées au niveau national et dans le cadre de ses différents déplacements, la mission est amenée à formuler des propositions qui peuvent parfois sembler s'éloigner du cœur de sa lettre de mission. Pour autant, eu égard à l'évocation spontanée de ces sujets par l'ensemble des acteurs et à la forte tension que la mission a sentie sur ces questions, il ne pourra pas être fait l'économie de traiter les différents sujets développés dans cette partie. Ils sont apparus comme des prérequis, des éléments de fondation pour les évolutions du champ de compétence des infirmiers.

⁶⁸ Cf. annexe 8

⁶⁹ La contribution à la vie étudiante et campus (CVEC), instaurée par loi n°2018-166 du 8 mars 2018 relative à l'orientation et à la réussite des étudiants (ORE), permet aux étudiants de bénéficier d'un accompagnement social, d'activités culturelles et sportives, de favoriser leurs initiatives et soutenir leurs projets associatifs. La CVEC permet également de mettre en place des actions en faveur de la santé ou du développement durable. Son montant initial à la rentrée 2018 était de 90€ (95€ pour l'année 2022-2023). En parallèle, la cotisation sociale étudiante d'un montant de 217€ a été supprimée.

⁷⁰ Cf. article de Isabelle Richard et Stéphane Le Bouler : « la création de nouvelles sections du conseil national des universités », Recherches en soins infirmiers, 2019/4 n°139 pages 8 à 11.

⁷¹ Une des justifications avancées par ses promoteurs est qu'outre le fait que les formateurs des IFSI n'ont pas d'activité clinique, les enseignants-chercheurs mono-appartenant peuvent avoir une activité clinique via un cumul d'activité ou un exercice libéral et enfin que c'est la rapidité de mise en œuvre de ces nouvelles sections du CNU qui a été privilégiée.

2.1 L'urgence à agir sur l'attractivité et les conditions d'exercice du métier en établissements de santé et médico-sociaux

[96] La plupart des personnes rencontrées par la mission ont évoqué les freins d'attractivité sur lesquels il est souhaitable d'agir si on veut retrouver un plus grand intérêt pour le métier d'infirmier et une fidélisation de la profession, particulièrement dans certains secteurs. Ceux-ci concernent principalement la rémunération et les conditions d'exercice et se manifestent avec acuité en établissement de santé.

2.1.1 Mieux prendre en compte les sujétions du métier dans la rémunération des infirmiers

[97] **Si les infirmiers rencontrés par la mission n'évoquent pas en premier lieu le sujet de la rémunération, celui-ci est largement abordé, en lien avec un niveau de responsabilité important et des sujétions particulièrement fortes, notamment en établissement.** Les mesures du Ségur n'ont pas, de ce point de vue, été considérées comme suffisantes par les professionnels. C'est un fort sentiment d'iniquité qui demeure, renforcé par l'émergence de primes catégorielles, liées ou non à la gestion de la crise Covid⁷². De façon générale, la question des primes est sensible car elles constituent une modalité de reconnaissance de l'implication des infirmiers notamment par leur engagement dans des protocoles de coopération. La réflexion sur l'intégration de certains protocoles de coopération dans le métier socle doit donc prendre en compte cette dimension.

[98] Les professionnels rencontrés par la mission réclament une remise à plat complète et un travail sur les grilles de salaire (fonction publique et conventions collectives) qui tienne compte, via des critères objectifs, des responsabilités et sujétions propres à chaque poste et qui valorise l'expérience et les compétences acquises. **Le travail de nuit, de week-end, l'exercice de certaines fonctions supplémentaires⁷³ sont des sujétions fortes à mieux prendre en compte de façon structurelle dans la rémunération des infirmiers.** La question du tutorat est de ce point de vue emblématique, la mission ayant constaté des différences de traitement très importantes : valorisation financière, récupération horaire, aucune contrepartie. Si la mission a noté la majoration exceptionnelle des taux de certaines indemnités⁷⁴, ces mesures prises pour une période courte et en période estivale vont être difficiles à évaluer dans leurs effets, et leur fin au 30 septembre risque de susciter incompréhension et déception de la part des professionnels concernés.

[99] **L'évolution de la rémunération infirmière doit s'inscrire dans un contexte de pénurie de main d'œuvre dans le secteur de la santé au niveau européen voire mondial.** En effet, l'OCDE⁷⁵, indique « *La rémunération des infirmiers aux États-Unis est plus élevée que dans la plupart des autres pays de l'OCDE, ce qui explique pourquoi les États-Unis sont en mesure d'attirer chaque année plusieurs milliers d'infirmiers venant d'autres pays* ». On ne dispose pas encore de données récentes permettant de connaître l'impact des mesures salariales du Ségur sur la place relative de la moyenne de rémunération des infirmiers en France par rapport aux autres pays. La plupart des acteurs rencontrés ont indiqué que les mesures du Ségur peinent à compenser un niveau de rémunération des infirmières françaises qui est dans la médiane des pays européens, la plupart d'entre eux ayant pris également de nouvelles mesures à la suite de la crise sanitaire. Le panorama donne l'exemple de

⁷² Prime des AS en EHPAD, primes IBODE, prime de soins critiques...

⁷³ Lors des entretiens ont ainsi été cités : des tâches administratives, l'implication des infirmiers dans la formation et le tutorat, des fonctions de référence dans divers domaines.

⁷⁴ Arrêté du 12 juillet 2022 portant majoration exceptionnelle des taux des indemnités horaires pour travail normal de nuit et de la majoration pour travail intensif dans la fonction publique hospitalière.

⁷⁵ Organisation de coopération et de développement économiques, le panorama de la santé 2021, les indicateurs de l'OCDE.

l'Allemagne : « *En Allemagne, des primes ont été accordées en 2020 au personnel infirmier travaillant en maison de retraite et en milieu hospitalier et s'occupant d'un nombre minimum de patients COVID-19 (environ un tiers des hôpitaux). En avril 2021, une prime supplémentaire a été accordée au personnel infirmier exerçant en milieu hospitalier. Les primes allaient de 500 euros à 1 500 euros en fonction du nombre d'heures travaillées. Certains Länder ont également accordé des primes supplémentaires d'environ 500 euros.* ».

[100] Dans la majorité des pays de l'OCDE, la rémunération des infirmiers se situe au-dessus du salaire moyen: le ratio moyen était à 1,2 en 2019. En France, le personnel infirmier hospitalier percevait à l'inverse un salaire inférieur au salaire moyen de l'ensemble des travailleurs (ratio de 0,9). Dans la plupart des pays, la rémunération des infirmiers augmente en valeur réelle depuis 2010, alors qu'en France elle est restée relativement stable jusqu'en 2019. Cet écart renforce la difficulté de recrutement et de fidélisation pour les établissements de santé des départements frontaliers⁷⁶. Enfin avant la pandémie, le personnel infirmier à l'hôpital percevait en France un salaire inférieur de 10 % au salaire moyen de l'ensemble des travailleurs.

[101] Une réflexion globale sur la rémunération des infirmiers devrait être conduite et intégrer, en fonction des différents lieux d'exercice, les sujétions de la profession et tenir compte des évolutions de compétences envisagées.

2.1.2 Agir de façon volontariste sur des conditions de travail fortement dégradées

[102] **Lors des nombreuses auditions menées par la mission, les conditions de travail dégradées ont été citées comme la première cause de départ du poste voire du métier d'infirmière.** Sont ainsi mis en avant, dans les établissements, un manque chronique de personnel, un *turn over* important, induisant un stress important quant à un risque d'erreur, une charge mentale dépassant la durée du service, les personnels étant souvent rappelés sur leur repos et congés pour assurer la continuité des soins. Les professionnels ont fait état d'une impossible conciliation entre leur vie personnelle et leur vie professionnelle.

[103] **Ces conditions de travail provoquent une perte de sens, les infirmiers indiquant n'avoir plus le temps de mettre en œuvre les compétences relationnelles qui constituent le cœur de leur métier et souvent de leurs motivations.** Le sentiment d'être « *des simples exécutantes qui abattent des gestes techniques* » a été évoqué par les infirmiers en établissement mais également, dans une moindre mesure, par des infirmiers libéraux. Dans une étude publiée en novembre 2021⁷⁷, la DREES détaille les contraintes auxquelles sont soumises les infirmiers et montre qu'elles sont nettement plus marquées dans le secteur hospitalier et que pour d'autres professionnels de santé. Une autre étude de juillet 2022 confirme que la crise sanitaire a encore renforcé ces contraintes⁷⁸.

[104] **La question de ratio patients par infirmière a également été soulevée à plusieurs reprises. Sans qu'elle entre directement dans le champ de la mission, elle mérite d'être mentionnée tant du point de vue de la charge de travail des infirmiers que de la sécurité des soins et la bientraitance des personnes, notamment patients et résidents.** Le fait que les patients hospitalisés, mais également en sortie d'hospitalisation, soient plus lourds à prendre en

⁷⁶ L'ARS ARA a appelé l'attention de la mission sur l'acuité des difficultés d'attractivité rencontrées par les établissements des départements frontaliers.

⁷⁷ Études et résultats, novembre 2021, numéro 1215. « *L'exposition à de nombreuses contraintes liées aux conditions de travail demeure, en 2019, nettement plus marquée dans le secteur hospitalier qu'ailleurs* ».

⁷⁸ Voir Études et résultats n° 1235, juillet 2022. « *A l'hôpital, la surcharge de travail a touché l'ensemble des familles professionnelles* ». Cette étude montre que la crise sanitaire a fortement impacté les conditions de travail à l'hôpital, alors qu'elles étaient déjà plus difficiles dans le secteur hospitalier qu'ailleurs avant la crise. Voir annexe 1.

charge depuis le virage ambulatoire fait consensus parmi les interlocuteurs de la mission. La plupart ont mis en avant des exemples de ratios mis en place dans certains pays étrangers. Au-delà de la limite quantitative du ratio qui viendrait fixer un nombre maximum de patients à prendre en charge par infirmier, c'est bien la question de la limite de charge pour pouvoir faire un bon travail, une bonne prise en soin, qui est ainsi abordée. Les acteurs, conscients des réalités économiques et du caractère rigide et réducteur du simple ratio, ont pu plaider pour des fourchettes de ratios tenant compte de variables objectives, permettant ainsi d'évaluer *in concreto* le travail effectué.

[105] **Le sujet du management, du travail en équipe est également un facteur important au-delà des projets de service et des actions en matière de qualité de vie au travail (QVT).** Ce qui ressort des entretiens menés par la mission, ce sont des acteurs qui fonctionnent, bien souvent et faute de temps dédié, de façon parallèle et cloisonnée au sein d'un service entre médicaux et paramédicaux ; les infirmiers déplorant également le peu de temps qu'ils peuvent consacrer à l'animation des équipes soignantes et de ne plus bénéficier d'un accompagnement de proximité par les cadres infirmiers.

[106] **La rigidité des organisations, notamment en établissement, ne permet pas l'agilité nécessaire à un besoin d'adaptation marqué encore plus fortement en période de crise et de pénurie de main d'œuvre.** Le sentiment de solitude et de cloisonnement crée une insécurité ressentie qui peut être suffisamment forte pour que certains préfèrent « fuir » leur poste voire leur métier. Dans ce contexte, il paraît primordial de redonner du temps au travail d'équipe : analyse des pratiques, transmissions et autres temps de réflexion pluri professionnelle autour des personnes prises en charge ou de l'organisation du travail.

[107] **En complément, les politiques sociales et de QVT pourront permettre de stabiliser et fidéliser les équipes.** Il s'agit notamment de retrouver un bien-être au travail par une meilleure articulation des temps entre le travail et la vie privée, l'accès à des prestations sociales et à des aides pour se loger et garder les enfants notamment. Il importe enfin de (re)donner une place –et une responsabilité– aux infirmières dans la définition de l'organisation du travail : planning, accueil des stagiaires et nouveaux arrivants... Cette place doit être reconnue et valorisée, par la mise en place de références pour lesquelles un temps dédié est formalisé dans leur fiche de poste, afin qu'il ne s'ajoute pas à une charge de travail déjà bien souvent jugée trop importante.

2.1.3 Encadrer le recours à l'intérim dont l'intensité engendre des effets délétères sur les organisations de travail

[108] **L'exercice en intérim a augmenté de façon constante depuis 2012** passant de 12 449 à 18 397 infirmiers en 2021 sans connaître de forte augmentation en proportion (de 2,3 % à 2,88 % du total des infirmières entre 2012 et 2021, avec un pic à 2,96 % en 2019). Qu'il s'agisse du salaire ou de l'intégration dans un collectif de travail, la question de l'intérim crée de grandes tensions au sein de ceux-ci et un malaise important parmi les professionnels. Au-delà de l'idée d'une régulation des salaires des intérimaires⁷⁹, de nombreux interlocuteurs, notamment en établissements de santé, publics et privés, souhaitent que cette possibilité d'exercice ne soit pas ouverte aux jeunes diplômés mais qu'un nombre d'années d'exercice en établissement soit nécessaire à l'instar de l'installation en libéral. Une expérience de 2 à 3 ans permettrait à ces jeunes diplômés de développer les compétences techniques et d'adaptation nécessaires à l'exercice en intérim. Le projet de loi de financement de la

⁷⁹ Aujourd'hui ce plafonnement n'existe que pour l'intérim médical depuis la loi de 2016 et est très peu (voire pas) appliqué.

Sécurité sociale (PLFSS) comporte une disposition visant à « *encadrer l'intérim des professionnels de santé en établissement* ».

[109] Par ailleurs, les motivations avancées par les personnes qui travaillent en intérim : moins de pression, choix dans son emploi du temps, congés assurés, refus de certaines sujétions, meilleurs salaires sont autant d'indications sur les leviers à actionner pour rendre attractif les postes d'infirmier en établissement.

Recommandation n°2 Conditionner l'exercice infirmier en intérim à l'exigence d'une expérience minimum préalable pour y accéder.

2.2 Des évolutions visant à adapter la formation infirmière dans le cadre de l'intégration universitaire

[110] Les enjeux d'attractivité et de fidélisation de la profession d'infirmier débutent dès la formation. Les adaptations de la formation doivent s'inscrire dans la mise en œuvre d'une intégration universitaire pour l'instant inachevée. Les évolutions de la formation et de sélection des étudiants doivent prendre en compte les exigences de transformation du système de santé et la nécessité de coopération interprofessionnelle notamment en conciliant formation professionnalisante et formation par et à la recherche.

2.2.1 Des outils de pilotage indispensables au suivi et à la maîtrise de la sélection et de la qualité de l'offre de formation

[111] Les enjeux de pilotage de la sélection et du suivi des étudiants en formation d'infirmier jusqu'à la diplomation nécessitent de disposer de données fiables, détaillées et récentes. Cela suppose un travail de fiabilisation mené conjointement par la DREES et le SIES comme proposé en recommandation n°1.

[112] En outre, il convient d'inclure dans cet objectif d'un meilleur pilotage de la sélection, l'évolution de la définition des quotas fixant le nombre de places en première année en tenant compte du niveau de diplomation atteint par les IFSI.

Recommandation n°3 Modifier la programmation du nombre maximum d'étudiants à admettre en première année d'études préparatoires au diplôme d'État d'infirmier :

- en élargissant la concertation aux universités et IFSI ;
- en prenant en compte toutes les données statistiques notamment sur les taux de diplomation ;
- en optimisant l'affectation des places créées sur les trois années de formation y compris en adaptant le pourcentage réservé à la voie de la formation professionnelle continue.

2.2.2 La qualité de la sélection des étudiants, une des conditions essentielles de réussite du processus de formation

[113] Si la mission a pu entendre de nombreuses critiques, rarement objectivées, sur les effets négatifs de la sélection via Parcoursup, elle note qu'elles ne sont pas unanimes et qu'il convient d'en conserver les acquis : la visibilité donnée aux études d'infirmier au sein de l'offre de formation universitaire et en conséquence une attractivité remarquable et la capacité à pourvoir toutes les places offertes y compris quand elles sont en hausse (ce qui n'était pas le cas auparavant) et de

rompre avec le système de concours et de préparation aux concours coûteux pour les familles. Cela n'exclut pas de poursuivre les améliorations déjà mises en œuvre ces deux dernières campagnes afin de mieux maîtriser et professionnaliser cette sélection.

2.2.2.1 Renforcer les actions d'information et d'orientation en amont et assurer une sélection plus qualitative

[114] **L'information et l'orientation vers la formation d'infirmiers sont des enjeux importants pour améliorer la sélection via une politique globale d'information organisée dans les académies par les services d'orientation.** En amont de la procédure de rédaction des vœux, les actions notamment en lycée doivent être renforcées afin de permettre de travailler sur les représentations réalistes sur le métier et les parcours professionnels possibles. **L'amélioration passe également par un rapprochement des acteurs via des actions conjointes** comme les journées portes ouvertes dans les IFSI à articuler avec le Printemps de l'orientation⁸⁰. Pour aller plus avant dans l'accompagnement des élèves, il convient également que les IFSI affinent leur stratégie de sélection des étudiants en développant un travail en synergie avec les rectorats à l'échelon régional dans l'objectif d'une connaissance réciproque approfondie des programmes et référentiel de formation des élèves, des étudiants, des évolutions de la formation dans le cadre des réformes.

[115] Parmi les principales actions à mener, pour essayer de mieux répondre à l'évaluation de la motivation des candidats, la mission a étudié la faisabilité et les impacts d'introduction d'un oral souvent évoquée en cours de procédure de Parcoursup. Or, dans le calendrier extrêmement serré du dispositif et compte tenu de l'ampleur des ressources à mobiliser, il n'est pas possible pour les instituts d'organiser une pré sélection et un oral. De plus, cela réintroduit pour les instituts et pour les familles de fortes dépenses. Enfin, le risque de discrimination sociale du retour d'une année supplémentaire de préparation payante comme pour certaines formations médicales et paramédicales n'est pas négligeable. Enfin, les candidats sélectionnés en nombre plus restreint après l'oral sont susceptibles d'opter pour d'autres filières ; les IFSI seraient alors confrontés à la gestion de milliers de places libérées en phase complémentaire en juillet et août.

[116] **Les instituts, à travers les commissions d'examen des vœux, définissent les critères⁸¹ d'examen des projets de formation.** Ce travail doit être renforcé avec une étude attentive du projet motivé des candidats croisée avec les appréciations des enseignants, du professeur principal et du chef d'établissement.

[117] Lors de la phase de préparation des inscriptions dans Parcoursup, il serait nécessaire de proposer aux candidats un test⁸² d'auto-positionnement comme il en existe pour la filière STAPS⁸³ dans les universités.

⁸⁰ Le printemps de l'orientation permet l'intervention d'anciens élèves, qui présentent leur parcours dans le cadre d'une visioconférence à des élèves de seconde et de première. Chaque année, cette action d'information est complétée par l'intervention de professionnels ou d'étudiants en IFSI. Ce travail de liaison entre établissements scolaires et du supérieur s'inscrit généralement dans une impulsion du recteur délégué à l'ESRI lorsqu'il existe et vise à infléchir les représentations des acteurs.

⁸¹ Il s'agit de définir le poids donné à différents critères comme le type de baccalauréat, les spécialités, le projet, les expériences extra-scolaire...

⁸² Les données sont traitées de manière totalement anonyme et ne peuvent pas être utilisées par les CEV. Le test a pour objectif de permettre aux candidats d'estimer rapidement leurs chances de réussite dans la formation souhaitée.

⁸³ Sciences et techniques des activités physiques et sportives

Recommandation n°4 Renforcer l'information sur la formation et le métier d'infirmier en développant des partenariats IFSI-EPLE pour accompagner les projets d'orientation. Proposer un test d'auto-positionnement à destination des lycéens.

2.2.2.2 Améliorer et faciliter la voie d'accès de la formation professionnelle continue

[118] Comme indiqué *supra*, malgré les améliorations apportées tant en phase principale que dans la gestion des désistements du dispositif Parcoursup, l'objectif demeure de réduire autant que possible les affectations tardives qui peuvent occasionner une insuffisance du niveau académique et de motivation des étudiants retenus. **En priorité, il s'agit de limiter les désistements des candidats au titre de la formation professionnelle continue :**

- Le premier enjeu est d'obtenir des décisions de financement des organismes financeurs (OPCO, ANFH) plus tôt et compatibles avec les attentes des candidats et un calendrier garantissant la qualité de la sélection. La mission propose que les ministères chargés de l'enseignement supérieur, de la santé et du travail procèdent à une révision des procédures, en lien avec les parties prenantes, afin d'aboutir dès la campagne Parcoursup 2023.
- Par ailleurs, en miroir à la visibilité donnée à l'accès via Parcoursup, il serait indispensable d'examiner les conditions de faisabilité de la création d'une plateforme nationale fournissant l'ensemble des informations sur la voie d'accès de la FPC, tant sur les différentes conditions et démarches générales que sur les modalités de sélection propres à chacun des IFSI.

[119] Ces deux dernières actions portant sur la sélection des étudiants conditionnent fortement le développement de la promotion professionnelle et le maintien de la diversification du vivier des étudiants.

Recommandation n°5 Développer la voie d'accès à la formation professionnelle continue en IFSI en révisant le calendrier des décisions de financement des OPCO et de l'ANFH et en examinant les conditions d'une meilleure information des candidats des modalités de sélection de tous les IFSI.

2.2.2.3 Mieux connaître les déterminants de la mobilité étudiante afin d'en déterminer l'ampleur et les éventuelles conséquences

[120] Dans Parcoursup, le dispositif de limitation à cinq vœux a déjà permis d'adapter aux IFSI le principe de recrutement national attaché aux formations sélectives en restreignant les possibilités de vœux dans toute la France des candidats. Une « préférence » académique n'est possible que pour les formations non sélectives en tension⁸⁴ avec la fixation « ... (d) *un pourcentage maximal de bacheliers retenus résidant dans une académie autre que celle dans laquelle est situé l'établissement...* » (article L612-3 du code de l'éducation). L'application d'une mesure de cette nature nécessiterait donc une disposition législative. La mission à ce stade n'est pas favorable à une évolution de ce type qui nécessite d'abord un diagnostic sur la réalité, les raisons et les effets de la mobilité des étudiants.

[121] Par ailleurs, **les mutations entre IFSI doivent être encadrées et instruites de manière transparente pour l'ensemble du réseau des instituts et en dehors des procédures de Parcoursup.**

⁸⁴ C'est le cas des licences générales comme celles de STAPS ou le parcours d'accès spécifique santé (PASS) et la licence « accès santé » (L.AS).

2.2.2.4 Valoriser davantage la fonction de coordonnateur des regroupements d'IFSI constitués pour Parcoursup

[122] Un autre frein à la professionnalisation du processus de sélection est celui des ressources humaines mobilisées tout au long du processus dans un réseau d'IFSI atomisé. L'organisation retenue avec une quarantaine de regroupements de ces 330 structures attribue un rôle essentiel à leur responsable, le coordonnateur, dans le pilotage et la maîtrise des dispositifs de sélection, en interface première avec les directions des instituts mais aussi avec les tutelles nationales et régionales. Il s'agit d'une fonction qui demande une bonne expertise des divers processus, une grande maîtrise de l'outil Parcoursup et une stabilité afin de bénéficier de l'expérience acquise. Cette fonction nécessite des mesures concrètes de reconnaissance financière et statutaire afin de valoriser l'implication et la responsabilisation de ces acteurs clés.

Recommandation n°6 Renforcer l'organisation et les missions des regroupements d'IFSI constitués pour Parcoursup en confortant le rôle des coordonnateurs et en valorisant leurs fonctions.

2.2.2.5 Diversifier les publics en favorisant les passerelles

[123] La diversification du profil des étudiants infirmiers favoriserait la persévérance dans le cursus de formation et la fidélisation des futurs professionnels et est souvent bénéfique à la dynamique du processus de formation. Il convient de développer toutes les formes de passerelles que cela soit par la voie de la FPC comme vu précédemment pour les aides-soignants mais aussi à destination d'autres étudiants comme ceux provenant de la première année d'accès aux études de santé, le parcours d'accès spécifique santé (PASS) ou la licence « accès santé » (L.AS), mais également au-delà des étudiants d'autres filières, et ce rapidement, en cours de L1 notamment. **Les aspirations des étudiants évoluent, la formation d'infirmier doit s'adapter en favorisant ces passerelles et en déployant davantage de parcours permettant une plus grande évolution et mobilité au sein des carrières du soin.** Une telle réflexion doit être menée avec les responsables universitaires de l'ensemble des formations de premier cycle.

2.2.2.6 Créer ou adapter les dispositifs d'accompagnement individualisé

[124] Tous les acteurs soulignent la réalité des difficultés rencontrées par certains étudiants dans leurs études qui peuvent être amplifiées par une fragilité sociale et/ou financière tout comme par les difficultés objectives liées aux stages (*cf. supra*). La mission a pu constater dans les IFSI interrogés l'investissement important des instituts et l'engagement de leurs formateurs dans des actions d'accompagnement pédagogique individualisé. En prolongement des opérations de sélection et d'accueil, il est nécessaire de multiplier des mesures visant d'abord à disposer d'éléments précis sur le profil des étudiants, le déroulé de leur formation, en particulier pendant et au retour des stages, et de « *mettre en place des procédures de repérage et d'accompagnement des étudiants en difficulté* »⁸⁵. La mission préconise également le développement du tutorat étudiant notamment entre étudiants infirmiers et étudiants des autres filières de santé, ces derniers ayant déjà acquis une forte expérience sur ce type d'accompagnement entre pairs.

⁸⁵ Recommandation n°9 du rapport conjoint IAS et IGÉSR n° M2022-01/2022-120 de juin 2022, « Mission d'appui sur la qualité de vie des étudiants en santé ».

[125] La capacité des équipes de formateurs à accompagner tous les étudiants suppose une activité exigeante et des priorités en termes de mobilisation de moyens affectés à ces tâches et adaptés aux profils des étudiants recrutés. Dans ce cadre, les questions de savoir quels bacheliers peuvent réussir, à quelles conditions et des prérequis scientifiques nécessaires sont souvent posées. Au vu du nombre croissant de bacheliers professionnels, de la fragilité, souvent constatée, de leur parcours de formation et des éléments statistiques à disposition, la mission estime que la capacité de l'IFSI à les accompagner doit être un critère majeur pour les décisions de sélection à prendre par les CEV.

2.2.3 Améliorer la professionnalisation de la formation en trois ans et consolider son attractivité

[126] Lors de ses investigations, la mission a relevé les tensions qui demeurent et sont souvent caricaturées d'une formation qui serait trop théorique, en particulier s'agissant de la partie académique universitaire⁸⁶, et d'un déficit de la formation pratique. En réalité, la formation clinique et la maîtrise professionnelle se nourrissent de savoirs théoriques préalables. L'équilibre entre formation académique dispensée par l'université et formation professionnalisante dispensée par l'IFSI suppose une collaboration entre deux univers jusqu'ici plus cloisonnés qu'articulés.

2.2.3.1 Vers un référentiel moins prescriptif et structuré en blocs de compétences

[127] **Le consensus de l'ensemble des interlocuteurs de la mission conduit à proposer une refonte en profondeur du référentiel de 2009.** Il serait d'ailleurs nécessaire de substituer à une réingénierie tardive, ici plus de douze années après, une actualisation plus rapprochée. Un rythme de révision, toutes les cinq années, permettrait d'être en phase avec les calendriers du répertoire national des compétences professionnelles (RNCP) et de la contractualisation avec les universités. Ce travail pourrait être facilité par l'instauration d'un comité de suivi⁸⁷ qui, chaque année, recueillerait les avis et évaluations, notamment celles du HCERES, établirait une veille permanente sur les évolutions de l'exercice et des compétences assorties, et préparerait ainsi les modifications à apporter au référentiel.

[128] Sur la base des recommandations du présent rapport, il appartient à l'ensemble des parties prenantes de refondre ce référentiel au sein d'un groupe de travail réunissant en particulier des représentants-experts des deux ministères concernés, des directions et formateurs d'IFSI, des enseignants-chercheurs des universités et des professionnels. Une composition qui devrait être retenue pour le travail amont quant à la définition du référentiel de compétences et du référentiel d'activités, à revoir en fonction des arbitrages sur le champ de compétences des infirmiers (*cf. infra* partie 3).

[129] **Quelques principes doivent guider cette refonte** en se fondant sur l'objectif d'un référentiel moins prescriptif et offrant aux responsables universitaires et des instituts la souplesse nécessaire pour une meilleure adaptation aux axes et objectifs de leur stratégie de formation, aux réalités du territoire et au profil de leurs étudiants ainsi qu'une attention spécifique au développement de plages de formation communes avec les autres formations de santé et paramédicales :

⁸⁶ D'après un étudiant auditionné : « Les contenus des cours dispensés par l'université ne sont pas toujours directement utiles pour notre formation. Ils sont sans valeur ajoutée avec des cours hors de portée avec des supports (diaporamas) faits pour les étudiants de médecine ».

⁸⁷ Sa composition serait celle retenue pour le groupe de travail sur la refonte du référentiel (*cf. infra*) dans un format restreint.

- Dans le cadre d'une plus grande intégration universitaire, le référentiel devrait permettre de **délivrer le diplôme de licence** (cf. *infra* partie 2.2.4) par les universités support des formations conformément aux arrêtés du 30 juillet 2018 relatif au diplôme national de licence et du 6 décembre 2019 portant réforme de la licence professionnelle.
- En contrepartie de la plus grande souplesse du référentiel, la formation infirmière **fera l'objet d'une évaluation a posteriori, systématique et effective par le HCERES** dans le cadre des campagnes de contractualisation des universités. Cette évaluation doit être le garant de la qualité de la formation professionnelle délivrée et considérée comme un des leviers premiers pour l'amélioration du référentiel.
- Conformément à la loi pour la liberté de choisir son avenir professionnel du 5 septembre 2018 et aux arrêtés concernant les licences citées supra, **le diplôme et la formation seront composés de blocs de connaissances et de compétences.**
- **Le référentiel ne fera état que du volume horaire total des trois années de la formation en conformité avec les exigences de la directive européenne** et de l'acquisition de 180 crédits européens (ECTS) pour les diplômés. De manière à préserver la construction de parcours de réussite personnalisé, il est opportun de ne réglementer ni le volume horaire, ni le nombre de semaines de stage ni les crédits ECTS à acquérir pour chacun des six semestres de la formation. L'approche privilégiée par les crédits ECTS permet également de s'adapter aux méthodes pédagogiques très différenciées et évolutives.
- **Le référentiel de formation doit permettre aux étudiants de bénéficier d'un cursus qui les initie aux principaux enjeux de la recherche et aux méthodes scientifiques.**
- La refonte du référentiel doit bien entendu répondre aux évolutions actuelles du métier notamment en termes de transformation numérique.
- Une attention tout particulière sera portée à l'évaluation afin de garantir le niveau de connaissance et de technicité attendu tout en respectant **un impératif de mesure dans le nombre d'évaluations.**

[130] Par ailleurs, **le portfolio doit être conçu et utilisé comme un véritable outil pédagogique au service de l'alternance** conduisant à une collaboration entre formateurs des IFSI et tuteurs en favorisant les échanges et les partages et confrontation de savoirs. Pour cela il doit intégrer les dimensions de soins et de maîtrise de gestes techniques. Enfin sa vocation pédagogique doit être accompagnée auprès des professionnels utilisateurs afin de conserver sa dimension d'apprentissage et ne pas être dévoyé par un usage exclusif comme outil d'évaluation

Recommandation n°7 Réviser le référentiel de formation de 2009 tenant compte des arbitrages relatifs à l'exercice de la profession infirmière et en respectant trois grands principes : la conformité avec les exigences du diplôme national de licence, un caractère moins prescriptif et une évaluation par le HCERES.

2.2.3.2 Un maintien de la durée de formation en trois ans qui entre en tension avec le cadre communautaire et l'évolution nécessaire des compétences infirmières

[131] Au cours de ses investigations, la mission a identifié des actes et des missions qui pourraient intégrer le métier socle pour répondre aux besoins de santé (cf. partie 3). Si, environ la moitié des pays européens⁸⁸ ont une durée de formation infirmière supérieure à trois ans, ce qui va parfois de pair avec un champ de compétences élargi (Espagne), la mission ne recommande pas de privilégier cette orientation à court terme, eu égard aux tensions actuelles sur le système de santé. **Aussi, si les compétences infirmières évoluent, que le métier socle est enrichi et que la durée de formation ne peut être augmentée, une nouvelle réingénierie du référentiel de formation et la priorisation des contenus devra être engagée.**

[132] Concernant la formation, plusieurs arguments militent pour le maintien de sa durée en trois ans :

- La formation infirmière est ainsi parfaitement inscrite dans le schéma de l'offre de formation en France et conforme à l'organisation européenne des études supérieures en 3, 5 et 8 ans après le baccalauréat, correspondant aux diplômes nationaux de licence (L), master (M) et doctorat (D).
- Cela permet de graduer la formation socle d'IDE par rapport à la formation d'infirmier en pratique avancée (IPA) et spécialisé de niveau master.
- Cela évite une année « blanche » sans sortie de diplômés en cas d'allongement des études et les coûts que cela engendrerait.
- Cela écarte le fort risque de bouleverser voire de perdre le vivier de candidatures à l'entrée dans les IFSI comme il a été constaté dans d'autres formations professionnelles passées de trois à cinq années.

[133] **Au vu de la mise en demeure de la France, le respect de la directive européenne implique de porter la formation à 4 600 heures dont 2 300 heures d'enseignements cliniques.** Dans ce cadre, la mission propose que la formation comporte 2 300 heures de formation clinique, stages et exercices de simulation en santé, et 2 300 heures d'enseignement théorique dont 500 heures de travaux personnels et collectifs encadrés qui devront se substituer autant que possible aux heures de travail personnel complémentaire (estimé par l'arrêté de 2009 à 900 heures). Les travaux personnels et collectifs encadrés doivent favoriser l'accompagnement personnalisé, la progression dans la professionnalisation des élèves infirmiers en créant des séquences qui croisent les deux temps de formation spatialement distinctes (instituts et universités / lieux de stage) et obligent à une collaboration active entre formateurs et tuteurs avec les étudiants ; séquences qui participent grandement à la réussite de la formation en alternance. Elles seront également l'espace pour l'organisation d'un travail commun avec des étudiants d'autres filières de santé sous forme de pédagogie par projet.

[134] La mission appelle l'attention sur la lourdeur horaire de cette réorganisation, qui pourrait représenter une augmentation du temps de travail de quatre semaines de 35 heures chaque année (soit 44 semaines de travail par an), hors travail personnel. Il convient donc de bien veiller à adapter

⁸⁸ Source OMS.

les heures de travail personnel et collectif encadré pour assurer une charge de travail soutenable pour les étudiants.

Recommandation n°8 En conformité avec la directive européenne et pour respecter une durée globale de formation de trois ans, réorganiser la formation pour atteindre 4 600 heures dont 2 300 heures de formation clinique, stages et exercices de simulation en santé, et 2 300 heures d'enseignement théorique dont 500 heures de travaux personnels et collectifs encadrés.

2.2.3.3 Améliorer l'accueil et renforcer l'encadrement en stage

- **Utiliser tous les leviers pour mobiliser les formateurs et les encadrants de terrain**

[135] **L'impératif d'encadrement des stagiaires nécessite de** valoriser la fonction de tuteur, par un mécanisme indemnitaire ou au travers de compensations horaires. C'est également une mission à reconnaître dans le parcours des personnels, en encourageant la formation des tuteurs et le cas échéant la certification relative aux compétences de maître d'apprentissage / tuteur. Cette organisation est indispensable afin d'assurer plus sereinement et efficacement le rôle de formateur et *in fine* garantir la qualité de la formation infirmière. Cela suppose notamment une implication forte de la direction des soins en établissement de santé.

[136] **Mieux préparer les stages en amont, leurs attendus, assurer un accueil de qualité aux stagiaires suppose aussi des liens étroits avec les formateurs des IFSI.** Il s'agit d'instaurer un dialogue régulier et structuré : une association des professionnels de terrain aux commissions pédagogiques des IFSI, l'incitation à développer des visites des stagiaires par les référents IFSI sur les lieux de stage pour appréhender leur déroulement ou les éventuelles difficultés rencontrées. Il s'agit de s'assurer conjointement de la bonne progression pédagogique des stagiaires, en prenant appui sur le portfolio de l'étudiant.

- **Assouplir les modalités de stage et développer l'apprentissage**

[137] **La complémentarité entre période théorique et période de stages est un aspect fondamental.** Placé trop tôt la première année, le stage est peu sollicité par les hôpitaux qui éprouvent des difficultés à accueillir des stagiaires qu'ils auront d'autant plus de mal à encadrer en début de formation. À l'opposé, placé trop tard, il retarde le moment où l'étudiant sera confronté à la réalité de son futur métier et où il pourra confirmer (ou non) son projet professionnel. L'organisation d'un premier stage au premier semestre pour permettre à l'étudiant d'appréhender son futur environnement professionnel après des premiers travaux pratiques sous forme de simulation semble incontournable.

[138] Sur le terrain, si le parcours de stage et la diversité des situations approchées ne sont pas discutés, des assouplissements sont sollicités sans réduire le volume global des stages :

- Il pourrait être envisagé de réduire le volume de stages en première année, à consacrer plutôt aux apprentissages théoriques, tout en renforçant le nombre de semaines de stage la troisième année. Les progrès du numérique permettent également d'envisager le développement de la simulation qui peut pallier en première année une diminution de la partie réservée aux stages.

- Les étudiants ont également souvent mis en avant la durée du stage de dix semaines. Prévoir la possibilité de réduire ces périodes pourrait rendre plus agile l'articulation entre théorie et pratique, augmenterait le nombre de lieux de stage, appréciés pour leur diversité d'approche. De plus, dans l'éventualité d'un stage qui ne se déroule pas bien ou au contenu moins riche, son impact négatif en serait atténué. Ces évolutions qui concernent seulement le rythme des stages nécessitent un assouplissement réglementaire. Il devrait être laissé la latitude de répartition des stages sur les six semestres aux acteurs locaux, formateurs comme établissements d'accueil.

[139] Par ailleurs, **la fidélisation des stagiaires pour en faire de futurs recrutés amène les établissements à envisager un développement de la formation sous statut d'apprenti**. La signature d'un contrat et une rémunération durant la formation sont en effet des éléments à mettre en avant en termes d'attractivité⁸⁹, complémentairement aux dispositifs déjà existants dans certaines régions, tels les contrats d'allocation d'études. Confrontés aux difficultés de recrutement, les employeurs sont demandeurs d'une palette plus large de dispositifs à même d'attirer et de fidéliser les étudiants en amont de leur diplomation.

[140] Développer un dispositif alliant une partie de la formation sous le statut actuel, et une partie, la troisième année, en apprentissage lorsque le projet professionnel s'affine.

[141] Cela supposera un travail en profondeur associant l'ensembles des acteurs : professionnels, IFSI, universités, et les opérateurs de compétences concernés, pour identifier les freins et les sources de financement nécessaires. Cette question se pose tant pour les employeurs privés que publics.

● Mobiliser tout le vivier des lieux de stage

[142] Les témoignages de nombre de professionnels de terrain ou d'IFSI rencontrés par la mission ont montré que la recherche de terrain de stage n'est pas optimale. Au-delà des relations habituelles construites avec quelques employeurs de proximité, il n'existe pas de dispositif de recensement des stages possibles et aucun acteur n'a cette responsabilité. Ce sujet prend une importance particulière au moment où les capacités d'accueil en IFSI sont en augmentation. Il y a donc nécessité de généraliser des dispositifs comme celui indiqué à la mission dans la région Grand Est d'un coordinateur de stage financé par l'ARS et/ou de mettre en place un dispositif ad hoc associant localement, au sein de chaque région, l'ensemble des acteurs concernés, pour mieux recenser les offres de stage. Les employeurs sont des acteurs incontournables à impliquer dans ce cadre.

[143] Par ailleurs, il serait important d'inciter financièrement l'offre de stages en libéral sur le modèle de ce qui existe pour les maîtres de stage des universités en médecine générale. En effet, aujourd'hui, seul l'infirmier formé au tutorat et adhérent peut bénéficier d'une rémunération complémentaire d'un montant de 150 euros par mois s'il s'est engagé, à titre optionnel, dans le contrat démographique, à accueillir dans son cabinet un étudiant infirmier stagiaire à temps plein pendant la durée de son stage de fin d'études. Cette rémunération n'est donc possible actuellement que pour les IDEL en zone très sous dotée.

[144] L'éloignement des lieux de stage pour certains IFSI, notamment ceux situés en milieu rural, doit faire également l'objet d'une attention particulière pour déclencher les mécanismes d'aides sociales ou aux transports déjà existantes financées par les collectivités territoriales.

⁸⁹ L'apprenti est sous le statut salarié et à ce titre bénéficie de cinq semaines de congés, ce qui laisse peu de temps de repos au sein d'une formation déjà très lourde.

Recommandation n°9 Renforcer l'encadrement des stages en reconnaissant et valorisant la fonction de tuteur de stage. Créer dans toutes les régions des dispositifs de coordination de stage au niveau des groupements de coopération sanitaire, avec pour objectif de développer et de diversifier l'offre de stages.

2.2.4 Poursuivre l'intégration universitaire de la formation

[145] **Mettre en place une véritable licence en sciences pour la santé, mention sciences infirmières, en lieu et place de l'actuel diplôme d'État d'infirmier, renforcerait la reconnaissance et l'attractivité de la formation.** Cela suppose de confier aux universités l'organisation et la délivrance du diplôme dans le cadre du référentiel et de la réglementation définis nationalement. Cette licence sera inscrite de droit au répertoire national des certifications professionnelles (RNCP) et permettra d'exercer la profession d'infirmier au même titre que le DEI aujourd'hui. L'université sera ainsi pleinement reconnue dans sa mission. Cela s'inscrit dans un mouvement déjà initié pour d'autres formations paramédicales. Symboliquement l'université, et plus particulièrement son unité de formation et de recherche (UFR) de médecine, a vocation à évoluer dans sa dénomination, comme certaines l'ont déjà fait, en créant des UFR de santé, afin de réunir dans un même ensemble tous les étudiants qui poursuivent des études dans le domaine de la santé.

[146] **Sur le plan pédagogique et structurel, il ne s'agit toutefois pas de supprimer les IFSI mais d'en faire de véritables opérateurs de formation,** qui renforceraient leur positionnement sur la formation continue et seraient étroitement articulés à l'université avec laquelle chacun conventionne déjà. Il convient en effet de conserver un maillage territorial important, en proximité avec les employeurs potentiels.

[147] Affirmer le caractère universitaire de la formation implique plusieurs mesures concrètes :

- Initier un pilotage pédagogique coordonné composante universitaire de santé-IFSI quant à l'élaboration des contenus pédagogiques, le suivi des étudiants, les modalités d'évaluation. À terme, il appartiendra aux instances de l'université de valider l'ensemble de la formation, ses contenus et les modalités de contrôle des connaissances. Les règles particulières de délivrance du diplôme de licence par les IFSI à statut privé seront à définir⁹⁰.
- Assurer la représentation des IFSI (direction, formateurs) dans la gouvernance de l'UFR en faisant évoluer ses statuts.
- Sur le modèle des enseignants de médecine générale introduit par la loi de 2008, un dispositif de type bi-appartenance est préconisé afin de faciliter l'intégration progressive des sciences infirmières à l'université, pour permettre d'allier les charges d'enseignement, de recherche et d'exercice professionnel, et ainsi éviter la forme de rupture entre enseignants et professionnels de terrain, telle qu'elle a pu être décrite à la mission durant les auditions. La complémentarité entre les enseignements théoriques et cliniques serait ainsi mieux assurée, et conforme à l'esprit du référentiel.

[148] **Le statut d'étudiant sera alors plein et effectif,** en regard de la situation actuelle où il demeure assez théorique. Il suppose de la part des universités, par un travail de collaboration plus abouti avec les IFSI et renforcé avec les quarante regroupements, de fluidifier les opérations administratives liées à l'inscription de ces étudiants, souvent très tardives, qui les privent de

⁹⁰ Par exemple sur le modèle de la délivrance de diplôme d'État par des établissements d'enseignement supérieur privé avec la mise en place de conventions ou de jurys rectoraux (article L613-7 du code de l'éducation).

l'ensemble des services rendus aux étudiants (plateforme d'échanges numériques, accès au service de santé, au service de documentation, à l'offre culturelle).

[149] À mesure que l'intégration universitaire de la formation infirmière progresse et que les sciences infirmières se déploient, la composition des équipes de formation devra évoluer.

Dans une logique d'harmonisation des cursus des infirmiers en pratique avancée ou des trois spécialités, des enseignants-chercheurs en sciences infirmières, la formation des cadres de santé dont la réingénierie est à relancer, devrait être modifiée. Le diplôme de master⁹¹ permet désormais à son titulaire d'être agréé en tant que directeur d'IFSI au même titre que le diplôme de cadre de santé⁹². La plupart des IFSI ont déjà signé des conventions avec les universités pour associer au diplôme de cadre de santé un diplôme de master en management de la santé validé au terme d'un double cursus (le diplôme de cadre de santé correspondant actuellement au niveau master première année).

[150] Enfin, la diplomation par l'université aura des conséquences importantes que la mission n'a pas traitées dans le temps imparti notamment en termes de financement, d'évolution du statut des instituts, de pilotage territorial de l'offre de formation infirmière dans un cadre plus global des formations sanitaires et sociales, d'agrément des IFSI, de politique immobilière, etc. Aussi, la mission préconise que l'ensemble de ces sujets soit traité dans une mission conjointe IGAS et IGESR sur l'universitarisation des formations paramédicales.

[151] D'ores et déjà, un travail préparatoire réunissant le recteur de région, le directeur de l'ARS, le président de la collectivité régionale et des présidents des universités qui accueillent ces formations permettrait de traiter de tous les sujets concernant la sélection et la formation des infirmiers sur le territoire régional, de créer les conditions d'un pilotage partagé et de simplification des circuits de décision et de financement.

Recommandation n°10 Achever l'intégration universitaire du cursus infirmier en allant vers une diplomation universitaire reposant sur un diplôme national de licence en sciences pour la santé mention sciences infirmières. Pour soutenir cette intégration, créer à court terme un statut d'enseignant-chercheur clinicien en sciences infirmières en attendant que les conditions soient réunies pour évoluer vers un statut bi-appartenant.

2.3 L'enjeu majeur du développement d'une culture partagée entre professionnels de santé

2.3.1 Favoriser la coopération entre professionnels de santé dès la formation

[152] Former les étudiants infirmiers avec ceux des autres cursus de santé autour de cours mutualisés et de mises en situations professionnelles est la stratégie à privilégier. Non seulement elle correspond aux attentes des étudiants et des professionnels que la mission a rencontrés, mais de plus, elle permet une proximité, des habitudes de travail collaboratif et une connaissance réciproque nécessaire à l'exercice pluri-professionnel qui est une des voies principales d'amélioration de la qualité du système de santé. Les nouvelles modalités pédagogiques, reposant sur un recours accru au numérique par le biais de la simulation, démultiplient ces possibilités.

⁹¹ Dans les domaines de la santé, des sciences de l'éducation ou du management.

⁹² Arrêté du 10 juin 2021 portant dispositions relatives aux autorisations des instituts et écoles de formation paramédicale et à l'agrément de leur directeur en application des articles R.4383-2 et R. 4383-4 du code de la santé publique.

[153] **Une partie des expérimentations⁹³ de mutualisation et d'échanges entre les études de santé universitaires et les études paramédicales lancées dès la rentrée 2020, dans le cadre du décret n°2020-553 du 11 mai 2020, ont conduit à la mutualisation d'enseignement entre première année d'IFSI et des formations de santé** (option en sciences infirmières du PASS et LAS en sciences pour la santé, mention sciences infirmières).

[154] D'autres expérimentations portent sur l'obtention du DEI et du diplôme national de licence en sciences pour la santé, mention sciences infirmières grâce à des équivalences entre unités d'enseignement des deux cursus. Ce double cursus renforce l'intégration universitaire de la formation infirmière, favorise les poursuites d'études au niveau master et doctorat et son organisation fait qu'une partie de la formation est commune avec celle d'autres professions médicales.

Recommandation n°11 Créer ou mutualiser lorsqu'ils existent, les enseignements communs aux différentes formations en santé et paramédicales ainsi que les exercices de mises en situations par le biais de simulations.

2.3.2 Assouplir et accompagner les cadres de coopération interprofessionnels

[155] La connaissance et la reconnaissance mutuelles des professionnels de santé passe par des cadres de coopération de l'exercice professionnel qui favorisent l'échange et l'analyse autour des besoins en santé d'un territoire ou des situations individuelles des personnes prises en charge.

[156] **Le gouvernement a fait du doublement du nombre de maisons de santé et de centres de santé une priorité de son action** avec un objectif chiffré de 2 700 maisons et centres à fin 2022. En effet, le modèle pluri professionnel de structure d'exercice coordonné fait l'objet d'une dynamique de développement et de promotion soutenue dans le cadre des mesures gouvernementales en ce qu'il permet une prise en charge globale de la personne. À terme, l'exercice isolé doit faire figure d'exception. Ces mesures rejoignent l'aspiration majoritaire des professionnels rencontrés par la mission qui souhaitent travailler davantage en équipe ou dans des relations plus formalisées mais moins verticales entre professionnels de santé et notamment infirmières, médecins généralistes. Pourtant, comme le relevait le rapport IGAS « Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé », « *en France, l'exercice regroupé pluriprofessionnel concernait en 2018 moins de 10 % des médecins généralistes libéraux⁹⁴ et environ 8 % des professionnels paramédicaux* ».

[157] **La dynamique de coopération est renforcée par la création des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)**. Dispositif souple à la main des professionnels qui veulent travailler ensemble pour répondre aux besoins de santé spécifiques d'un bassin de population, elles contribuent à une meilleure coordination de ces professionnels ainsi qu'à la structuration des parcours de santé des usagers, patients et résidents. Pour la CNAM⁹⁵, « *les CPTS constituent la réponse la plus évidente à la demande légitime des professionnels de santé de pouvoir organiser eux-mêmes la réponse la plus adaptée à leur territoire en matière d'offre de soins* ». Celle-ci soutient la généralisation des CPTS et affiche l'objectif « *de couvrir 100 % de la population par une CPTS en 2023* » et prévoit pour ce faire un accompagnement renforcé via un dispositif d'atelier

⁹³ Décret n° 2020-553 du 11 mai 2020 relatif à l'expérimentation des modalités permettant le renforcement des échanges entre les formations de santé, la mise en place d'enseignements communs et l'accès à la formation par la recherche

⁹⁴ Les données CNAM portant sur l'année 2021 font état de 10 % des médecins généralistes libéraux exerçant en maison de santé pluri professionnelle.

⁹⁵ Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2023. Juillet 2022.

« accélérateur » et des projets « clés en main » limitant l'investissement administratif des porteurs de projet. En juin 2022, 37 % du territoire était couvert par une CPTS⁹⁶.

[158] **Les projets de soins, les protocoles de coopération, les projets relevant des expérimentations dites « article 51 » favorisent la mise en synergie des compétences des différents professionnels autour de projets ou de prises en charge communs.** Comme on l'a vu supra, ces dynamiques de travail en équipe sont fragiles et nécessitent d'être soutenues par des temps dédiés d'analyse de la pratiques et d'accompagnement d'équipe.

[159] **Les protocoles de coopération sont insuffisamment investis par les professionnels de terrain** qui, malgré les mesures de simplification récentes, jugent la procédure de mise en œuvre encore trop lourde et en décalage avec les besoins constatés. Pour autant, lors de ses déplacements, la mission a pu constater la dimension fédératrice et moteur de ces protocoles de coopération pour les équipes. Les objectifs des protocoles de coopération doivent être mieux déterminés a priori.

[160] **À ce titre, il serait souhaitable d'envisager deux procédures distinctes renvoyant à deux situations différentes :**

- la prise en compte d'un besoin spécifique dans un service particulier d'actes très techniques et qui n'auraient pas vocation à intégrer le socle ;
- la démarche d'expérimentation visant à vérifier qu'un nouvel acte a vocation à intégrer le socle des compétences infirmières.

Dans la première hypothèse, le protocole peut être à l'initiative d'une équipe ou proposé nationalement car l'étude des besoins montre qu'il est généralisé mais très circonscrit et très technique. Dans la seconde hypothèse, le protocole est nécessairement national car on souhaite vérifier durant un temps déterminé et sur la base d'indicateurs définis, qu'un nouvel acte peut intégrer le socle.

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

[161] L'ensemble de ces cadres de coopération nécessite un fort investissement de la part des professionnels de terrain et plus particulièrement des porteurs de projet. Les interlocuteurs de la mission ont insisté sur le caractère chronophage de ces différents cadres qui ont pu faire renoncer des équipes à aller au bout de certains projets. Un accompagnement et un soutien à l'élaboration et la rédaction des projets et des bilans et évaluations serait certainement de nature à permettre le développement de ces cadres de coopération, par ailleurs plébiscités par les acteurs.

[162] Enfin, les outils de coopération entre professionnels, notamment les outils numériques doivent être adaptés et à la hauteur des objectifs des projets. Ils doivent traduire en pratique la coopération des professionnels et la contribution par leurs compétences à l'atteinte d'un objectif partagé.

⁹⁶ Enquête DGOS – décembre 2021.

3 Des propositions d'évolution du champ de compétence de la profession infirmière qui doivent faire l'objet de nombreux arbitrages

[163] Les développements qui suivent ont pour objet de synthétiser les principales évolutions envisageables, leurs conditions de mise en œuvre, les points d'appui déjà existants et leurs impacts. En effet, lors des nombreuses auditions menées, très peu de sujets ont pu faire émerger un consensus spontané entre les différentes parties prenantes. La mission note toutefois la récente prise de position des ordres professionnels, réunis au sein du Comité de Liaison des Institutions Ordinales⁹⁷. En outre, la mission n'a pas pu s'appuyer sur des travaux préalables ou des orientations qui lui auraient permis d'expertiser telle ou telle hypothèse.

[164] Les évolutions proposées par la mission se fondent sur la place singulière de l'exercice infirmier au sein du système de santé, fondée sur une approche globale de la personne. Ainsi, de nombreux interlocuteurs de la mission ont défendu une approche dite « holistique » du patient dans le cadre de l'exercice infirmier, intégrant les composantes somatique et psychique de la personne soignée et tenant compte de l'influence de son environnement⁹⁸. Cette approche est aujourd'hui renforcée par le développement de la clinique infirmière⁹⁹. Au-delà, l'infirmier peut contribuer à une approche relationnelle globale de la personne qu'elle soit usager, résident, patient, élève, salarié, ce qui conduit à penser l'élargissement de ses missions également dans l'accompagnement de la personne en bonne santé.

3.1 Deux approches d'évolution des compétences infirmières à combiner

[165] Les constats établis par la mission invitent à passer à une échelle supérieure dans l'évolution du champ de compétences des infirmiers. Pour autant, la diversité des missions actuelles et des lieux d'exercice des infirmiers conduit à envisager deux approches, l'une fondée sur une évolution du décret d'actes, l'autre consistant à poser les missions dans lesquelles les infirmiers pourraient disposer d'une plus grande autonomie. Ces deux approches ne sont pas exclusives. L'accent sur l'une ou l'autre dépend de la hiérarchisation entre les objectifs poursuivis : répondre aux besoins de santé non satisfaits, tenir compte de la démographie médicale en « libérant » du temps médical, mieux prendre en compte l'activité réelle des infirmiers ou encore renforcer l'attractivité de la profession.

3.1.1 L'activité réelle des infirmiers et la mise en œuvre des protocoles démontrent un décalage important entre le décret d'actes et la réalité du terrain

[166] La lettre de mission invite à repenser la forme du décret actuel, conformément au souhait d'une partie des représentants de la profession revendiquant le passage à une structuration du décret en grandes missions plutôt qu'en actes. Pour autant, la mission souligne qu'une grande partie des acteurs rencontrés continuent de raisonner par référence aux actes, voire défendent le décret d'actes comme sécurisant, par son degré de précision, leur pratique professionnelle. En outre, le passage éventuel à un décret structuré en missions est nécessairement un chantier de moyen terme et son aboutissement n'écarterait pas de facto la référence à des actes.

⁹⁷ Propositions à l'issue du CLIO du 13 octobre 2022.

⁹⁸ Debout, Christophe. « Holisme », Monique Formarier éd., *Les concepts en sciences infirmières. 2ème édition*. Association de Recherche en Soins Infirmiers, 2012, pp. 311-312.

⁹⁹ Jovic, Ljiljana, et Didier Lecordier. « La clinique infirmière : manière singulière de penser et d'agir dans le champ de la santé », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 144, no. 1, 2021, pp. 87-104.

[167] Ces constats invitent donc à ne pas négliger une première approche s'inscrivant dans la structure actuelle du décret d'actes pour identifier quels sont ceux qui seraient susceptibles d'être intégrés dans le socle de compétences des infirmiers.

3.1.1.1 La prise en compte de l'activité réelle des infirmiers

[168] **Il s'agit ici de tenir compte des actes repérés comme déjà réalisés par une partie des IDE en dehors de leur champ de compétence.** L'existence de ces « glissements de tâches », soulignée dès le rapport de 2003 du professeur Yvon Berland, est largement reconnue par les infirmiers mais aussi par les médecins. Il est cependant difficile d'objectiver cette réalité et notamment d'identifier les actes les plus couramment concernés. Les actes pratiqués par les infirmiers en dehors de leur champ de compétence ne sont pas tracés, par définition, dans les systèmes d'information de l'assurance maladie. La mission « Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé » avait recommandé de « faire réaliser par la DREES une enquête anonymisée visant à établir, sur un échantillon d'actes définis par la DGOS, la proportion de professionnels paramédicaux réalisant occasionnellement ou régulièrement à l'hôpital des actes médicaux ». Cette recommandation n'a pas été mise en œuvre à ce stade. La mission présente ci-dessous les principaux éléments rassemblés au cours de ses investigations pour permettre de trancher après concertation avec les professionnels la liste des actes à intégrer au socle.

[169] **Plusieurs types de glissements de tâches¹⁰⁰ ont été mis en avant par les professionnels rencontrés**, en établissement de santé comme en ville. Il s'agit en premier lieu d'actes que l'infirmier réalise alors qu'ils doivent être accomplis par le médecin selon le code de la santé publique, l'exemple le plus fréquent étant la première pose de sonde urinaire chez l'homme¹⁰¹. La seconde catégorie, la plus courante, rassemble les actes qui doivent être dispensés sur prescription médicale au titre de l'article R. 4311-7 du CSP mais que des infirmiers indiquent réaliser sans prescription ou en faisant régulariser ex post leur acte par une prescription. L'exemple le plus cité est le suivi des plaies et la réalisation de pansements. D'autres exemples cités concernent les prescriptions de transport, la mise en place et la surveillance de cathéters, la réalisation d'un examen cytobactériologique des urines, la dispensation d'antalgiques de niveau 1 ou 2, l'adaptation de certaines prescriptions (anticoagulants, insuline), etc.

[170] **Les infirmiers qui citent ces exemples les justifient par deux arguments liés à l'intérêt du patient**, le gain de temps (manque de disponibilité du médecin pour établir une prescription) et la sécurité que garantiraient leur propre qualification et leur expérience professionnelle. Cependant, la persistance de ces actes non reconnus peut représenter un risque d'évènement indésirable pour le patient du fait de leur caractère informel et non encadré. Elle peut être également un facteur de stress pour le professionnel et alimente le sentiment de manque de reconnaissance de la profession.

[171] **Les infirmiers rencontrés par la mission décrivent ces actes comme susceptibles de rejoindre le rôle propre de l'infirmier détaillé à l'article R. 4311-5 du CSP** et ainsi de ne plus dépendre d'une prescription médicale. Cette hypothèse suscite l'opposition d'une majorité de médecins rencontrés par la mission concernant la quasi-totalité des actes cités ci-dessus¹⁰².

¹⁰⁰ Le « glissement de tâche » recouvre des réalités multiples et ne fait pas l'objet d'une définition juridique. Il peut être défini comme un acte réalisé par un professionnel qui n'en a pas la compétence réglementaire, par référence au diplôme et non à la compétence effective de la personne.

¹⁰¹ Un autre exemple est la pose de systèmes d'immobilisation après réduction, supposée être réalisée par le médecin.

¹⁰² Seule la première pose de sonde urinaire chez l'homme ne semble pas susciter d'objection particulière.

3.1.1.2 L'intégration d'une partie des protocoles de coopération dans le socle de compétence

[172] **La prise en compte de l'engagement des infirmiers dans les protocoles de coopération comportant des dérogations au décret d'actes doit permettre de déterminer les actes susceptibles d'être intégrés au socle de compétences.** Le rapport « Trajectoires » recommandait de déterminer dès 2022 les critères permettant de décider l'intégration d'un protocole au socle de compétences.

[173] L'analyse des 43 protocoles de coopération impliquant des infirmiers conduit à une hypothèse de travail en cours à la DGOS de répartition des protocoles en quatre catégories du point de vue de leur complexité :

- trois pourraient intégrer le socle de compétences infirmiers quel que soit le lieu d'exercice, par exemple la réalisation de sutures simples¹⁰³ ;
- cinq protocoles pourraient intégrer le socle dans le cadre exclusif d'un exercice en équipe : il s'agit des protocoles de soins « non programmés » visés dans l'instruction DSS/DGOS/CNAM du 18 janvier 2021 ;
- seize sont considérés comme plus complexes et plus en rapport avec le champ d'exercice de la pratique avancée : il s'agit par exemple du protocole Asalee, de la consultation d'infirmiers libéraux à domicile pour le diagnostic et le suivi de la fragilité du sujet âgé, de la consultation en médecine du voyage ;
- dix-neuf sont rangés dans la catégorie des actes spécifiques du fait de leur technicité et de l'expertise clinique. Ils sont considérés comme non généralisables car n'intéressant qu'une partie des IDE (pose de voie veineuse centrale, pose de midline, ...).

[174] Ces orientations correspondent à de simples hypothèses de travail qui nécessitent d'être concertées avec les professionnels de santé concernés. **Dans ce cadre, la mission invite à poursuivre ces travaux en cohérence avec l'ambition souhaitée pour la profession infirmière et les missions retenues pour l'exercice du métier socle.** Ainsi, par exemple, les protocoles relatifs à la prévention ou l'éducation thérapeutique sont à envisager comme susceptible d'intégrer le socle. C'est également le cas des protocoles qui n'impliquent pas d'analyse diagnostique poussée, comme celui ayant trait à la consultation de médecine de voyage. Cette réflexion complémentaire doit associer les sociétés savantes concernées et gagnerait à se fonder sur une clarification des critères utilisés et sur une analyse plus précise de la mise en œuvre réelle des protocoles actuels.

3.1.2 Les missions qui pourraient s'appuyer davantage sur l'expertise infirmière

[175] Pour déterminer les missions prioritaires à développer, il est nécessaire de tenir compte en premier lieu des besoins de la population peu ou mal couverts dans le système actuel, et en second lieu de la capacité de la profession infirmière à y répondre en lien avec les autres professions de santé. Les infirmiers rencontrés par la mission mettent en avant plusieurs spécificités de leur rôle : une vision « globale » du patient qui les différencie d'autres professionnels paramédicaux, une présence régulière au domicile de certains patients et donc une capacité d'« aller vers » plus

¹⁰³ Les deux autres protocoles cités sont la réalisation d'échoguidage pour la ponction veineuse ou pose de voie veineuse périphérique au niveau du membre supérieur ou pour la ponction radiale artérielle ; la réalisation d'échographies des veines et/ou artères des membres supérieurs par une infirmière en lieu et place d'un médecin.

importante que chez les médecins, un poids numérique et une présence sur tout le territoire en dépit de forts écarts de répartition.

3.1.2.1 La prévention et l'éducation à la santé

[176] **Le champ de la prévention et de l'éducation à la santé est aujourd'hui largement considéré comme devant faire l'objet d'un investissement renforcé des professionnels de santé, parmi lesquels les infirmiers.** La nécessité de développer les actions d'« aller vers » en matière de prévention, notamment à destination des populations vulnérables les plus éloignées du système de santé, gagnerait à s'appuyer sur la ressource que constituent les infirmiers. Dans le champ libéral, le fait pour l'infirmier de se rendre au domicile en fait un acteur potentiellement central de la prévention, notamment des patients âgés ou souffrant de maladies chroniques.

[177] **Cet investissement dans la prévention est déjà engagé**¹⁰⁴. Plusieurs protocoles de coopération renforçant le rôle des infirmiers dans le champ de la prévention sont en cours de mise en œuvre, parmi lesquels le protocole Asalee qui est le plus important sur le plan numérique. Des expérimentations au titre de l'article 51 sont également menées dans ce domaine¹⁰⁵. En outre, les avancées récentes en matière de vaccination, si elles se traduisent comme annoncé par un pouvoir de prescription du vaccin par l'infirmier, sont susceptibles de renforcer le rôle des infirmiers auprès de la population en bonne santé. La vaccination pourrait alors être intégrée dans des consultations plus globales de prévention. Cette évolution devra s'intégrer dans la mise en place de consultations à trois « âges clés de la vie » telle que prévue dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023.

[178] **Des thèmes prioritaires d'intervention des infirmiers en matière de prévention devront être déterminés.** On peut citer par exemple le dépistage organisé du cancer pour lequel il est nécessaire d'élargir le champ des professionnels impliqués dans les politiques de dépistage au-delà des seuls médecins au vu des résultats insuffisants de la France dans ce domaine¹⁰⁶. Il pourrait s'agir de la remise par l'infirmier à la personne du kit de dépistage du cancer colorectal et plus globalement, la réalisation d'actions dites d'« aller vers » les populations les plus éloignées des politiques de dépistage afin de les sensibiliser à l'importance de réaliser les tests régulièrement voire de les appuyer dans la prise de rendez-vous (mammographie par exemple).

3.1.2.2 La coordination des parcours des patients

[179] Le besoin croissant de coordination est lié à la montée des maladies chroniques et à la complexification des prises en charge souvent au croisement de plusieurs champs, l'hôpital, la ville, le médico-social ou le social. Le terme de coordination renvoie à la nécessaire articulation entre professionnels de santé, en structures coordonnées ou non, mais aussi à la coordination du parcours qui comporte une dimension clinique, d'accompagnement et d'orientation de la personne concernée.

[180] **Si l'ensemble des professions de santé doit contribuer à la coordination du parcours de la personne, certains professionnels ont un rôle particulier à jouer en la matière du fait de leur vision globale du patient.** C'est le cas des médecins traitants, souvent médecins généralistes¹⁰⁷, mais aussi des infirmiers. S'agissant des infirmiers, leur rôle de coordination va bien au-delà des

¹⁰⁴ Il s'agit même de l'activité essentielle de certains infirmiers : infirmiers du travail, infirmiers scolaires.

¹⁰⁵ Par exemple en matière d'éducation thérapeutique à domicile : « Expérimentation de suivi à domicile des patients atteints d'un cancer et traités par immunothérapie » en région AURA.

¹⁰⁶ « Le dépistage organisé du cancer en France », IGAS, 2022.

¹⁰⁷ Voir l'article L. 4130-1 du code de la santé publique définissant les missions du médecin généraliste de premier recours.

dispositions du code de la santé publique qui ne la définit que de façon restreinte comme une fonction d'encadrement d'autres professionnels¹⁰⁸.

[181] Les investigations de la mission confirment l'évolution des pratiques des infirmiers d'une activité tournée essentiellement vers les soins cliniques au chevet du patient vers une activité comprenant une « dimension organisationnelle » de plus en plus forte¹⁰⁹ :

- Pour l'infirmier, intervenant à domicile qu'il exerce en libéral ou qu'il soit salarié notamment d'un SSIAD, la coordination peut impliquer l'aide à la prise de rendez-vous, l'identification du professionnel auquel recourir, le contact avec les autres intervenants à domicile et plus globalement l'ensemble des acteurs pertinents du champ sanitaire mais aussi du champ social. Il s'agit au final de l'organisation du parcours de la personne, en lien avec le médecin traitant. Cela est confirmé par l'analyse de certaines expérimentations dites « article 51 » impliquant des infirmiers, qui leur attribuent souvent un rôle central à domicile pour évaluer la situation des patients fragiles et adapter le cas échéant les interventions auprès du patient en lien avec le médecin¹¹⁰.
- Les infirmiers jouent également un rôle pivot dans le fonctionnement des services de soins et dans leur articulation avec la ville. La mission a pu constater lors de ses déplacements le rôle de coordination exercé par l'infirmier à l'hôpital comme lors des échanges organisés avec les fédérations d'établissements de santé. Par exemple, les infirmiers occupent une place majeure dans l'accompagnement du parcours du patient en cancérologie, au sein de l'établissement de santé et dans l'articulation avec la ville ou les ESMS. Plus globalement, leur rôle s'étend aussi à la gestion des sorties d'hôpital qui constituent un moment essentiel pour assurer la continuité des soins.
- La fonction d'infirmier coordonnateur (IDEC) en EHPAD conduit l'infirmier à coordonner l'ensemble de la prise en charge des résidents, par le personnel de l'établissement, en lien avec la direction et le médecin coordonnateur. Cette fonction comporte donc une dimension d'organisation du travail et de management forte, notamment vis-à-vis des aides-soignants.

[182] Une meilleure reconnaissance de l'accomplissement de ces missions paraît donc indispensable. Cela conduit des représentants de la profession à porter la mise en place d'un statut d'infirmiers « de famille », comme mentionné dans le programme de l'OMS « Santé 21 », ou d'infirmiers référents. Ces infirmiers assureraient le suivi du patient, prendraient en charge la coordination de son parcours et pourraient, dans ce cadre, prescrire ou réaliser certains actes directement. La mission estime que la meilleure reconnaissance de cette mission de coordination, et son développement au bénéfice des patients, suppose que les infirmiers concernés soient eux-mêmes engagés dans des structures ou des dispositifs garantissant leur articulation avec les autres professionnels.

¹⁰⁸ Article R. 4312-36 du CSP : « l'infirmier chargé de toute fonction de coordination ou d'encadrement veille à la bonne exécution des actes accomplis par les personnes dont il coordonne ou encadre l'activité... »

¹⁰⁹ « Activité des infirmiers de coordination des parcours complexes, proposition de typologie », Fatima Yatin, Jihai Sebai, Management et Avenir santé, 2020.

¹¹⁰ Voir les expérimentations Équilibres ou RSMO.

3.1.2.3 Les soins de proximité

[183] **Dans un contexte de pénurie médicale, le rôle majeur des infirmiers (libéraux et en centres de santé notamment) dans les soins de proximité¹¹¹ est largement documenté.** Comme l'indique le rapport de la mission « flash » sur les urgences et les soins non programmés, « *le pharmacien comme l'infirmier restent bien souvent les derniers professionnels en place dans les territoires les plus fragiles* »¹¹². Plusieurs mesures ont été lancées à l'été 2022 en réponse à la crise des urgences : participation des infirmiers aux astreintes, mise en place d'équipes paramédicales de médecine d'urgence, simplification des protocoles de coopération sur les soins non programmés.

[184] **Les déplacements de la mission illustrent ce rôle central de proximité.** C'est le cas des soins dispensés à domicile aux patients en situation de dépendance lourde. Dans le cadre de leur suivi à domicile, les IDEL interviennent en « premier recours » quand ils sont appelés par un patient pour un problème urgent, même si ce rôle n'est pas reconnu. Ils insistent sur le fait que ces interventions peu visibles évitent souvent des hospitalisations de personnes âgées. Le rôle joué par les IDEL pendant la crise du COVID, qu'il s'agisse de la continuité de leur intervention au moment du premier confinement ou encore de la réalisation des tests, sont également souvent cités.

[185] **Au-delà des soins urgents, l'analyse des exemples étrangers montre plus largement le rôle majeur des infirmiers dans les soins de proximité au Royaume Uni ou en Espagne, rôle assorti de compétences plus larges qu'en France, notamment de prescription.** De même, l'évaluation de la mise en œuvre du protocole Asalee illustre tout l'intérêt de l'implication des infirmiers dans ce type de soins, à la fois en termes d'amélioration de la qualité de la prise en charge et de gain de temps médical. Au-delà des maladies chroniques qui sont l'objet d'Asalee, l'activité des infirmiers peut aussi se développer dans les soins courants à la population. Ainsi, la réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique pourrait être étendue aux infirmiers¹¹³ contribuant à désengorger les cabinets médicaux lors des épisodes saisonniers.

[186] **Ainsi, il pourrait être envisagé de confier aux infirmiers une mission globale de soins de proximité à destination de certains publics (personnes âgées en perte d'autonomie) ou dans un domaine particulier (traitement et suivi des plaies simples).** L'attribution aux infirmiers de certains actes de soin associés à ces missions serait de nature à lever les « irritants » dans l'accomplissement de leurs missions de proximité.

Recommandation n°13 Mener, dès début 2023, une concertation sur le contenu et le degré d'élargissement du champ de compétences infirmier à partir des missions à développer, notamment la prévention, la coordination et les soins de proximité. Intégrer à la réflexion les pratiques réelles de terrain, en particulier certains protocoles de coopération.

3.2 Les facteurs de réussite et de sécurisation de cette évolution

[187] Pour donner de l'effectivité et de la consistance aux évolutions envisagées ci-dessus, il convient d'avancer sur deux sujets qui, comme la mission a pu le relever lors de certaines auditions, constituent des « nœuds gordiens ». Pour autant, le principe de cet élargissement des compétences

¹¹¹ La mission reprend ici la notion de « soins de proximité » dans le sens proposé par le HCAAM dans son rapport de septembre 2022 : les soins primaires et plus globalement l'ensemble des services et organisations qui apportent des soins en proximité du domicile du patient.

¹¹² « Mission flash sur les urgences et soins non programmés », pilotée par le Dr François Braun, juin 2022.

¹¹³ Sur le modèle de l'implication des infirmiers dans les tests COVID.

infirmières, concomitamment au développement de l'exercice pluri professionnel, peut être acquis dans un cadre concerté et prendre appui sur l'expérience et l'éthique des infirmiers.

3.2.1 Arbitrer au préalable sur deux points de blocage

3.2.1.1 La prescription : une compétence législative à envisager de façon plus large

[188] **Aujourd'hui, en dehors des cas ponctuels énumérés limitativement à l'article L 4311-1 du CSP, l'infirmier ne dispose pas d'un pouvoir de prescription élargie à l'instar des infirmiers d'autres pays**¹¹⁴. Ainsi, la prescription infirmière a fait l'objet d'ajouts successifs au niveau législatif concernant les dispositifs médicaux¹¹⁵, les substituts nicotiques ou le renouvellement des contraceptifs. Le même article prévoit que l'infirmier peut adapter la posologie de certains traitements dans un protocole inscrit dans le cadre d'un exercice coordonné¹¹⁶. Cependant, l'arrêté fixant la liste des traitements concernés n'a pas été pris. Saisie sur l'arrêté, la HAS a exprimé un avis favorable sur le principe de cette adaptation des traitements mais défavorable sur l'arrêté transmis faute de précisions sur les modalités d'adaptation des antivitamines K et de l'insuline et sur le niveau d'expérience et la formation des infirmiers concernés. Interrogée à ce sujet, la DGOS a indiqué à la mission envisager de mettre en place un protocole de coopération national pour contourner cette difficulté. La mission observe effectivement que de nombreux protocoles nationaux comportent un pouvoir de prescription pour l'infirmier qu'il s'agisse de prescription initiale, de renouvellement de prescription médicale ou d'adaptation de la prescription.

[189] Dans les deux approches proposées ci-dessus par la mission, le pouvoir de prescription des infirmiers doit évoluer pour leur permettre de remplir au mieux leurs missions. La mission appelle l'attention sur le fait que même l'hypothèse de l'actualisation des compétences infirmières sur la base de leur activité réelle touche à la prescription, qui recouvre la primo prescription mais également le renouvellement ou l'adaptation d'une prescription faite par un médecin. Ainsi, la prescription ou l'adaptation des posologies des antalgiques de niveau 1 est mentionnée comme nécessaire de façon systématique dans l'ensemble des entretiens menés par la mission. La prescription vaccinale est également très attendue dans les suites de la mobilisation des infirmiers lors de la crise COVID dans les centres de vaccination et de l'avis de la HAS¹¹⁷. Celle-ci est nécessaire à l'évolution de la mission de prévention des infirmiers.

[190] Afin d'éviter de devoir modifier la loi pour chaque évolution du pouvoir de prescription des infirmiers, la mission considère qu'il est souhaitable d'expertiser la possibilité d'octroyer aux infirmiers un pouvoir de prescription de dispositifs médicaux, examens et médicaments au niveau législatif. Les contours de ce pouvoir pourraient ensuite être délimités au niveau réglementaire en cohérence avec les missions et les actes qui intégreront le socle de compétences infirmier. Le contour précis et les conditions de mise en œuvre de ce pouvoir de prescription devraient ainsi faire l'objet d'un travail de concertation mais son principe devrait être acquis si on souhaite réellement pouvoir s'appuyer sur les infirmiers pour répondre aux besoins de santé actuels et à venir. À l'instar des pays qui l'ont mis en place, une des conditions tient à une formation et une durée d'expérience préalable.

¹¹⁴ Cf. annexe 2 qui fait état de compétences de prescription des infirmiers à l'étranger (dont l'Espagne et le Royaume Uni).

¹¹⁵ Concernant les dispositifs médicaux, l'arrêté du 20 mars 2012 fixe la liste que les infirmiers sont autorisés à prescrire lorsqu'ils agissent pendant la durée d'une prescription médicale.

¹¹⁶ Disposition introduite par l'article 25 de la loi du 24 juillet 2019.

¹¹⁷ Recommandation de bonnes pratiques « Élargissement des compétences en matière de vaccination des infirmiers, des pharmaciens et des sages-femmes », validé par le collège 23 juin 2022.

Recommandation n°14 Consacrer au niveau législatif un pouvoir de prescription des infirmiers en lien avec les missions qui leur sont attribuées et renvoyant à un décret les conditions d'application et la liste des prescriptions concernées.

3.2.1.2 La consultation infirmière

[191] Bien que le terme de consultation soit très présent dans le code de la santé publique, il n'y a pas de référence à une « consultation infirmière » en tant que telle dans le code ni dans la convention nationale des infirmières et infirmiers libéraux avec l'assurance maladie.

[192] Concernant la partie consacrée aux professions de santé, on retrouve le terme dans l'article L4161-1 qui définit l'exercice illégal de la médecine : « (...) *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 (...)* ».

[193] **Ainsi, la consultation infirmière (comme celle d'autres auxiliaires médicaux) ne peut intervenir qu'après prescription médicale ou sous supervision médicale.** Cette situation n'a pas été modifiée par la mise en place de la pratique avancée. La partie réglementaire concernant les IPA indique « *L'infirmier exerçant en PA peut conduire un entretien avec le patient qui lui est confié, effectuer une anamnèse de sa situation et procéder à l'examen clinique* ». Elle n'a pas non plus été modifiée lors de la mise en place du bilan de soins infirmiers (BSI) qui semble pourtant s'en rapprocher dans sa dimension bilan/ évaluation¹¹⁸.

[194] La consultation infirmière est très présente dans les protocoles de coopération et semble répondre à un besoin important. Ainsi, la consultation permet d'assurer une fonction de suivi de patients par des infirmiers bénéficiant d'une certaine expertise (certains protocoles parlent d'infirmière spécialisée). Dans le cadre du protocole Asalée, les infirmiers rencontrent en consultations les patients atteints de pathologies chroniques comme le diabète, les risques cardiovasculaires, la bronchopneumopathie chronique obstructive ou des troubles cognitifs. La consultation infirmière de premier recours est en revanche très peu développée et se situe dans un cadre préventif (santé sexuelle et conseil au voyage) ou dans un cadre post-urgence (addictologie).

[195] La mission considère qu'à l'instar de la Belgique¹¹⁹, il serait pertinent de reconnaître la consultation infirmière afin de la définir et de la circonscrire. Un premier niveau concernerait des consultations, toujours dans le cadre d'un exercice coordonné, en complément (en amont ou en aval) d'une consultation du médecin sur certaines pathologies déterminées. À titre d'exemple, les consultations de prévention prévues par le PLFSS 2023 qui pourraient s'appuyer sur le binôme médecin/ infirmier.

[196] Un second niveau concernerait le premier recours en accès direct, dont la généralisation paraît prématurée à la mission. En effet, l'accès direct en consultation implique le développement d'un jugement clinique, voire la reconnaissance d'éléments de diagnostic qui permettent d'orienter la personne vers un médecin en cas de pathologie. L'infirmier, pour les reconnaître doit donc avoir développé de solides connaissances sur les différentes maladies. Si cette logique permettrait de

¹¹⁸ Le BSI, comme la DSI (instaurée en 2002), permet à l'infirmier de faire une évaluation de l'état de santé de son patient dépendant afin d'établir un plan de soins infirmiers personnalisé.

¹¹⁹ La consultation infirmière est entrée en vigueur le 1^{er} février 2009. Dans l'Arrêté Royal du 15 décembre 2008, elle est définie de la manière suivante : « *La prestation 429015 comprend la détermination des problèmes infirmiers de santé du patient et la formulation des objectifs de soins en concertation avec le patient et/ou son entourage* ».

répondre à des besoins de santé massifs pour certaines pathologies chroniques, elle n'est pas envisageable de façon générale, sans un rehaussement important de la durée de formation actuelle des infirmiers. Le modèle qui semble aujourd'hui le plus proche de ces attentes relatives à l'accès direct est celui de la pratique avancée qui permet à l'infirmier de prendre en charge une partie du parcours de soins des patients, après une formation complémentaire de deux ans ciblés dans un domaine d'intervention. La mission préconise ainsi de développer le premier recours pour les IPA en cohérence avec les recommandations du rapport issu de la concertation sur la pratique avancée infirmière¹²⁰.

Recommandation n°15 Mettre en place des consultations infirmières en structure coordonnée dans des domaines et pathologies spécifiques.

3.2.2 Sécuriser l'évolution du champ de compétence infirmier

[197] L'exercice d'une plus grande autonomie de la profession infirmière doit se déployer dans un cadre sécurisé et partagé par l'ensemble des acteurs. La construction de ce cadre peut prendre appui sur la profession elle-même, à partir de son code de déontologie et sur un niveau de qualification en cohérence avec les missions exercées.

3.2.2.1 La profession s'est dotée d'un code de déontologie en 2016

[198] **L'évolution vers plus d'autonomie de la profession infirmière est un mouvement historique qui s'est traduit par une plus grande organisation de la profession avec la création d'un ordre national en 2006 et l'intégration dans le code de la santé publique d'un code de déontologie élaboré en 2016 avec les professionnels eux même.** Ces concrétisations récentes sont des éléments d'encadrement de la profession, qui au-delà de règles professionnelles applicables à tous les infirmiers, portent une évolution vers des droits et devoirs et une responsabilité accrue envers les personnes prises en soins. Ainsi, le code de déontologie porte déjà plusieurs dispositions qui viennent délimiter l'exercice infirmier :

- l'article R 4312-10 indique que l'infirmier « (...) ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience, ses compétences ou les moyens dont il dispose. (...) ».
- l'article R4312-40 indique que « L'infirmier propose la consultation d'un médecin ou de tout professionnel compétent lorsqu'il l'estime nécessaire. ».

[199] Le même code de déontologie reconnaît à l'infirmier une liberté de choix dans la mise en œuvre de son rôle propre¹²¹, celle-ci étant le corollaire de la responsabilité personnelle de l'infirmier.

[200] Le code de déontologie et les règles professionnelles qu'il édicte permettent aux infirmiers de guider leur choix et leur décision lorsqu'ils hésitent sur une conduite à tenir¹²². Il permet aux

¹²⁰ « Concertation sur la pratique infirmière avancée », IGAS/IGÉSR, août 2022.

¹²¹ Article R4312-33 du CSP : « Dans le cadre de son rôle propre et dans les limites fixées par la loi, l'infirmier est libre du choix de ses actes professionnels et de ses prescriptions qu'il estime les plus appropriés. Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses actes professionnels et ses prescriptions à ce qui est nécessaire à la qualité et à la sécurité des soins. Il tient compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différents soins possibles. »

¹²² On peut citer ici notamment les articles R4312-42 et 4312-43 relatifs respectivement à l'application de la prescription médicale et à l'application des protocoles.

infirmiers d'exercer leur jugement clinique en application de règles protectrices pour tous (eux même et les personnes prises en soins).

3.2.2.2 La sécurisation de la pratique infirmière par l'expérience acquise

- **L'évolution de la formation est une condition de réussite majeure de l'élargissement du champ de compétences infirmier**

[201] Le développement des missions prioritaires listées ci-dessus, tout comme l'intégration dans le décret d'actes supplémentaires, nécessitent un investissement significatif dans la formation des étudiants mais aussi des professionnels en activité.

[202] **La refonte du référentiel de 2009 devra être l'occasion de mettre l'accent sur les missions qui y sont, pour partie, déjà mentionnées mais doivent être renforcées** : coordination, prévention et éducation thérapeutique, soins de proximité ainsi que l'ensemble des actes associés, notamment en matière de prescription. Cependant, la formation initiale actuelle, déjà lourde d'un point de vue horaire et de charge de travail personnel des étudiants, paraît difficilement pouvoir absorber l'ensemble de ces missions dans le cadre de la durée actuelle de trois ans, sans opérer de choix de suppression de certains apports actuels.

[203] Il sera alors nécessaire de **faire la distinction entre deux niveaux de missions** :

- le niveau socle de compétences acquises en formation initiale, donc ouvertes au futur infirmier dès l'obtention de son diplôme ; ce niveau doit être élargi dans le cadre de la refonte du référentiel de 2009, ce qui nécessitera par ailleurs d'accompagner l'évolution de l'activité des infirmiers en exercice actuellement ;
- un niveau expert avec un champ de compétence élargi acquis par une certification complémentaire acquise dans des conditions à préciser.

- **Un enjeu de reconnaissance des compétences et des parcours professionnels**

[204] À l'exception des diplômes de spécialité ou de pratique avancée, les infirmiers acquièrent tous les mêmes compétences sanctionnées par le diplôme d'État d'infirmier. Pourtant, comme la mission a pu le constater lors de ses échanges avec les professionnels, les compétences mobilisées par les infirmiers varient beaucoup au cours de leur carrière en fonction du lieu d'exercice notamment. Cette acquisition de compétences correspondant à la maîtrise de techniques particulières et/ou à la réponse à des besoins de santé n'est pas valorisée pour l'infirmier, ni a fortiori connue au niveau national.

[205] Ces compétences sont parfois mobilisées dans le cadre de protocoles de coopération ou de diplômes universitaires ou autres formations. Mais ces titres ou diplômes universitaires ne font l'objet le plus souvent d'aucune reconnaissance par le code de la santé publique ni par les conventions collectives ou le statut de la fonction publique hospitalière. Dès lors, les possibilités d'évolution professionnelle sont limitées au cours de la carrière infirmière : entrer dans une des trois spécialités infirmières, devenir cadre de santé, formateur en IFSI, et plus récemment devenir IPA.

[206] La mission a même relevé que, lorsqu'elles existent, les fiches de poste individuelles des infirmiers n'en font pas toujours mention, privant l'établissement et le professionnel d'une revue des compétences propre à penser l'évolution de carrière et l'adéquation aux besoins de l'établissement. Pour les professionnels exerçant en ville, il n'existe pas, à l'instar de ce qui existe pour les médecins,

de liste des diplômes, titres et fonctions des infirmiers validée par l'ordre national qui leur permettrait d'en faire mention sur leur plaque professionnelle¹²³.

[207] Ce constat explique qu'au cours de ses investigations, la mission ait été saisie de très nombreuses propositions de reconnaissance de compétences liées à l'expérience professionnelle, parfois par la demande de création de nouvelles pratiques avancées. Il s'agit par exemple de propositions visant à reconnaître l'expertise en pédiatrie, en santé publique, en soins palliatifs, en gériatrie, en accompagnement médico-social...

- **La nécessité de mettre en place des certifications accessibles autant que possible par la prise en compte de l'expérience et de la pratique professionnelles**

[208] **Il revient au ministère chargé de la santé de déterminer dans quelles missions une formation complémentaire conduira à un élargissement des compétences de l'infirmier.** Ces formations devront être articulées avec la mise en place du dispositif de la certification périodique dès 2023. Plusieurs conditions doivent être réunies pour déterminer les modalités de mise en œuvre de cette orientation, étant entendu que toutes les formations disponibles aujourd'hui n'ont pas vocation à modifier les missions des infirmiers.

[209] En premier lieu, la certification obtenue par la formation continue doit être **transférable** entre établissements ou entre le champ libéral et les établissements. Cela suppose une modalité de reconnaissance qui pourrait être l'inscription au répertoire national des certifications professionnelles (RNCP) du diplôme d'université ou du titre obtenu par l'infirmier, le cas échéant avec l'obtention de crédits ECTS de nature à faciliter la mobilité européenne des professionnels et l'accès à d'autres formations diplômantes.

[210] Les certifications doivent le plus possible être **accessibles par la valorisation de l'expérience professionnelle acquise**. L'inscription au RNCP présente du reste l'intérêt d'ouvrir la certification concernée à la validation des acquis de l'expérience (VAE). Une promotion de la VAE s'inscrirait pleinement dans les objectifs gouvernementaux qui mettent l'accent sur ce mode d'accès aux certifications¹²⁴. Des expérimentations ont d'ores et déjà été engagées pour l'accès à la profession d'aide-soignant. Des travaux sont en cours pour permettre également l'accès d'aides-soignants directement en deuxième année d'IFSI (système de passerelles dit « parcours réussite »). Des IFSI pilotes devaient être désignées à la rentrée 2022 mais ce chantier n'a pas pu aboutir. La mission estime urgent de relancer ce type de parcours, qui peut également constituer un facteur d'attractivité pour la profession d'aide-soignant.

[211] Au-delà de l'accès au diplôme infirmier validant le « socle » de compétences, le système de VAE doit aussi permettre de reconnaître un certain nombre de compétences supplémentaires acquises à la fois par la formation théorique et par la pratique réelle pendant un temps défini. À titre d'exemple, l'engagement dans un protocole de coopération, avec la formation associée, devrait ouvrir la possibilité d'acquérir une certification ouvrant au professionnel une compétence qu'il conservera au cours de sa carrière. Le même type de méthode pourrait être envisagé pour l'expérience acquise dans certains services hospitaliers. Pour les infirmiers libéraux, une partie des certifications devrait également pouvoir être obtenue par la valorisation de l'expérience.

¹²³ Article R4312-70 CSP : « L'infirmier peut faire figurer sur une plaque à son lieu d'exercice ses nom, prénoms, numéros de téléphone, jours et heures de consultation et sa situation vis-à-vis des organismes d'assurance maladie. Il peut également mentionner ses titres, diplômes et fonctions reconnus par le Conseil national de l'ordre. »

¹²⁴ Objectif de 100 000 parcours de VAE par an d'ici la fin du quinquennat.

[212] L'ingénierie des certifications en question devra également s'inscrire dans une **logique de bloc de compétences** qui permettra, le cas échéant, d'organiser des parcours, voire des passerelles vers d'autres professions ou spécialités. *A minima*, il semble qu'une partie des certifications acquises par les infirmiers pourraient contribuer à l'obtention de certains des blocs de compétences de spécialités ou de la pratique avancée.

[213] Enfin, **l'adhésion des employeurs à cette logique constitue une condition de réussite essentielle**. Le maintien d'un bon niveau de compétences dites socles doit passer par leur actualisation de façon périodique mais aussi lors d'un changement de lieu d'exercice, par la mise en place de formation d'adaptation à l'emploi. Si cette obligation d'actualisation pèse sur les infirmiers eux même¹²⁵, il est indispensable que les employeurs leur octroient le temps nécessaire et que le modèle économique de l'exercice libéral tienne compte de cette nécessité.

[214] Les fédérations d'établissements rencontrées par la mission se montrent très favorables à cet accent sur la formation continue tout en soulignant la nécessité d'un accompagnement financier pour permettre à l'investissement dans la formation de changer d'échelle¹²⁶.

[215] **Ce système pourrait aboutir à permettre aux infirmiers obtenant une certification de pratiquer des actes supplémentaires relevant des grandes missions définies *supra* ou d'accéder dans ces domaines à la prescription par exemple**. Cette méthode est déjà mise en œuvre dans de nombreux pays, par exemple l'Espagne, en matière de prescription. Cet élargissement des compétences devra avoir un impact sur leur rémunération (*cf.*2.1.1).

Recommandation n°16 En complément du socle acquis en formation initiale, prévoir un élargissement des compétences des infirmiers par des certifications complémentaires inscrites au répertoire national des certifications professionnelles et accessibles, autant que possible, par la validation des acquis de l'expérience.

3.2.2.3 La promotion de la collaboration inter professionnelle via l'exercice coordonné

[216] **Le modèle pluri professionnel de structure d'exercice coordonné permet une prise en charge globale de la personne et porte au cœur de son organisation le travail en équipe**. La forme qu'elle prend importe moins que la finalité et les valeurs de la structure d'exercice coordonné. L'organisation doit être au service de la mission et non un irritant ou un blocage au développement du travail d'équipe. L'objectif de fédération d'une communauté soignante sur un territoire au service du parcours de soins peut être rempli par un dispositif souple et adaptable¹²⁷. Le récent rapport du HCAAM¹²⁸ propose une organisation minimale de ce travail d'équipe avec un médecin et un infirmier soutenus par un temps d'assistant médical administratif.

[217] **Le travail d'équipe passe nécessairement par le partage d'outils et de valeurs communes**. À ce titre, les projets de santé mais également les protocoles pluri professionnels et les temps de concertation autour de thématiques ou de prises en charge individuelles sont des leviers importants du travail en équipe. Ces outils permettent de travailler le partage de compétences et

¹²⁵ Article R4312-46 du CSP : « Pour garantir la qualité des soins qu'il dispense et la sécurité du patient, l'infirmier a le devoir d'actualiser et de perfectionner ses compétences. Il prend toutes dispositions nécessaires pour respecter ses obligations en matière de développement professionnel continu. »

¹²⁶ Le rapport IGAS / IGESR « La formation professionnelle continue dans la fonction publique hospitalière » a montré les obstacles au départ en formation continue des agents de la FPH, qu'ils soient relatifs à la prise en charge financière ou à la nécessité de remplacer l'agent concerné dans un contexte de forte tension sur les ressources humaines.

¹²⁷ Cf. les équipes de soins coordonnées avec le patient (ESCAP).

¹²⁸ HCAAM, septembre 2022 « Organisation des Soins de proximité : Garantir l'accès de tous à des soins de qualité ».

l'articulation de celles-ci dans des relations horizontales entre professions médicales et paramédicales, où les compétences de chacun trouvent leur place et se mettent en œuvre au bénéfice de la qualité de la prise en charge des personnes. Cette formalisation du travail en équipe permet également de libérer du temps médical dans une logique non concurrente entre les professionnels de santé¹²⁹.

[218] **L'exercice coordonné permet d'envisager d'étendre les compétences des infirmiers dans le cadre de certaines missions et pour des actes ou activités** qui relèvent aujourd'hui d'un protocole de coopération. L'exercice coordonné permettrait ainsi de créer un contexte de délégation de missions. On peut penser par exemple à la consultation infirmière en médecine du voyage pour le conseil, la vaccination, la prescription de médicaments à titre préventif, la prescription et l'interprétation de sérologies à visée vaccinale, la prescription de vaccins ; ou encore à la consultation de santé sexuelle par l'infirmier en centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD), centre de planification et d'éducation familiale (CPEF) et centre de santé sexuelle, en lieu et place du médecin. Autre exemple, la réalisation de certificats de décès par l'infirmier a été évoquée comme une piste d'évolution par de nombreux interlocuteurs. Elle pourrait se concevoir sur certaines situations (décès d'un patient déjà suivi par l'infirmier) et dans un cadre coordonné.

[219] Au-delà de ces exemples, ce développement de compétences doit correspondre à des besoins de santé repérés au niveau national ou au niveau des territoires via les CPTS. Outre les missions de prévention et coordination décrites *supra*, les infirmiers pourraient être mobilisés de façon plus importante sur des activités qui ressortent de leur domaine de compétence comme le traitement des petites plaies, la gestion de la douleur ou encore des soins spécifiques aux personnes âgées (prévention et gestion de la déshydratation, des chutes, de la constipation). Ces activités, qui doivent faire l'objet d'une définition précise par les professionnels de santé dans le cadre de groupes de travail de concertation, ne nécessiteraient pas de protocoles de coopération mais s'intégreraient obligatoirement dans un cadre coordonné et après suivi d'une formation (*cf. infra*). Cela implique des modifications législatives et réglementaires décrites *infra* et la référence à des repères et bonnes pratiques qui pourraient être élaborées sous l'autorité de la HAS.

Recommandation n°17 Déterminer les missions dont la mise en œuvre sera conditionnée à l'intégration des infirmiers à des dispositifs d'exercice coordonné.

3.3 Les impacts à anticiper dès maintenant

[220] Comme la lettre de mission invitait à le faire, la mission a examiné les impacts des évolutions proposées sous l'angle réglementaire et sous l'angle des autres professions de santé et du partage de compétence entre celles-ci. Dès lors que les évolutions souhaitées auront été arrêtées, elles devront trouver une traduction sur la rémunération des infirmiers et s'agissant des libéraux dans le cadre des modèles de rémunérations conventionnelles où le paiement à l'acte demeure très majoritaire. Ce sujet excède le périmètre de la mission mais doit être anticipé, y compris pour arbitrer les contours des partages de compétences entre les professionnels de santé.

¹²⁹ Le rapport charges et produits pour 2023 de l'Assurance maladie indique « Une étude réalisée par IRDES en 2018 mentionne un infirmier ASALÉE à temps plein pour cinq médecins, 72 à 80 jours de temps médical sont économisés si le dispositif ASALÉE est généralisé, ainsi qu'une augmentation de 7,5% de la file active des médecins. »

3.3.1 La répartition des compétences entre professionnels

3.3.1.1 L'évolution du rôle propre infirmier emporte de facto des conséquences sur l'exercice aide-soignant

[221] **L'exercice aide-soignant (AS) a fait l'objet d'une révision importante en 2021 après plus de cinq ans de concertations.** Celui-ci est encadré par deux textes réglementaires qui intéressent à la fois le champ de compétence et la formation des aides-soignants¹³⁰.

[222] La nouvelle rédaction de l'article R4311-4 du CSP indique « *L'infirmier ou l'infirmière peut également confier à l'aide-soignant ou l'auxiliaire de puériculture la réalisation, le cas échéant en dehors de sa présence, de soins courants de la vie quotidienne¹³¹, définis comme des soins liés à un état de santé stabilisé ou à une pathologie chronique stabilisée et qui pourraient être réalisés par la personne elle-même si elle était autonome ou par un aidant.* ». Le CSP ajoute ainsi une nouvelle modalité d'intervention de l'AS à la collaboration à un soin relevant du rôle propre de l'infirmier en sa présence.

[223] Sur délégation de l'infirmier, l'AS peut donc conduire en autonomie des soins courants de la vie quotidienne qui relèvent du rôle propre de l'infirmier. Le référentiel de formation des AS intègre ces évolutions notamment par un allongement de sa durée de 10 à 12 mois.

[224] Dès lors, quelle que soit l'approche retenue pour l'évolution de la profession infirmière et compte tenu du schéma exposé ci-dessus, **toute évolution du rôle propre de l'infirmier a une conséquence automatique sur l'exercice (et la formation) des AS.**

3.3.1.2 L'évolution des compétences infirmières réduit la différenciation de la pratique avancée

[225] **En fonction de l'ambition qui sera retenue pour faire évoluer la profession infirmière, la différence entre le socle et la pratique avancée peut être plus ou moins réduite.**

[226] Elle recouvre :

- des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage des actes d'évaluation et de conclusion clinique ;
- des actes techniques et des actes de surveillance clinique et paraclinique des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale ;
- des prescriptions d'exams complémentaires, des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales.

¹³⁰ Arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux et décret du 23 juillet 2021 relatif à la réalisation de certains actes professionnels par les infirmiers et d'autres professionnels de santé.

¹³¹ Dans les activités des AS, ceux-ci sont amenés à conduire deux types de soins :

- Les soins de la vie quotidienne qui correspondent aux soins courants permettant d'assurer la continuité de la vie dans une situation d'autonomie partielle et dans le cadre d'un état de santé stable et constant. Deux critères se cumulent pour les définir : ces soins sont réalisables par la personne elle-même ou un aidant et liés à un état de santé stabilisé ou à une pathologie chronique stabilisée.

- Les soins aigus qui sont réalisés uniquement par un professionnel de santé, dispensés en phase aigüe et dans une unité à caractère sanitaire par une équipe pluridisciplinaire.

[227] Ces domaines et activités ont été cités par de nombreux interlocuteurs comme des évolutions possibles pour le socle infirmier ou pour un niveau d'expertise complémentaire qui serait acquis à partir de la formation initiale et des compétences socles. Ont également été cités les domaines de la gériatrie, des soins palliatifs et de la pédiatrie.

[228] Les évolutions de la pratique avancée ont donné lieu à plusieurs rapports récents¹³² qui ont mis en lumière les problématiques de primo-prescription, d'accès direct à une patientèle et d'élargissement des compétences de l'IPA dans certains domaines comme l'orientation, la prévention ou l'éducation. Concernant la primo-prescription, une expérimentation est prévue par la loi¹³³ afin de permettre aux infirmiers en pratique avancée, déclarés auprès de l'agence régionale de santé, de réaliser, au sein des lieux d'exercice mentionnés à l'article L.4301-1 du code de la santé publique, certaines prescriptions soumises à prescription médicale. Au moment de la rédaction du rapport, le décret n'est toujours pas paru afin de préciser les modalités de mise en œuvre de cette expérimentation.

[229] Par ailleurs, plusieurs propositions visant à reconnaître de nouveaux domaines de pratique avancée ont été portées à la connaissance de la mission : santé publique, santé au travail, santé scolaire, ... **Ainsi, la mission estime que les évolutions du socle, des spécialisations et de la pratique avancée doivent être traitées dans une stratégie cohérente et non de manière dispersée.**

3.3.1.3 L'évolution de l'exercice infirmier incite à repenser l'évolution des professions de santé de façon systémique

[230] **Les exemples des AS et des IPA invitent à réfléchir les évolutions de la profession infirmière de façon systémique à celles des autres professionnels de santé, en réponse à des besoins identifiés dans la prise en charge du parcours de soins des personnes.**

[231] Les partages de compétences, leurs recoupements et articulations sont d'autant plus importants à réfléchir globalement si on souhaite sortir d'une logique corporatiste qui fait passer la prise en compte des besoins de santé au second plan. La pénurie de professionnels de santé ne concerne pas que les médecins mais touche également les infirmiers, les aides-soignants, les sages-femmes...

[232] Les sujets soulevés par la mission sur l'évolution de la profession infirmière touchent d'autres professionnels de santé et les évolutions envisagées pour les uns susciteront inmanquablement des attentes de la part des autres. Les travaux du CNR « santé » sont l'occasion, **à partir des problématiques vécues sur le terrain, de remettre en adéquation les compétences des professionnels de santé avec les besoins constatés et à venir de la population.** La logique des protocoles de coopération et de délégations ponctuelles d'actes d'un professionnel à un autre ne doit pas être une stratégie d'évitement de remise à plat globale du partage de compétences entre professionnels de santé.

[233] Lors de ses investigations, **la mission a rencontré également de nombreux médecins et leurs représentants.** L'ensemble des professionnels ont plaidé pour davantage de travail en collaboration et pour une réflexion sur la complémentarité des compétences et des interventions des professionnels de santé et notamment du partenariat médecin/ infirmier. **La réactualisation du**

¹³² Rapport IGAS novembre 2021 « Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé » et Rapport IGAS/ IGESR août 2022 « Concertation sur la pratique avancée infirmière ».

¹³³ Article 76 de la loi n°2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale.

décret d'actes infirmiers est un point de consensus : si le principe en est acquis, il conviendra d'en définir les contours avec les professionnels concernés. Tout ce qui peut permettre une évolution de la profession infirmière est soutenu par les médecins qui placent la « ligne rouge » sur une activité de diagnostic et de traitement des pathologies. Aussi, **un deuxième consensus émerge autour du développement des compétences infirmières en matière de prévention**. Les médecins appellent l'attention sur l'importance de réfléchir les évolutions des professions de santé de façon globale et aux modèles économiques associés.

Recommandation n°18 Intégrer dans une stratégie d'ensemble les évolutions de compétences des infirmiers, des IPA, des spécialités infirmières en tenant compte du rôle des autres professionnels de santé.

3.3.2 Les modifications du cadre législatif et réglementaire

[234] Les impacts réglementaires sont de nature différente en fonction de l'ambition retenue. Dans tous les cas, et *a minima*, il convient de traiter le sujet de la prescription et de la modification du décret d'actes. L'approche par mission, plus ambitieuse, invite à réfléchir à des modifications plus importantes des parties réglementaires et législatives.

3.3.2.1 Redéfinir plus globalement la profession d'infirmier au niveau législatif

[235] L'organisation mondiale de la santé (OMS) définit le rôle de l'infirmier : « *Aider les individus, les familles et les groupes à déterminer et réaliser leur plein potentiel physique, mental et social (...). Les soins infirmiers englobent également la planification et la mise en œuvre des soins curatifs et de réadaptation et concernent les aspects physiques, mentaux et sociaux de la vie en ce qu'ils affectent la santé, la maladie, le handicap et la mort. Les infirmiers travaillent aussi comme partenaires des membres des autres professions impliquées dans la prestation des services de santé* ». Cette définition s'appuie sur des champs assez larges qui permet à la profession de s'adapter aux besoins de santé¹³⁴.

[236] Ainsi, **dans la plupart des pays, la profession infirmière est définie par grandes missions**. La définition française du champ d'action des infirmiers à travers le décret d'actes est assez spécifique en Europe. Ainsi, l'ouvrage « Les professionnels de santé en Europe » indique que parmi les États étudiés, « *aucun ne semble être aussi précis que la France lorsqu'on en vient à la définition des compétences des infirmières, à l'exception de la Belgique* »¹³⁵.

[237] Quelle que soit l'approche retenue pour une évolution de la profession infirmière, **une définition claire, par grandes missions ou champs de compétences, est donc nécessaire au niveau législatif et de nature à contribuer à la demande de reconnaissance de la profession**.

[238] **Les derniers travaux dont la mission a eu connaissance remontent à 2008** et la rédaction retenue répondait à de nombreux sujets soulevés lors des investigations de la mission : reconnaissance de la clinique infirmière, du diagnostic infirmier, d'un pouvoir de prescription encadré, de certaines missions dont la formation, la prévention notamment. Pour autant, elle partait de l'existant pour apporter des améliorations et proposer une nouvelle logique d'ensemble de

¹³⁴ OMS, Série de rapports techniques 860 « La pratique infirmière », 1996 : « (...) *la pratique infirmière a toujours montré qu'elle savait s'adapter en souplesse aux changements démographiques, économiques et sociaux. Elle couvre un domaine qui va des examens faisant appel à des techniques de pointe (...), à la prestation d'une gamme complète de soins de santé primaires (...).* »

¹³⁵ Institut droit et santé, 2018, sous la direction d'Anne Laude et Didier Tabuteau. États étudiés dans l'ouvrage : France, Allemagne, Royaume Uni, Espagne, Roumanie, Belgique.

l'article L 4311-1 du CSP. La mission préconise davantage une rédaction permettant de poser des principes et renvoyant les modalités de mise en œuvre à la partie réglementaire. Ainsi de la définition des grands domaines d'intervention : l'infirmier intervient dans les domaines de la prévention, des soins primaires, de la formation... et ses modalités, conditions, limites sont définies réglementairement.

Proposition de rédaction de l'article L 4311-1 du CSP de 2008

« L'infirmier identifie les besoins de santé et évalue la situation clinique des personnes. Il pose un diagnostic infirmier et formule des objectifs de soins.

Il dispense des soins infirmiers préventifs, curatifs ou palliatifs afin de protéger, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques pour favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social.

Il met en œuvre des traitements visant à la prise en charge et la surveillance de la santé des personnes.

L'infirmier est habilité à entreprendre et à adapter des traitements définis par arrêté du ministre chargé de la santé, dans le cadre de protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers.

En l'absence de médecin, il évalue l'urgence d'une situation et peut mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence.

L'infirmier exerce sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu.

L'infirmier peut effectuer certaines vaccinations, sans prescription médicale, dont la liste, les modalités et les conditions de réalisation sont fixées par décret en Conseil d'État, pris après avis du Haut conseil de la santé publique.

Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers, lorsqu'ils agissent sur prescription médicale, peuvent prescrire sauf en cas d'indication contraire du médecin et sous réserve, pour les dispositifs médicaux pour lesquels l'arrêté le précise, d'une information du médecin traitant désigné par leur patient.

L'infirmier assure, dans son champ d'intervention défini au présent article, des missions de prévention, de dépistage, d'éducation pour la santé et d'éducation thérapeutique, et peut contribuer à la recherche dans le domaine des soins infirmiers et participer à des actions de recherche pluridisciplinaire.

Il effectue des actions de formation et d'encadrement des étudiants, stagiaires et professionnels. Il analyse sa pratique et réalise une veille professionnelle.

Il accomplit ses missions en relation avec les autres professionnels, notamment dans le secteur de la santé, le secteur social et médico-social et le secteur éducatif. »

Recommandation n°19 Revoir la définition législative de la profession infirmière en la structurant par grandes missions.

3.3.2.2 Rebâtir un décret d'actes en accord avec l'approche retenue

[239] En raison du système des décrets d'actes, les infirmiers ne peuvent accomplir que les seuls actes figurant sur une liste préétablie, en dehors des situations d'urgence. Ce système encadre très fortement l'intervention des infirmiers et sa rigidité ne permet pas d'envisager des évolutions régulières qui tiennent compte des nouvelles techniques, des nouveaux besoins... En effet, dans ce système, la liste des actes est nécessairement limitative et ces actes ne peuvent être effectués que

dans des conditions posées par l'arrêté de 1962¹³⁶ : « *sous la responsabilité et la surveillance directe d'un médecin, celui-ci pouvant contrôler et intervenir à tout moment* », ou « *sur prescription qualitative et quantitative du médecin, mais en dehors de la présence de celui-ci* ».

[240] **Au-delà de la procédure qui peut sembler lourde** (modification du décret d'actes pris en Conseil d'État après avis de l'Académie nationale de médecine), **ce sont surtout les modalités d'arbitrage des propositions issues des concertations qui ne sont pas définies**. Ainsi, les acteurs sont peu incités à sortir des logiques défensives pointant ce qu'une profession perd au bénéfice d'une autre, ceci renforcé par le financement à l'acte du système de santé.

[241] **En outre, il apparaît nécessaire d'adopter une logique de réactualisation régulière basée sur l'évaluation de la mise en œuvre des protocoles de partages de compétence**. Pensés dès leur élaboration comme un moyen de tester l'efficacité d'un partage ou d'un transfert de compétence entre professionnel, la mise en œuvre de ces protocoles serait accompagnée d'indicateurs permettant de mesurer l'intérêt de sa généralisation. On pense notamment au nombre de professionnels engagés (s'agissant de l'intégration d'un acte au socle, ce nombre doit être important) et au nombre d'événements indésirables graves liés aux soins en lien avec ce protocole.

Recommandation n°20 Structurer le processus d'actualisation du décret d'actes en intégrant des échéances régulières.

[242] L'approche par missions peut conduire à réorganiser la partie réglementaire pour la débiter par un chapeau « missions » définissant les compétences infirmières, avant de rentrer dans l'énumération des actes que l'infirmier peut accomplir. Si elle ne modifie pas substantiellement les contenus actuels, elle permet néanmoins de réorganiser la partie réglementaire dans une logique de mise en œuvre de missions et donne davantage de sens à l'exercice infirmier. Les actes pourraient ainsi être rattachés aux grandes missions définies à la différence d'une classification qui renvoie aujourd'hui à la conduite de ceux-ci en lien avec le médecin (actes médico délégués en présence ou non du médecin et actes en vertu du rôle propre de l'infirmier¹³⁷).

[243] L'approche par missions peut également inviter à sortir de ce système du décret d'actes en attribuant à la profession infirmière un domaine de compétence assorti de limites qui se fondent aujourd'hui sur le code de déontologie et sur la clinique infirmière dont la reconnaissance prend aujourd'hui appui sur les sciences infirmières et l'universitarisation de la formation. Cette évolution très ambitieuse n'impliquerait d'ailleurs pas une suppression totale de la référence à des actes à laquelle les professionnels rencontrés par la mission sont attachés mais permettrait au moins d'intégrer une forme de souplesse dans la rédaction. On pourrait ainsi envisager de ne pas rendre la liste parfaitement exhaustive ou de faire précéder chaque domaine par la mention « notamment » ce qui permettrait de prendre en compte une évolution technologique, un nouveau dispositif médical ou toute autre évolution bénigne mais rendant la prise en soin de l'infirmier plus efficace.

¹³⁶ Arrêté du 6 janvier 1962 fixant liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant être pratiqués également par des auxiliaires médicaux ou par des directeurs de laboratoires d'analyses médicales non médecins.

¹³⁷ C'est la loi n° 78-615 du 31 mai 1978 qui reconnaît un "rôle propre" à la profession infirmière pour la première fois, lui octroyant ainsi une autonomie sur certains actes dans la prise en charge des patients.

3.4 De la notion d'auxiliaire médical à la définition d'une profession à compétences définies : l'évolution à plus long terme de la profession infirmière

[244] **De nombreux interlocuteurs de la mission ont abordé la nécessité de faire évoluer la profession d'infirmier en dehors de la référence à la notion d'auxiliaire médicale.** Cette revendication renvoie, d'une part, à une volonté d'émancipation de l'infirmier vis-à-vis des médecins et, d'autre part, à la définition d'un champ de compétence qui lui serait propre. Cette revendication peut rejoindre une mise en œuvre ambitieuse de l'approche par mission développée *supra*. Elle pourrait se traduire par une modification du titre du livre 3 de la quatrième partie du CSP consistant en l'ajout de la référence à l'infirmier. Une autre possibilité serait de trouver un terme générique moins médico-référentiel pour l'ensemble des professionnels de santé dont traite le livre 3¹³⁸.

[245] **Certains interlocuteurs de la mission ont plaidé pour une reconnaissance de la profession infirmière comme profession de santé à compétences définies.** Cela renvoie aux récents débats sur la création d'une profession intermédiaire¹³⁹, dont la mesure 7 du Ségur prévoyait de lancer une réflexion sur la création d'une profession médicale intermédiaire associant les ordres professionnels et en concertation avec l'ensemble des acteurs. Cette proposition se traduirait par une modification du CSP pour consacrer à la profession infirmière un livre dédié avant le livre 3 ou l'insérer dans le livre 1. Cette hypothèse est à envisager avec prudence dans le sens où elle nécessiterait un allongement important de la durée d'études des infirmiers, réduisant le vivier d'étudiants.

[246] **Ce sujet excède le périmètre de la mission qui considère que la première étape de cette évolution est marquée par l'avènement de la pratique avancée qu'il convient de conforter.** En effet, celle-ci fait face à de nombreux freins et peine à se développer comme un nouveau métier dans le paysage du système de soins français. Les questions de prescription, d'accès direct pour l'exercice de certaines missions, l'absence de modèle économique viable pour les infirmiers de pratique avancée en libéral ou les grilles salariales dans la fonction publique sont des sujets pour lesquels la mission n'a pas constaté de volonté de les dépasser dans un avenir proche¹⁴⁰. L'accélération du déploiement des IPA est indispensable pour renforcer l'accès aux soins en complément des propositions du présent rapport sur la profession infirmière.

¹³⁸ Le livre 3 est relatif aux « auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers ».

¹³⁹ Rapport du 25 novembre 2020 de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification.

¹⁴⁰ La mission IGAS/IGESR sur la concertation sur la pratique avancée infirmière (août 2022) recommande de « Veiller à la reprise des discussions entre professionnels IPA et médecins sur l'accès direct des patients aux IPA et les modalités concrètes d'adressage du patient susceptibles de simplifier, compléter ou remplacer à terme l'actuel protocole d'organisation entre médecins et IPA, salariées et libérales, défini par l'article R4301-3, et finaliser sur la base de cette concertation, le projet de décret en annexe 4 relatif à l'accès direct des patients aux IPA pour les activités « d'orientation, éducation, prévention, dépistage ».

LETTRE DE MISSION



GOUVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

*Le Ministre
des Solidarités et de la Santé*

*Le Ministre
de l'Enseignement supérieur,
de la Recherche et de l'Innovation*

Paris, le 17 MARS 2022

CAB OV/DGOS/RH2/FB/Pégase I-22-000198

Madame la cheffe de l'inspection générale des affaires sociales,
Madame la cheffe du service de l'inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche,

A travers la mise en œuvre de la stratégie « Ma Santé 2022 » puis de la déclinaison des accords du Ségur de la santé, nous avons tenu à ce que des actions fortes soient menées pour engager une vision à long terme du rôle des professions paramédicales dans la transformation de notre système de santé et en particulier des infirmiers. En tant qu'acteurs majeurs de nos organisations en raison de leur effectif et de leur polyvalence d'exercice, les infirmiers représentent un groupe professionnel sur lequel nous souhaitons nous appuyer pour poursuivre ces transformations en profondeur.

Alors que la question de l'attractivité des carrières a été posée de manière centrale avec plusieurs mesures visant à améliorer les perspectives de carrière et les rémunérations, notamment des personnels infirmiers, et que plus de 6.000 nouvelles places en formation ont été créées, il convient de prendre en compte la question de l'exercice et des compétences qui est également centrale dans l'attractivité du métier.

Si l'évolution de la profession infirmière a fait l'objet d'un parcours long et progressif de reconnaissance, c'est bien la pratique infirmière et sa construction juridique qui est à reconsidérer pour lui apporter l'agilité indispensable au contexte sanitaire mouvant et exigeant actuel. C'est dans cette perspective que nous souhaitons lancer dès que possible des travaux pour réingénier le métier (activités, compétences et formation), dont l'expertise est sous-utilisée et élaborer un cadre juridique moderne et opérant.

Publié en juillet 2021, le rapport d'information sur « l'organisation des professions de santé : quelle vision dans dix ans et comment y parvenir ? » de M. ISAAC-SIBILLE reconnaît ce constat et préconise d'augmenter les compétences socles et d'engager rapidement la révision des listes d'actes infirmiers.

Le décret infirmier, ancien (2004), nécessite d'être actualisé au regard de sa forme, élaboré actuellement selon des listes d'actes à réaliser en autonomie ou en fonction du type d'intervention médicale, et de son fond, en intégrant les évolutions de la profession en accord avec la réalité (consultation d'annonce, prévention, éducation thérapeutique, coordination et exercice multidisciplinaire).

Madame Nathalie DESTAIS
Cheffe de l'Inspection générale des affaires sociales

Madame Caroline PASCAL
Cheffe de l'Inspection générale de l'éducation,
du sport et de la recherche

14 avenue Duquesne – 75350 PARIS SP 07

21 rue Descartes – 75231 PARIS Cedex 05

Par ailleurs, la formation des infirmiers devra également être revue en profondeur en veillant à articuler deux exigences : d'une part, la nécessité de traduire cette refonte des compétences dans la formation des étudiants et d'autre part, veiller à ce que le temps de formation ne soit pas rallongé excessivement et que des passerelles puissent être créés ou préservés pour l'accès de certains professionnels paramédicaux à la formation.

La question de la durée de la formation est centrale dans la mesure où la France est mise en demeure de revoir la formation des infirmiers pour que celle-ci soit alignée sur les exigences européennes (*manque de 400h par rapport à la directive 2005/36/CE qui fixe des conditions minimales*).

En outre, il conviendra de structurer au sein de la filière universitaire en sciences infirmières les niveaux d'expertises cliniques à valoriser dans une trajectoire professionnalisante mais aussi de mieux appréhender l'évolution de carrière par la valorisation de la formation continue permettant ainsi une reconnaissance de l'expérience infirmière et une facilitation de la mobilité professionnelle.

Alors que la mission sur les « *trajectoires pour le partage des compétences entre professionnels de santé* » a examiné indirectement cette question, la nouvelle mission que nous vous confions, s'attachera à émettre des propositions d'évolution du métier étayées par une consultation élargie des publics concernés par cette réforme (*infirmiers de tous secteurs, formateurs, étudiants, sociétés savantes, conseils nationaux professionnels, médecins, universitaires, usagers et patients, homologues européens*). Le recueil de ces propositions et les recommandations que vous en déduirez seront des bases solides pour élaborer les référentiels et les textes réglementaires rénovant la profession.

Dans une vision prospective et afin de préparer la révision en profondeur du métier infirmier, votre mission aura pour objet :

1. **De déterminer les profils** des étudiants infirmiers, leurs motivations et leurs projets professionnels ;
2. **De caractériser les champs de compétences réels des infirmiers et leurs particularités** en établissement de santé et médico-sociaux en exercice collectif coordonné et en libéral ainsi que leur projection à moyen et long terme ;
3. **De reconnaître les nouvelles activités à intégrer dans le métier** socle en s'appuyant sur les usages actuels, les besoins du système de santé et ceux identifiés auprès des patients tout en considérant la soutenabilité des dépenses de santé ;
4. **D'identifier les voies d'entrée et de mobilité professionnelle**, notamment au sein de l'Union européenne ainsi que les **problématiques d'attractivité et de départ (prématuré) de la profession** ;
5. **D'explorer les opportunités et la pertinence** d'une construction juridique rénovée de l'exercice et des compétences infirmières au sein de l'écosystème des professions ;
6. **De déterminer en conséquence les possibilités d'évolution de la formation des infirmiers en précisant les trajectoires universitaires.**

Pour réaliser cette mission, vous pourrez vous appuyer sur les services de la Direction générale de l'offre de soins, la Direction de la sécurité sociale, la direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle, la Direction générale de la santé et la Direction générale de la cohésion sociale.

Nous souhaitons que vous nous remettiez votre rapport au plus tard en juillet prochain.

Nous vous prions d'agréer, Madame la Cheffe de l'Inspection générale des affaires sociales, Madame la cheffe du service de l'Inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche, l'expression de notre considération distinguée.



Olivier VERAN



Frédérique VIDAL

ANNEXE 1 : Les principales caractéristiques des étudiants et des professionnels infirmiers

[1] Dans plusieurs domaines, la mission s'est heurtée au manque de données fiables et/ou actualisées sur la profession infirmière. Ainsi, les effectifs d'infirmiers ont donné lieu à une révision importante à la baisse au cours de la mission. Par ailleurs, plusieurs études statistiques portant sur des axes de la mission sont en cours et devraient être disponibles d'ici 2023 : c'est le cas d'une étude sur les trajectoires professionnelles ou encore de l'étude exploitant les données de l'enquête « Écoles » qui permet notamment d'objectiver les taux d'abandon en cours de formation.

1 L'évolution des effectifs d'infirmiers

1.1 L'estimation du nombre d'infirmiers en France a été revue fortement à la baisse en juillet 2022 et la nouvelle estimation ne constitue qu'une approximation provisoire

[2] Selon les données de la DREES disponibles au début de la mission, fondées sur le répertoire ADELI, on comptait 764 260 infirmiers¹⁴¹ en activité en 2021 dont plus de 490 000 exerçant en milieu hospitalier. Cela en faisait, de très loin, la première profession de santé en France, devant les médecins (227 946 médecins à la même date¹⁴²).

[3] **Or, la DREES a mis en avant des fragilités croissantes dans la fiabilité des données issues du répertoire ADELI**, dont le décommissionnement est prévu pour 2023. Cette absence de fiabilité était liée en particulier à un phénomène de non-désinscription, et par conséquent de recensement à tort de professionnels inactifs. Il en est résulté une forte croissance des effectifs de professionnels âgés et plus globalement de l'ensemble des infirmiers. L'effectif d'infirmiers de plus de 62 ans a ainsi été multiplié par 4 entre 2012 et 2021 (de 30 000 à 127 000).

[4] **La fragilité des données d'effectifs infirmiers ne constitue donc pas un constat nouveau mais elle n'avait pas donné lieu à des actions correctives jusqu'en 2022.** En particulier, l'ordre national des infirmiers indique avoir alerté de longue date sur le manque de fiabilité des données et la nécessité de faire respecter l'obligation d'inscription à l'ordre pour les infirmiers.

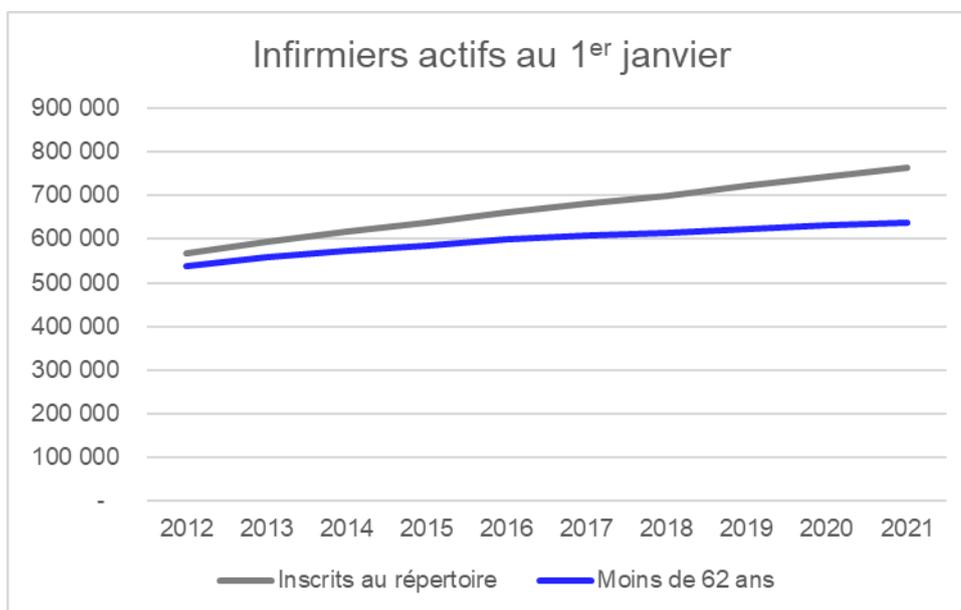
[5] **Face à un phénomène qui conduisait à biaiser fortement les effectifs totaux d'infirmiers, la DREES a fait le choix, en juillet 2022, de réviser le mode de comptage** en incluant désormais uniquement les professionnels âgés de moins de 62 ans. Ce choix présente une forme d'arbitraire mais il est justifié par la DREES à la fois au regard de l'âge légal de départ en retraite fixé à 62 ans et d'estimations de l'âge réel moyen de départ des infirmiers par mode d'exercice, sur la base des enquêtes annuelles de recensement de l'INSEE. Le chiffre ainsi obtenu, qui constitue donc une approximation dans l'attente de l'aboutissement de travaux de fiabilisation approfondis engagés par la DREES, implique la persistance d'une « légère surestimation » selon la DREES, notamment concernant les infirmiers à l'hôpital public. La mission souligne que plusieurs types de situations conduisent les infirmiers à partir à un âge différent de 62 ans, soit avant (cas des infirmiers ayant

¹⁴¹ Source : Répertoire ADELI- Drees, données au 1^{er} janvier 2021.

¹⁴² 227 946 médecins au 1^{er} janvier 2021 : Source : ASIP-Santé RPPS, traitements Drees - données au 1^{er} janvier 2021.

choisi de rester en « catégorie B » à l'hôpital) soit après (certains IDEL notamment). Le graphique suivant illustre l'écart croissant entre les résultats des deux méthodes de comptage sur la période 2012-2021.

Graphique 1 : Comparaison du total des infirmiers inscrits sur ADELI et de ceux de moins de 62 ans



Source : Répertoire ADELI-Drees, données au 1er janvier, 2012-2021

[6] **Cette restriction aux professionnels de moins de 62 ans conduit à estimer que 637 644 infirmiers seraient en activité au 01/01/2021.** La nouvelle méthode aboutit ainsi à réviser fortement à la baisse les effectifs, de 17 % pour les infirmiers. La révision la plus forte concerne les salariés.

[7] La mission souligne que **ces nouveaux chiffres doivent être pris comme une approximation** faute de méthode plus fine que celle consistant à exclure les professionnels de plus de 62 ans. Ce caractère d'approximation pourrait être indiqué plus clairement, et **l'estimation obtenue pourrait ne pas être présentée à l'unité près, ce qui donne une impression d'exactitude qui ne correspond pas à la réalité.**

[8] Face à cette situation non satisfaisante, la DREES a prévu de prioriser des travaux de construction de séries longues d'effectifs infirmiers en activité, en confrontant l'ensemble des sources disponibles pour élaborer un constat plus fiable sur la démographie infirmière des dix dernières années. Pour la mission, l'aboutissement de ces travaux constitue une priorité au vu de la sensibilité de la question des effectifs infirmiers ainsi que de l'usage fréquent de ces données, que ce soit pour les comparaisons internationales ou pour l'estimation de la répartition des infirmiers par région ou par mode d'exercice. De fait, la révision des données relativise le constat d'une hausse plus importante de la densité d'infirmiers rapportés au nombre d'habitants en France par rapport à ses principaux partenaires européens.

1.2 Les infirmiers représentent de très loin la première profession de santé en 2021

[9] Même après révision à la baisse de ses effectifs, la profession infirmière reste, de très loin, la première profession de santé du point de vue des effectifs, avec environ trois infirmiers pour un médecin.

[10] Les trois spécialités inscrites dans le décret d'exercice des infirmiers ne rassemblent qu'environ 5 % des infirmiers : la profession compte environ 19 000 infirmières puéricultrices, 6 500 infirmiers anesthésistes et 8 500 infirmiers de bloc opératoire.

[11] On compte environ 123 000 infirmiers libéraux ou en exercice mixte, soit le quart des professionnels de santé libéraux.

[12] La profession est très majoritairement féminine (87 % en 2021, proportion stable sur le long terme). La moyenne d'âge est de 41,5 ans (moyenne qui varie peu selon le sexe ou le mode d'exercice professionnel).

1.3 Une forte hausse du nombre d'infirmiers et de leur densité depuis vingt ans

[13] **Le nombre d'infirmiers a fortement augmenté depuis vingt ans même si cette hausse a été surestimée jusqu'à la correction intervenue en 2022.** Ainsi, la révision de ses estimations par la DREES en juillet 2022 conduit à faire passer la hausse d'effectifs sur la période 2000/2017 de +70 % à +42 %. La progression des effectifs infirmiers reste donc très significative¹⁴³. Par comparaison, le nombre de médecins a augmenté de 17 % sur la même période¹⁴⁴.

[14] **Cette hausse s'explique en premier lieu par la forte augmentation des quotas en IFSI au début des années 2 000.** Plus précisément, trois effets se conjuguent :

- La hausse des quotas. D'environ 18 000 jusqu'en 1999, les quotas sont passés à plus de 30 000 par an à partir de 2003.
- Une amélioration des taux d'adéquation entre inscriptions en IFSI et quotas : le déficit d'inscrits par rapport aux quotas dépassait 8 % au début des années deux mille mais il a été résorbé à partir de 2007.
- Une baisse du taux d'attrition en cours de scolarité sur longue période. Ainsi, l'écart entre le nombre d'inscrits sur une année et le nombre de diplômés trois ans plus tard, supérieur à 25 % dans les années deux mille, s'est réduit fortement dans les années deux mille dix (par exemple écart de 17 % en 2013 : voir *infra* partie sur la formation).

[15] **La hausse du nombre d'infirmiers s'explique en second lieu par la réforme des retraites de 2010 (décalage de deux ans du départ en retraite).** On note d'ailleurs une augmentation de la part des infirmiers âgés de plus de 50 ans qui va se poursuivre dans les prochaines années, notamment au détriment de la part des moins de trente ans¹⁴⁵.

¹⁴³ Cette correction conduit notamment à revoir l'analyse comparative de l'évolution des effectifs d'infirmiers entre pays de l'OCDE : voir l'annexe 2 relative aux éléments de comparaison internationale.

¹⁴⁴ Source : DREES pour l'ensemble des chiffres qui suivent.

¹⁴⁵ DREES, scénario tendanciel à horizon 2040.

[16] **La hausse du nombre d’infirmiers est contrastée selon les lieux d’exercice :**

- un doublement entre 2000 et 2020 du nombre d’infirmiers libéraux, passant de 50 000 à 100 000 ;
- une croissance moins dynamique en établissement de santé : + 23 % entre 2003 et 2017. En particulier, le taux de croissance a été faible dans les années deux mille dix¹⁴⁶. La crise du Covid a cependant conduit à augmenter les effectifs d’infirmiers en établissement de santé (cf. *infra*).

[17] **La hausse du nombre d’infirmiers a été plus rapide que celle de la population, conduisant à une forte hausse de la densité d’infirmiers** sur l’ensemble du territoire national (de 637 infirmiers pour 100 000 habitants en 2000 à 945 en 2021 soit une hausse de 48 %). Cette densité se situe cependant légèrement en-dessous de la moyenne européenne (UE 15)¹⁴⁷. En outre, la densité dite « standardisée », qui rapporte le nombre d’infirmiers à la population en tenant compte de la consommation de soins de chaque tranche d’âge, a augmenté moins vite que la densité brute, du fait du vieillissement de la population et de la demande induite en soins infirmiers.

[18] **Enfin, la croissance du nombre d’infirmiers ralentit au cours des années deux mille dix.** Le taux de croissance annuel passe de +2,7 % sur 2012-2016 à +1,3 % sur 2016-2021. Ce ralentissement vaut pour tous les lieux d’exercice en ville et en établissement.

1.4 Une des professions qui créeront le plus d’emplois dans les vingt prochaines années

[19] Les projections DARES / France Stratégie classent la catégorie « infirmiers et sages-femmes » au **deuxième rang parmi les métiers qui créeront le plus d’emplois nets à horizon 2030**, avec 113 000 emplois nets¹⁴⁸, derrière les ingénieurs informatiques (115 000) et devant les aides-soignants (110 000). Il faut y ajouter 143 000 départs d’infirmiers en fin de carrière prévus sur la même période, soit plus de 250 000 infirmiers à recruter.

[20] **Selon la DREES, le nombre d’infirmiers pourrait ainsi continuer à augmenter fortement jusqu’en 2040 avec 880 000 infirmiers projetés à cette date**¹⁴⁹. Cette augmentation continuerait à être plus rapide que celle de la population. Elle doit être mise en regard de deux phénomènes d’envergure, le vieillissement de la population qui contribuera à une hausse des besoins en soins, notamment à destination des infirmiers¹⁵⁰, mais aussi la baisse du nombre de médecins.

[21] Cette estimation à horizon de vingt ans présente cependant plusieurs limites qui doivent inviter à la considérer comme une approximation (cf. encadré *infra*).

¹⁴⁶ Dossiers de la DREES, décembre 2020, « Evolution des effectifs salariés hospitaliers depuis 15 ans ».

¹⁴⁷ Voir l’annexe 2 sur les éléments de comparaison internationale.

¹⁴⁸ Estimation du scénario de référence.

¹⁴⁹ DREES, Etudes et résultats, 1062, mai 2018.

¹⁵⁰ Les personnes de plus de 75 ans consomment 4 fois plus de soins infirmiers que les personnes de 65 à 74 ans, et 27 fois plus que les moins de 65 ans (donnée relative aux infirmiers libéraux, source : CNAM).

Les sous-jacents de la projection tendancielle du nombre d'infirmiers à horizon 2040

Les principales hypothèses conduisant à estimer un nombre d'infirmiers d'environ 880 00 en 2040 sont les suivantes :

- un maintien des quotas à leur niveau de 2017, soit 30 917 ; or, les quotas ont augmenté sur la période récente ; des estimations alternatives sont cependant proposées par la DREES en fonction d'hypothèses de modification des quotas ;
- le même « déficit » de diplômés par rapport aux quotas que sur la période 2013-2017 ;
- des comportements supposés constants en matière d'entrée dans la vie active ;
- des comportements de cessation d'activité des libéraux et des hospitaliers supposés constants par rapport à la situation observée entre 2011 et 2015.

Le modèle de projection utilisé par la DREES devrait être révisé à l'horizon 2023¹⁵¹.

1.5 La nécessité de travaux pour objectiver les besoins et mieux suivre l'évolution des effectifs

[22] **La correction sur les effectifs d'infirmiers réalisée en juillet 2022 illustre la fragilité dans le suivi de ces données.** La nouvelle évaluation par la DREES des effectifs, fondée sur l'estimation du nombre de professionnels de moins de 62 ans, constitue encore une approximation dans l'attente de travaux permettant de renforcer la fiabilité des chiffres.

[23] **L'observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) a, jusqu'à présent, centré ses travaux sur les professions médicales.** L'ONDPS n'avait pas été saisi sur les professions paramédicales jusqu'en 2022 et ne disposait pas des moyens suffisants pour étendre ses travaux au-delà du champ médical. L'observatoire vient cependant d'être missionné pour formuler des propositions sur le suivi et la prospective concernant la démographie des professions paramédicales. Il est demandé à l'ONDPS de promouvoir les études permettant d'améliorer la connaissance de ces professions et de leurs conditions d'exercice ainsi que les enquêtes permettant de connaître les perspectives démographiques de ces professions. L'objectif est de préparer une conférence sur la démographie non médicale qui pourrait se tenir en 2023, à l'image de celle organisée en 2021 sur les professions médicales.

[24] **La mission estime que ces travaux doivent être priorités, qu'il s'agisse de la connaissance des effectifs actuels d'infirmiers, de l'estimation des besoins actuels et futurs en professionnels et de leur traduction en effectifs à former chaque année.** Outre les effectifs actuels d'infirmiers, ces travaux devront nécessairement prendre en compte l'ensemble des facteurs qui influencent les besoins en professionnels : évolution des techniques de prise en charge, de la coordination entre professionnels, du champ de compétence de chaque profession etc.

¹⁵¹ Par ailleurs, cette projection n'a pas été affectée par la correction de données réalisée par la DREES en 2022, car elle est fondée sur le recensement de la population et non sur les données ADELI.

2 Les données disponibles sur les parcours de formation ne constituent pas aujourd’hui les outils de pilotage attendus

2.1 Les données disponibles auprès de la Drees sont incomplètes et parfois anciennes

[25] La DREES¹⁵² réalise chaque année depuis 1980 une enquête auprès des écoles de formation aux professions de santé dont les IFSI, dite enquête « Écoles ». Depuis 2003 et jusqu’en 2017, ce travail était complété par un recueil d’informations auprès des étudiants. Une nouvelle édition de l’enquête étudiants a lieu en 2022 et sera ensuite reconduite tous les 4 ans. La dernière étude¹⁵³ complète faite par la Drees, publiée en 2016, porte sur les infirmiers en formation en 2014.

[26] En l’absence de remontées automatisées, l’enquête « Écoles » nécessite de nombreuses relances et les données sont complexes à compiler dans des délais rapides : celles de 2021 ne seront disponibles qu’à la fin de l’année 2022.

[27] En conséquence, la mission n’a pu disposer que de données partielles pour la période récente et ce jusqu’à l’année 2020. En particulier, la DREES n’a pas été en mesure de fournir des informations importantes et fortement stratégiques aujourd’hui comme le nombre de diplômés 2021, le nombre d’inscrits dans les trois années à la rentrée 2021 mais aussi le nombre d’abandons de scolarité par établissement et par année d’étude.

2.2 Les remontées de données à la sous-direction des Système d’information et études statistiques (SIES) sont encore très perfectibles

[28] Les étudiants infirmiers devant désormais s’inscrire à l’université, la mission a souhaité connaître les données dont le SIES¹⁵⁴, le service statistique du ministère de l’enseignement supérieur et de la recherche (MESR) dispose afin de les rapprocher de celles de la DREES. Toutes les remontées d’information sur les étudiants sont réalisées par les universités dans le système d’information sur le suivi de l’étudiant (SISE).

[29] SISE recense l’ensemble des inscriptions effectives au 15 janvier de l’année N dans les différents établissements d’enseignement supérieur. Elle concerne les inscriptions prises en compte de l’année N-1 et de l’année N. À noter que cette enquête est précédée d’une collecte d’informations rapide d’estimation des nouveaux inscrits en première année de cursus licence qui s’effectue en octobre. Chaque inscription correspond à un étudiant repéré par son numéro INE¹⁵⁵, à un diplôme préparé et identifié par son code SISE et à une localisation distinguée par son numéro UAI¹⁵⁶. Cette remontée a pour finalité de disposer d’informations sur les effectifs d’étudiants et leurs caractéristiques socio démographiques, d’étudier les déroulements des cursus dans les établissements d’enseignement supérieur publics et privés et de réaliser des études sur les migrations et les origines scolaires.

¹⁵² La DREES fait partie du service statistique public, coordonné par l’institut national de la statistique et des études économiques (Insee).

¹⁵³ Études et résultats, 2016, n°0982, « Profil des infirmiers en formation en 2014 ».

¹⁵⁴ La sous-direction des Système d’information et études statistiques (SIES) a aussi le statut de service statistique ministériel (SSM) dont la coordination a été confiée à l’Insee.

¹⁵⁵ Le numéro INE est un identifiant national étudiant unique.

¹⁵⁶ Depuis 1978, chaque établissement possède un code unique UAI, pour unité administrative immatriculée, dans le répertoire national des établissements aussi appelé RNE.

[30] **Le constat dressé par la mission est que les effectifs des formations d’infirmiers sont encore inférieurs dans SISE par rapport aux effectifs des enquêtes de la Drees** même si le taux de couverture dans SISE s’améliore d’année en année (de 81 % à 88 % entre 2019 et 2021, les deux dernières années connues en juin 2022). En conséquence, le SIES n’a jamais fait d’étude sur les étudiants en formation d’infirmier, qui ne sont encore que partiellement inscrits en université.

Tableau 1 : Rapprochement du nombre d’inscrits par année en formation d’infirmier dans les IFSI à la rentrée 2019 entre La Drees et le SIES

2019 - 2020	Total	Bac+1	Bac+2	Bac+3
Ensemble des inscrits (effectif) : SISE	74 242	25 954	23 910	24 378
Ensemble des inscrits (effectif) : DREES	91 220	32 114	28 641	30 465
Taux de couverture de SISE (%)	81,4	80,8	83,5	80,0

2020 - 2021	Total	Bac+1	Bac+2	Bac+3
Ensemble des inscrits (effectif)	80 655	28 875	25 856	25 924
Ensemble des inscrits (effectif) : DREES	91 605	32 450	29 332	29 823
Taux de couverture de SISE	88,0	89,0	88,1	86,9

Source : *Données SIES – présentation mission*

[31] Quelques données sont exploitables pour les années 2019-2020 et 2020-2021. Il est difficile d’établir ces données pour des années antérieures, la couverture des inscriptions dans SISE étant vraiment trop partielle. Par ailleurs, vu le caractère incomplet des données individuelles, il n’est pas encore possible aujourd’hui d’effectuer de suivi de cohorte et d’identifier les étudiants qui abandonnent leurs études.

[32] Un travail de rapprochement des données disponibles entre le SIES et la DREES est engagé. En cible, ce travail collaboratif devrait pouvoir se réaliser sur une source unique de données. Dans la logique d’une universitarisation accrue, l’adoption du dispositif de collecte de données du SIES pourrait être étudiée. En effet, les opérations statistiques du ministère en charge de l’enseignement supérieur auprès des établissements d’enseignement supérieur sont annuelles et systématiques, exhaustives et fiables dans le cadre d’un dispositif qui oblige les universités à remonter les informations et les inscrit dans un processus qualité indispensable pour la production des outils de connaissance et d’aide au pilotage et de gestion du système éducatif de l’enseignement supérieur. La condition première pour y parvenir est d’obtenir rapidement 100 % des inscriptions des élèves infirmiers à l’université contre 88 % en 2020-2021.

2.3 Une enquête plus récente fournissant des tendances a été conduite par une association professionnelle

[33] La mission a aussi pris connaissance des résultats de l’enquête conduite par l’association professionnelle¹⁵⁷, le « comité d’entente des formations infirmières et cadres » (CEFIEC) auprès des

¹⁵⁷ Le Cefiec est une association professionnelle de structures de formation aux métiers de santé dont les IFSI.

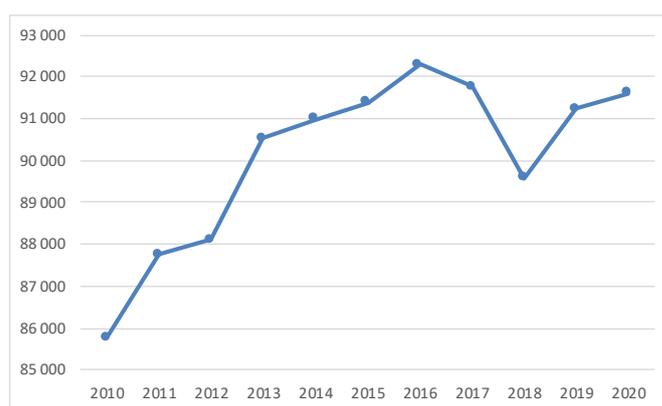
instituts de formation, intitulée « Profil des étudiants en soins infirmiers dans les instituts et leur employabilité » et menée en collaboration avec le ministère des solidarités et de la santé.

[34] Cette enquête a été réalisée de décembre 2021 à janvier 2022 auprès des 330 instituts, environ 60 % ont répondu. Le temps moyen de remplissage était important (2h25) avec au final un taux de complétion seulement de 43 % et pour certaines questions un taux de réponse inférieur à 50 %. La mission retrouve ici les mêmes difficultés de recueil et de remontée d'informations vues précédemment avec les enquêtes de la Drees qui soulèvent la question de l'étendue du réseau des IFSI et de leur grande disparité quant à leur capacité à un suivi fin, individualisé et longitudinal. Néanmoins, il faut souligner cette initiative du CEFIEC qui a permis de recueillir quelques données 2021 *a minima* indicatives de tendances à observer et à confirmer avec les prochaines études de la Drees.

2.4 Entre 2010 et 2020, le nombre d'étudiants inscrits augmente quand celui des diplômés est relativement stable depuis 2013 après une forte hausse entre 2010 et 2012

[35] À la rentrée 2020, 91 605 étudiants¹⁵⁸ (soit une hausse de 6,8 % par rapport à 2010) étaient inscrits dans les 326 instituts¹⁵⁹ de formation en soins infirmiers.

Graphique 2 : Évolution du nombre d'inscrits dans les IFSI de 2010 à 2020



Source : Drees – présentation mission

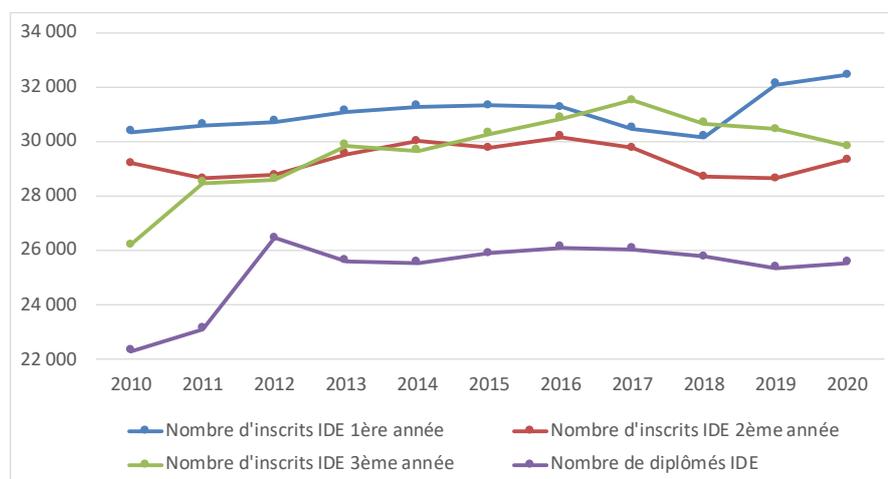
[36] Parmi eux, on compte 32 450 étudiants en première année, soit une hausse de 6,9 % par rapport à 2010.

[37] Le nombre de diplômés en 2020 est de 25 558, soit une hausse de 14,6 % par rapport à 2010 mais demeure encore inférieur à celui de la plupart des années depuis 2012 alors même que le nombre d'inscrits en première année augmente fortement.

¹⁵⁸ Données de la Drees.

¹⁵⁹ À noter que ce nombre d'instituts déclaré par la Drees est inférieur à celui constaté dans la plateforme Parcoursup.

Graphique 3 : Évolution du nombre d'inscrits dans les IFSI par année et du nombre de diplômés de 2010 à 2020



Source : Drees – présentation mission

2.5 Le profil des étudiants évolue notamment depuis la mise en œuvre de la plateforme Parcoursup

[38] Jusqu'en 2017, l'enquête « Écoles » fournissait des informations recueillies auprès des étudiants sur leur profil comme l'âge, la série de baccalauréat des bacheliers entrants ou inscrits, le niveau d'études ou de diplôme le plus élevé avant l'accès à la formation, les professions et catégories socioprofessionnelles des parents, etc. ; des informations en partie reprises dans la publication de la Drees déjà citée de 2014.

[39] Certaines de ces informations seraient utiles pour un pilotage des recrutements et pour une meilleure maîtrise des éventuelles évolutions de la composition du vivier des futurs infirmiers ce qui stipule un suivi et une analyse annuels.

2.5.1 Les étudiants infirmiers sont plus jeunes

[40] Entre 2010 et 2017, seule la catégorie d'âge des moins de 20 ans des nouveaux inscrits en 1^{ère} année augmente passant de 33 % à 41 % ; toutes les autres diminuent en particulier celle des 20 à 22 ans qui baisse de 4 points (36 % à 32 %). Les données du SIES présentent la même tendance à la baisse entre les inscrits en troisième année en 2019, en troisième, deuxième et première année en 2020 avec respectivement un âge moyen de 25, 25, 23 et 22 ans (et un âge médian respectivement de 22, 22, 20 et 19 ans). Le format des données ne permet pas de déterminer s'il y a un effet « Parcoursup » à partir de la rentrée 2019. Mais la suppression du concours et de la formation préparatoire (qui concernait environ un tiers des étudiants entrants en 2014) a dû avoir mécaniquement pour effet de rajeunir la population étudiante entrante. En parallèle, il sera utile d'observer si l'augmentation du nombre de réorientations constatées dans les formations de l'enseignement supérieur notamment dans les universités se vérifie sur cette formation paramédicale.

2.5.2 La féminisation s'accroît

[41] La proportion de femmes parmi les inscrits en première année de formation dans les IFSI n'a cessé de croître en dix ans, passant de 83 % en 2010 à 88 % en 2020. À noter que cette proportion a augmenté de trois points en 2019 et 2020, les deux premières années de recrutement via la plateforme Parcoursup. Il sera intéressant d'observer si cette tendance se confirme sur les années suivantes. Par ailleurs, ce taux pour les diplômés est quasiment stable, oscillant entre 84 et 86 % sur la même période.

2.5.3 Le nombre de bacheliers généraux scientifiques diminue

[42] Depuis 2018, les enquêtes de la Drees ne fournissent plus le type et la série de baccalauréat obtenu par les étudiants inscrits. Pour les années qui précèdent, ces informations sont parcellaires et ne permettent pas un suivi distinguant chaque année d'étude, les néo bacheliers pour les inscrits en première année et les entrants par la voie de l'apprentissage et de la formation professionnelle.

[43] Les données disponibles aujourd'hui, assez disparates, entre 2010 et 2017, montrent une diminution significative de la proportion des nouveaux étudiants inscrits en première année des IFSI ayant obtenu un baccalauréat général (d'environ 59 % à 53,4 %) et une relative stabilité pour celle ayant obtenu un bac technologique (de 38 à 37,3 %). En revanche, celle des étudiants ayant obtenu un bac professionnel augmente de plus de cinq points (de 3 % à 7 %).

[44] Les données communiquées par le SIES pour 2019 et 2020 confirment cette évolution baissière en deuxième et troisième années pour les bacheliers généraux et principalement les bacheliers généraux scientifiques inscrits. Cette tendance s'accroît pour ceux inscrits en première année à la rentrée 2019 avec un taux d'environ 39 % (mais qui remonte en 2020 avec un taux de 43 %). La proportion de bacheliers technologiques en 2019 est d'environ 34 %, en diminution donc par rapport à la période 2010 – 2017 et la rentrée 2020 est caractérisée par une nouvelle baisse de – 4 à 5 points. *A contrario*, le taux¹⁶⁰ de bacheliers professionnels des inscrits en première année aux rentrées 2019 et 2020 est d'environ 16 % soit une forte augmentation : + 7 à 8 points par rapport aux années précédentes.

Évolution du type de baccalauréat obtenu par les étudiants inscrits sur la période 2010 à 2020 en %

niveau d'étude	Bac+1 (nouveaux inscrits)		Bac+1		Bac+2		Bac+3	
	2010	2017	2019-2020	2020-2021	2019-2020	2020-2021	2019-2020	2020-2021
Baccalauréat général	59	52,4	39,3	43,4	47,0	40,6	48,8	47,2
<i>dont scientifique</i>			23,5	29,5	28,7	24,9	29,7	29,0
<i>dont économique et social</i>			12,0	10,6	13,5	12,0	14,1	13,5
<i>dont littéraire</i>			3,8	3,3	4,8	3,8	5,0	4,7
Baccalauréat technologique	38	37,6	34,7	29,6	34,1	34,9	33,8	34,0
Baccalauréat professionnel	3	8,6	16,0	16,3	8,8	14,5	7,7	8,6
Dispensé	NC	NC	10,0	10,7	10,1	9,9	9,7	10,2

Source : SIES, SISE-inscriptions 2019 et 2020 ; Drees, enquête "Écoles"

[45] Ces tendances et observations sont à confirmer sur les exercices suivants, elles sont très certainement à corréliser avec les transformations des modes de recrutement induites par l'introduction de la plateforme Parcoursup et la suppression des concours. Elles constitueront des

¹⁶⁰ Ce taux est encore plus élevé pour les nouveaux entrants et les néobacheliers, respectivement 20,6 et 21,2 % en 2020-2021.

éléments indispensables pour le pilotage du recrutement et de la formation des infirmiers notamment sur le profil scientifique des étudiants ou encore l'accompagnement dans un parcours de réussite.

2.5.4 La mobilité régionale des étudiants en formation d'infirmier est à étudier

[46] L'étude de la Drees de 2014 montrait l'importance de la mobilité des nouveaux étudiants inscrits en première année de formation d'infirmier : environ 20 % d'entre eux changeaient de région¹⁶¹ pour suivre leurs études et ce, malgré un maillage territorial important des IFSI et avec des écarts importants entre les régions quant aux flux entrants et sortants. Les facteurs qui pouvaient influencer de manière significative ces mobilités étaient multiples, comme le fait de suivre une formation préparatoire à l'entrée dans un IFSI qui augmente la tendance à aller étudier dans une autre région, comme l'âge (« ...plus l'élève infirmier est jeune, plus sa propension à étudier dans une autre région augmente. ») ou le sexe (les hommes changent plus de région que les femmes).

[47] La question du lieu d'étude a été maintes fois abordée lors des entretiens de la mission avec divers acteurs, notamment sous l'angle de l'éloignement comme cause potentielle de difficultés sociales et d'abandon des étudiants. Il sera donc indispensable de reprendre l'étude réalisée il y a huit ans et d'observer en particulier (mais pas seulement¹⁶²) si le recrutement à partir de 2019 par la voie de Parcoursup a engendré des modifications sur les choix des étudiants quant à leur mobilité territoriale.

2.5.5 L'origine sociale des étudiants infirmiers est stable : près de 50 % ont des parents employés ou ouvriers

[48] Plusieurs indicateurs sociaux sont disponibles¹⁶³ : le taux évalué du nombre de boursiers de la région par rapport au nombre d'étudiants hors salariés et chômeurs varie d'environ 31 % en 2010 à presque 40 % en 2017.

[49] Les statistiques sur les professions et catégories socioprofessionnelles (PCS) des parents indiquent quelques fluctuations dans le profil social des parents des étudiants infirmiers inscrits en première année. Les enfants d'employés et d'ouvriers (et la mission émet l'hypothèse que les enfants de retraités sont compris dans l'une et l'autre de ces catégories) représentent 44 % des effectifs inscrits en 2010 et 48 % en 2017. Ceux de cadres ou professions intermédiaires (dont les enseignants) représentent 37 % des effectifs inscrits en 2010 et 25 % en 2017, soit une baisse de 12 points. Enfin les étudiants enfants d'indépendants (agriculteurs, artisans, commerçants et chef d'entreprise) représentent 12 % des effectifs inscrits en 2010 et 14 % en 2017.

[50] Les statistiques sur les PCS des parents recueillis par le SIES pour les années 2019 et 2020 sont plus difficiles à exploiter dans la mesure où elles n'ont pas été renseignées pour 16 % des étudiants. Néanmoins la mission observe une répartition entre les catégories socioprofessionnelles assez semblable sauf pour les indépendants : employés et d'ouvriers, 47 % ; cadres ou professions intermédiaires, 28 % ; indépendants, 7 %.

¹⁶¹ L'étude avait été réalisée à partir du découpage des anciennes régions.

¹⁶² D'autres facteurs seraient à analyser comme la plus ou moins grande intégration universitaire, la proximité ou non d'un CHU, l'étendue et la diversité de l'offre en matière de terrain de stage, etc.

¹⁶³ L'étude de la Drees de 2014 précisait que : « La part des étudiants dont un des parents est cadre ou exerce une profession intellectuelle supérieure est la même dans les filières paramédicales que parmi les élèves de première année de PACES en 2013-2014 (Fauvet, 2015). Elle est inférieure de 20 points chez les élèves infirmiers. »

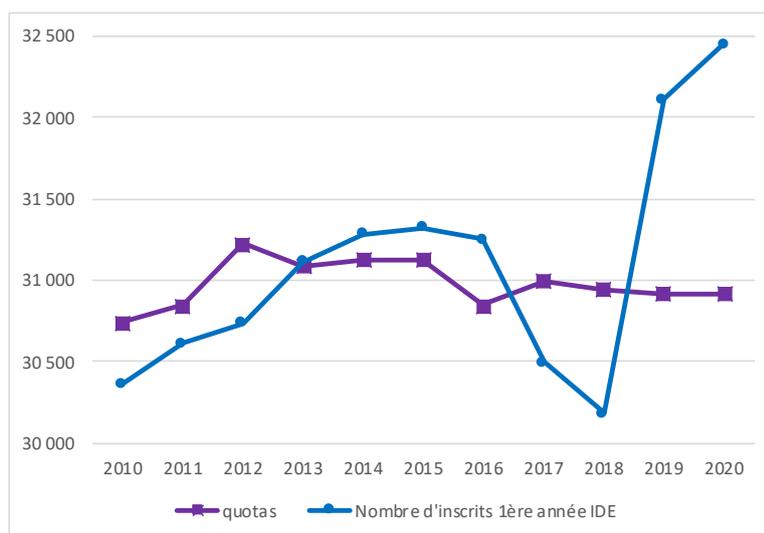
2.6 Une forte déperdition des effectifs étudiants qui comprend les abandons, constatée depuis 2010

2.6.1 Des quotas en forte augmentation : un défi de remplissage pour les IFSI

[51] Le nombre maximum d'étudiants à admettre en première année d'études préparatoires au diplôme d'État d'infirmier est défini chaque année par arrêté ministériel (ministre en charge de la santé) ; il est ensuite décliné par région. Ces quotas ont été stables autour d'environ 31 000 places par an au cours de la période 2010 à 2019. Dans le cadre du Ségur de la santé et du plan France Relance, il a été décidé de les augmenter de 6 600 places supplémentaires en IFSI entre 2020 et 2022 pour répondre aux besoins d'infirmiers : 32 069 places pour 2020-2021 (soit + 1 149 places par rapport à l'année précédente) ; 34 037 en 2021-2022 et 36 144 en 2022-2023.

[52] Le rapprochement de ces quotas du nombre d'inscrits en première année permet d'observer si les IFSI ont la capacité de répondre aux objectifs nationaux et régionaux (en termes de vivier pour le recrutement et d'accueil pour l'organisation de la formation). Le taux de remplissage au niveau national est globalement satisfaisant sur la période observée, par contraste avec les années deux mille qui connaissaient un « déficit » d'inscrits. Pour les années où le nombre d'inscrits en première année est inférieur au quota, l'écart représente au maximum 2,5 % du quota (en 2018). Pour les années de 2013 à 2016 et de 2019 à 2020, le taux de remplissage est 100 %. Pour les deux dernières années, le nombre d'inscrits est nettement supérieur aux quotas (respectivement + 1 193 et + 1 530). Ces données sont à relativiser car les inscrits en première année comprennent les primo-entrants directement concernés par le nombre de places autorisées mais aussi les redoublants et les reports de scolarité. Par ailleurs l'analyse usuelle de la DREES fait que les quotas de l'année universitaire N / N+1 sont attribués et comparés aux inscrits de l'année N+1 ce qui peut introduire quelques biais certaines années.

Graphique 4 : Évolution comparative des quotas et du nombre d'étudiants inscrits en première année d'IFSI de 2010 à 2020



Source : Drees – présentation mission

2.6.2 Le niveau de diplomation n'est pas à la hauteur des objectifs et des enjeux

[53] Si les IFSI réussissent à ajuster les recrutements aux augmentations des quotas, en revanche, il n'en est pas de même pour le nombre de diplômés.

[54] Le rapprochement des quotas de l'année N du nombre de diplômés de l'année N+3 met en évidence un écart constant sur la période observée 2010-2020 (même s'il se réduit à partir de 2012) avec un nombre de diplômés très inférieur aux quotas arrêtés trois ans plus tôt : en moyenne - 5 143 si l'on excepte les années 2010 et 2011, soit - 17 % par rapport au nombre de places autorisées et financées.

Tableau 2 : Évolution de l'écart entre le nombre de diplômés et le quota à N-3 de 2010 à 2020

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
quotas	30 739	30 846	31 226	31 088	31 128	31 128	30 844	30 997	30 947	30 921	30 920
Nombre de diplômés IDE	22 311	23 113	26 447	25 619	25 539	25 888	26 111	26 065	25 757	25 358	25 558
écart diplômés (N+3)-quota (N)	-7 689	-7 229	-4 182	-5 120	-5 307	-5 338	-4 977	-5 063	-5 371	-5 486	-5 439
	-26%	-24%	-14%	-16,7%	-17,2%	-17,1%	-16,0%	-16,3%	-17,3%	-17,8%	-17,5%

Source : DREES – présentation mission

[55] **La même analyse peut être réalisée de la différence entre le nombre de diplômés et le nombre d'étudiants ayant commencé leur formation trois années plus tôt.** L'écart s'est fortement réduit à partir de 2012 et est plutôt stable sur la période 2012-2020 : cela représente en moyenne environ 5 100 étudiants d'une promotion qui ne seraient pas diplômés (soit une moyenne de 17 %). Ce rapprochement est très théorique car il ne tient pas compte des flux entrants et sortants à commencer par les redoublants.

Tableau 3 : Évolution de l'écart entre le nombre de diplômés et le nombre d'inscrits en première année à N-3 de 2010 à 2020

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Nombre d'inscrits IDE 1ère année	30 363	30 609	30 735	31 116	31 286	31 322	31 253	30 493	30 182	32 114	32 450
Nombre de diplômés IDE	22 311	23 113	26 447	25 619	25 539	25 888	26 111	26 065	25 757	25 358	25 558
écart diplômés (N+3)-inscrits 1ère année (N)	-7 410	-7 798	-4 855	-4 744	-5 070	-4 847	-5 005	-5 221	-5 565	-5 895	-4 935
écart en %	-25%	-25%	-16%	-16%	-17%	-16%	-16%	-17%	-18%	-19%	-16%

Source : Drees – présentation mission

[56] L'observation *infra* de l'évolution du nombre d'inscrits montre que la déperdition d'effectifs est relativement faible entre 2012 et 2020, elle ne peut donc pas justifier la différence sur le nombre de diplômés. En réalité c'est le rapport entre le nombre d'inscrits en troisième année et le nombre de diplômés qui constitue l'explication principale des écarts. Ce taux moyen annuel de réussite est de 85 % entre 2010 et 2020 soit une moyenne chaque année de 4 200 étudiants de troisième année qui n'obtiennent¹⁶⁴ pas leur diplôme. Il serait utile de rapprocher ce taux de celui d'autres formations professionnelles de l'enseignement supérieur afin d'observer et analyser d'éventuels écarts. Ces taux d'échec sont très surprenants pour une formation professionnelle et particulièrement sur la

¹⁶⁴ D'après données de la Drees, il semble qu'environ 12 % des inscrits en troisième année ne sont pas « présentés » pour être diplômés.

troisième et dernière année. L'amélioration du taux de réussite va constituer un défi majeur pour les instituts.

2.6.3 Des données fiables sur la déperdition des effectifs étudiants et les abandons manquent

[57] Les écarts constatés précédemment se manifestent également dans un suivi du nombre d'inscrits sur les trois années d'étude du cursus de formation d'infirmier. Il ne s'agit pas d'un suivi de cohorte (nous l'appellerons « suivi de promotion ») puisqu'en deuxième et troisième années s'ajoutent les redoublants (voire les triplants) et d'éventuels nouveaux entrants, néanmoins les données observées sont significatives.

[58] La diminution des effectifs inscrits entre la première et la deuxième années d'une même promotion est importante : une variation de - 1 107 entre les inscrits en première année en 2013 et les inscrits en deuxième en 2014 jusqu'à - 2 782 entre les inscrits en première année en 2019 et les inscrits en deuxième année en 2020.

[59] La baisse du nombre d'inscrits entre les deux premières années de formation représente entre 4 à 6 % des effectifs de première année dans les IFSI. Ces données correspondent pour partie au nombre et proportion d'abandons¹⁶⁵ (et des reports d'études) mais sont minorées car elles ne tiennent pas compte du nombre de redoublants réinscrits en deuxième année.

[60] Les mêmes observations réalisées sur les inscriptions en troisième année comparées à celles de deuxième année sont très différentes car mises à part les années 2011 et 2012, le nombre d'inscrits en troisième année est supérieur à celui de deuxième année, sans doute sous l'effet masquant du nombre de redoublants et nouveaux entrants. En conséquence, il est impossible de dénombrer et d'approcher les effectifs d'abandons¹⁶⁶ dans ce passage de deuxième en troisième années.

[61] Au final entre les inscrits en première année et ceux de troisième année pour une même promotion, les différences varient entre - 2 807 et + 173 ou en proportion des inscrits de première année entre - 9 % (2011) et + 0,6 % (2017). Mais ces données ne sont pas significatives car très certainement fortement majorées par le nombre cumulé de redoublants de deuxième et troisième année et donc ne permettent pas, en l'absence de suivi de cohorte (qu'une inscription systématique en université permettrait de réaliser via l'enquête SISE), de chiffrer objectivement le nombre et la proportion d'abandons au cours d'un cursus de formation d'infirmier.

Tableau 4 : Évolution du nombre d'inscrits par année d'étude de 2010 à 2020

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Nombre d'inscrits IDE 1ère année	30 363	30 609	30 735	31 116	31 286	31 322	31 253	30 493	30 182	32 114	32 450
Nombre d'inscrits IDE 2ème année	29 200	28 641	28 760	29 555	30 009	29 758	30 182	29 769	28 718	28 641	29 332
Nombre d'inscrits IDE 3ème année	26 204	28 495	28 620	29 860	29 681	30 297	30 851	31 495	30 673	30 465	29 823
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Nombre d'inscrits IDE 1ère année	30 363	30 609	30 735	31 116	31 286	31 322	31 253	30 493	30 182	32 114	32 450
Ecart inscrits 2ème et 1ère année	-2 102	-1 722	-1 849	-1 180	-1 107	-1 528	-1 140	-1 484	-1 775	-1 541	-2 782
Ecart inscrits 3ème et 2ème année		-705	-21	1 100	126	288	1 093	1 313	904	1 747	1 182
Ecart inscrits 3ème et 1ère année		-2 807	-1 743	-749	-1 054	-819	-435	173	-580	-28	-359

Source : Drees – présentation mission

¹⁶⁵ L'étude de la Drees de 2014 estimait le nombre d'abandons à 1 241 entre la première et deuxième année, soit environ 4 % de la promotion de première année.

¹⁶⁶ La Drees estime le nombre d'abandons entre la deuxième et la troisième année à 930 en 2014.

[62] Les quelques données du SIES, si elles ne permettent pas d'indiquer le nombre d'abandons, fournissent quelques pistes d'analyse comme une proportion d'étudiants avec un bac professionnel qui diminue entre les néo bacheliers de première année en 2019-2020 et les inscrits de deuxième année en 2020-2021 (21,2 % à 14,5 %) qui pourrait indiquer une plus forte propension de ces étudiants à abandonner cette formation ; comme une proportion d'hommes en légère hausse entre les inscrits de 2^{ème} année en 2019-2020 et ceux de troisième année en 2020-2021 (13,9 % à 14,4 %) qui pourrait indiquer soit une persévérance plus grande soit un nombre de redoublants plus élevé parmi les hommes.

[63] Le CEFIEC, dans l'étude mentionnée *supra*, a interrogé les IFSI adhérents sur le nombre de places offertes et occupées en première année à la rentrée 2021 et deux mois après. Sur l'échantillon retenu des 165 IFSI qui ont complété toutes les données, 2 271 étudiants ont quitté la formation sur les 17 612 places occupées (pour un nombre total de places offertes de 18 008) soit environ 13 %.

[64] Ces données nécessitent d'être confirmées si possible par les enquêtes de la DREES afin d'obtenir les réponses de la totalité des instituts et non de 50 % ce qui peut constituer un biais selon la taille et la nature de ceux qui ont répondu et afin de cibler les informations recherchées sans créer d'éventuelles ambiguïtés sur leur dénomination. Il s'agit de suivre les inscrits par rapport aux quotas fixés en distinguant les nouveaux inscrits des redoublants, pour les entrants en distinguant les voies d'accès, pour ceux issus de la sélection Parcoursup en distinguant *a minima* les néobacheliers.

3 La répartition géographique et par lieu d'exercice

3.1 Les lieux d'exercice des infirmiers sont très divers

Au 1^{er} janvier 2021, plus de 63 % des infirmiers travaillent en établissement de santé.

Tableau 5 : Répartition des infirmiers par lieu d'exercice en 2021

Ensemble des infirmiers	Libéraux ou mixtes	Salariés en établissement de santé	Autres salariés
637 644	123 357	402 864	111 423
100 %	19 %	63 %	18 %

Source : DREES. NB : les infirmiers des SSIAD, EHPAD, établissements pour personnes handicapées sont comptés dans la catégorie « autres salariés ».

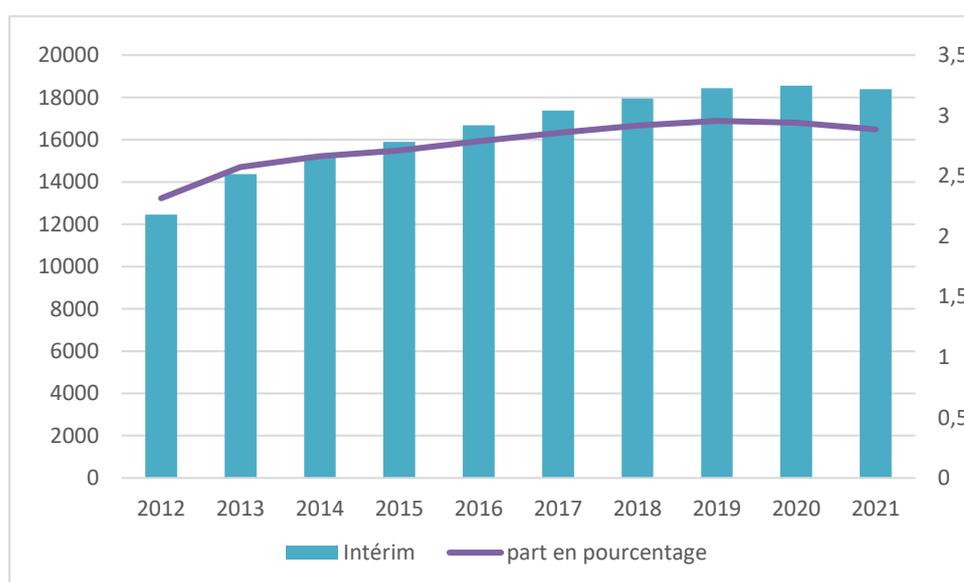
[65] **Les lieux d'exercice sont très divers.** L'hôpital public représente le premier d'entre eux avec près de la moitié des infirmiers y exerçant. 44 % des infirmiers exercent à l'hôpital public. 6 % des infirmiers exercent en EHPAD.

[66] Au-delà des principaux lieux d'exercice, les infirmiers sont présents dans de très nombreux types de structures, par exemple en santé scolaire et universitaire (3 600 infirmiers), en centres de santé (6 500), en société d'intérim (18 500). Sur le champ médico-social, les établissements pour personnes âgées comptent 35 300 infirmiers et les établissements pour personnes handicapées 7 300 infirmiers en 2021.

[67] **La répartition par lieu d'exercice varie avec l'âge, notamment du fait de l'obligation d'exercer deux ans dans une équipe de soins généraux¹⁶⁷ pour les infirmiers nouvellement diplômés.** Les changements de lieux d'exercice sont fréquents chez les infirmiers de moins de trente ans puis leur fréquence décroît régulièrement avec l'âge. L'exercice mixte est relativement peu développé notamment eu égard aux règles de la fonction publique en matière d'autorisation de cumul d'emploi.

[68] Sur la question de l'intérim, on constate **qu'au 1er janvier 2021, environ 3 % des infirmiers exercent pour le compte d'une société d'intérim.** L'exercice en intérim, s'il augmente de façon constante depuis 2012 passant de 12 449 à 18 397 infirmiers en 2021, ne connaît pas de forte augmentation en proportion (de 2,3 % à 2,88 % du total des infirmiers entre 2012 et 2021, avec un pic à 2,96 % en 2019). Cette augmentation est continue et on ne remarque pas d'augmentation significative une année donnée.

Tableau 6 : Part de l'intérim dans l'exercice infirmier



Source : Données DREES, démographie des professionnels de santé

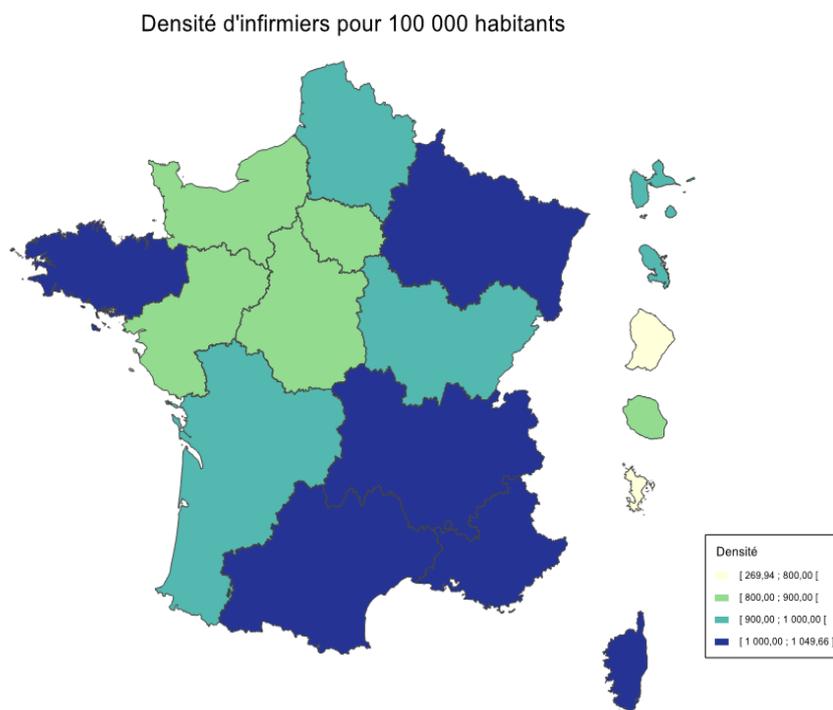
3.2 Les infirmiers sont présents sur tout le territoire avec une répartition géographique marquée par de forts écarts notamment sur le champ libéral

3.2.1 La répartition des infirmiers est marquée par de fortes inégalités géographiques au profit des territoires du sud et de l'ouest

[69] Les régions dans lesquelles la densité est la plus faible sont certains départements d'outre-mer (La Réunion, Mayotte, Guyane), l'Île-de-France, les Hauts-de-France, le Centre Val-de-Loire et les Pays de la Loire.

¹⁶⁷ Notamment en établissement de santé. Voir annexe 3.

Carte 1 : Densité régionale d'infirmiers pour 1 000 habitants en 2021



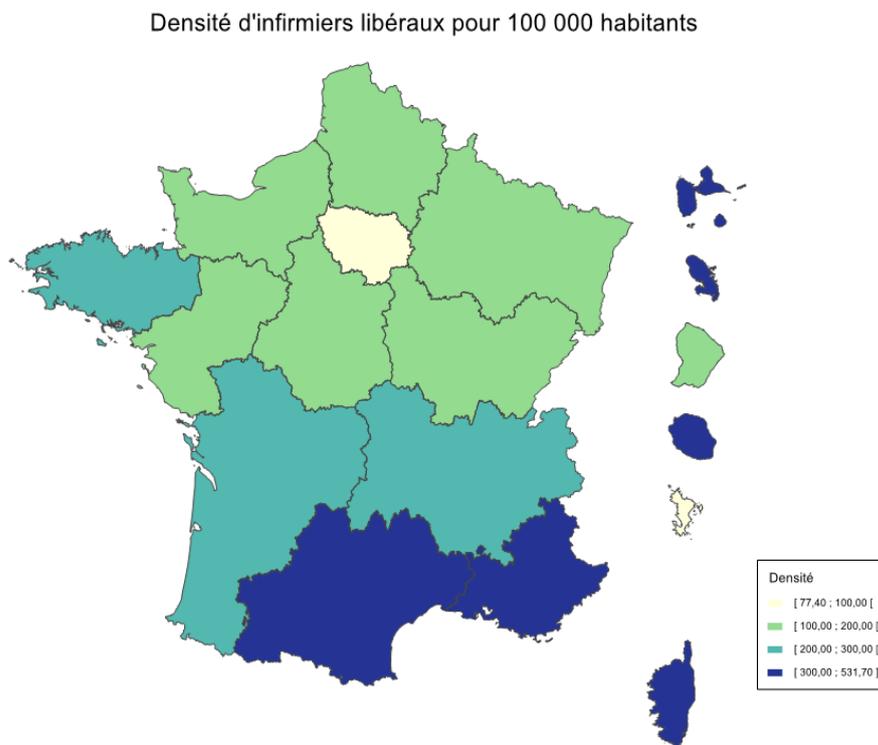
Source : DREES

3.2.2 Les écarts les plus marqués concernent la répartition des infirmiers libéraux

[70] Les densités d'infirmiers libéraux varient de 1 à 6 en dépit de la régulation de l'installation des infirmiers libéraux mise en place en 2009¹⁶⁸. Les densités régionales les plus faibles sont constatées à Mayotte et en Île-de-France. Les régions du nord sont moins bien dotées en moyenne, reflétant une moindre attractivité par rapport à celles du sud (à l'exception de la Bretagne). À titre d'illustration, la densité d'infirmiers libéraux est quatre fois plus élevée en PACA qu'en Île-de-France, et presque trois fois plus élevée en Occitanie par rapport à Centre Val-de-Loire alors même que la proportion de personnes âgées de plus de 65 ans est similaire dans ces deux régions. On note également de forts écarts entre territoires d'une même région.

¹⁶⁸ Depuis 2009 pour les zones surdotées, une installation n'est acceptée qu'en cas de cessation définitive d'activité d'un infirmier conventionné dans ces mêmes zones.

Carte 2 : Densité d'infirmiers libéraux par région en 2021



3.2.3 L'accessibilité aux soins infirmiers progresse en dépit des écarts territoriaux

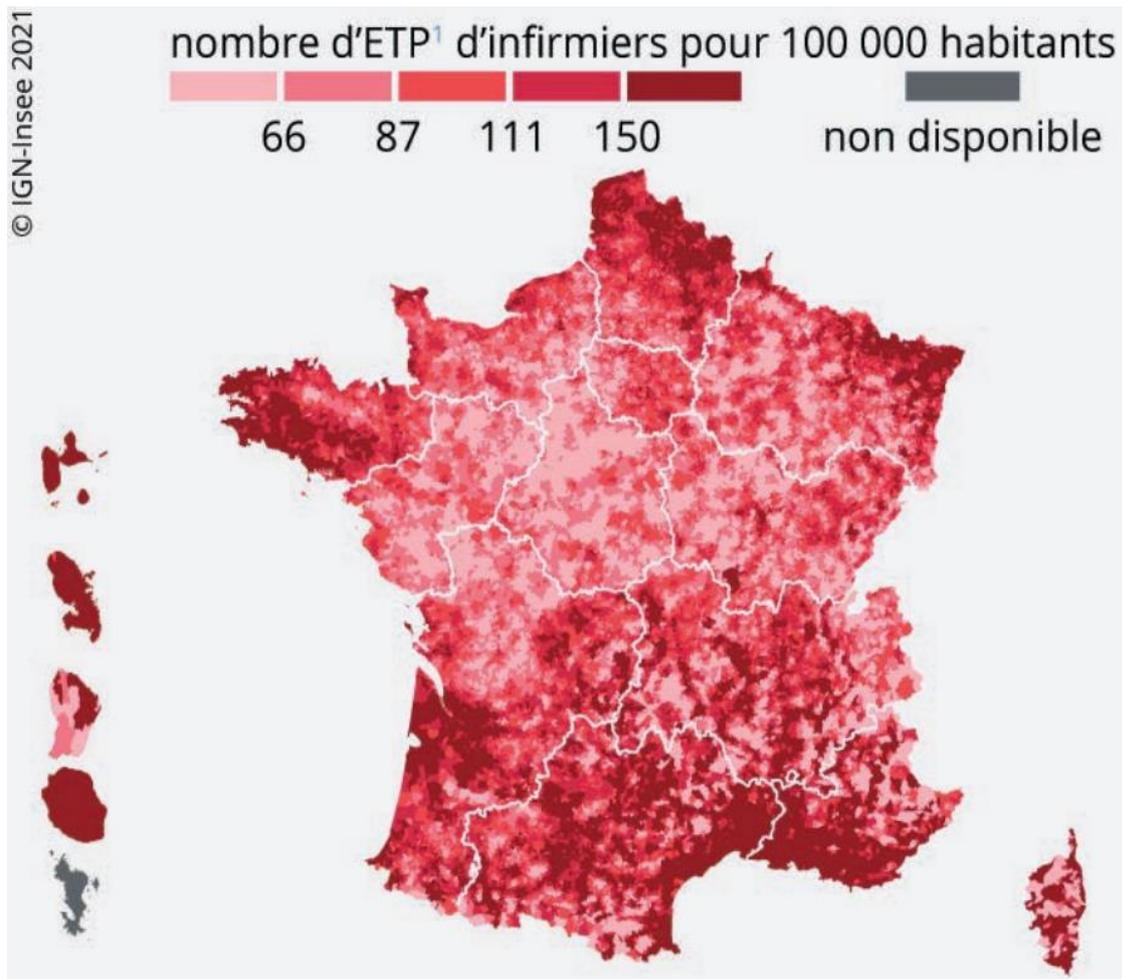
[71] Le nombre d'infirmiers libéraux par habitant ne suffit pas à caractériser l'accès aux soins sur un territoire. Pour cette raison a été construit un **indicateur local d'accessibilité aux soins, l'accessibilité potentielle localisée (APL) qui permet de mesurer l'accessibilité des soins de ville dans chaque commune**, en tenant compte à la fois de la proximité et de la disponibilité des professionnels de santé libéraux¹⁶⁹. Selon cet indicateur, au niveau national, les 10 % d'habitants les mieux dotés ont une accessibilité moyenne aux infirmiers quatre fois supérieure aux 10 % les moins bien dotés.

[72] **Selon ce même indicateur, l'accessibilité moyenne aux infirmiers a progressé de 4 % entre 2016 et 2019, contrairement à l'accessibilité des médecins qui a baissé de 6 % sur la même période¹⁷⁰.** La mission souligne que cette estimation ne porte que sur l'offre libérale sur la base de données assurance maladie ; de ce fait, son exactitude n'est pas affectée par les corrections réalisées par la DREES sur les effectifs infirmiers en juillet 2022.

¹⁶⁹ Calculé au niveau de la commune, l'APL tient compte de l'offre et de la demande issues des communes environnantes, de façon décroissante avec la distance. Il intègre en outre une estimation du niveau d'activité des professionnels en exercice, sur la base des observations passées, ainsi que des besoins de soins de la population locale, en fonction des consommations de soins moyennes observées par tranche d'âge. L'accessibilité est nulle lorsqu'aucun professionnel n'est accessible dans un certain temps variable selon les professions (20 à 30 mn). L'APL est utilisé dans la méthodologie des zonages conventionnels visant à réguler la répartition des infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes sur le territoire.

¹⁷⁰ DREES, études et résultats n. 1206.

Carte 3 : Accessibilité aux infirmiers libéraux par commune en 2019



Source : INSEE

4 Une bonne insertion professionnelle et de très fortes tensions de recrutement

4.1 Une insertion professionnelle aisée pour les jeunes diplômés

[73] Du fait des règles d'installation, les infirmiers diplômés commencent leur carrière exclusivement comme salariés. Les dernières données font état de la répartition suivante par type d'établissement¹⁷¹ :

- 50 % dans un hôpital public ;
- 38 % dans un hôpital privé ;
- 12 % dans un autre type d'établissement.

¹⁷¹ DREES sur la base de l'enquête Générations 2013 du CEREQ. Les données plus récentes rassemblées par le CEFIEC sur un échantillon partiel laissent penser que la part de l'hôpital public comme premier lieu d'exercice aurait augmenté ces dernières années par rapport au taux de 50% issu de cette enquête.

[74] **Trois ans après avoir obtenu leur diplôme, 96 % des infirmiers occupent un emploi** contre 78 % des autres diplômés du même niveau (DREES 2019). La très grande majorité d'entre elles (83 %) occupent un emploi stable¹⁷². Trois ans après le diplôme, 4,5 % d'entre eux exercent en libéral.

4.2 Une augmentation des tensions de recrutement parallèle à une hausse du nombre de demandeurs d'emploi

4.2.1 L'un des principaux métiers en tension

[75] **Le métier d'infirmier figure parmi le « top 10 » des métiers les plus recherchés** (hors saisonniers) en 2022 selon les résultats de l'enquête annuelle « Besoins en main d'œuvre 2022 » réalisée par Pôle Emploi. Il fait également partie des dix métiers dans lesquels les difficultés de recrutement sont les plus élevées en 2022 ; la catégorie « infirmiers, cadres infirmiers et puériculteurs » est celle qui a vu le taux de difficulté de recrutement augmenter le plus rapidement entre 2017 et 2022 (+ 53 %). Ce diagnostic est confirmé par les indicateurs de tension de recrutement construits par la DARES : les métiers de la santé voient leurs indicateurs de tension augmenter en 2020 (dernière année disponible), à la différence des autres métiers pour lesquels la crise sanitaire a plutôt eu pour effet de réduire les tensions de recrutement en moyenne. Les tensions de recrutement sont particulièrement fortes en EHPAD pour le personnel infirmier comme aide-soignant¹⁷³.

4.2.2 Des tensions de recrutement qui renvoient notamment aux conditions d'exercice de la profession

[76] **Les tensions de recrutement s'expliquent notamment par le déficit d'attractivité et de fidélisation des professions de santé**, lié à de nombreux facteurs tenant à la rémunération ou aux conditions de travail. Selon les données de la DARES, au sein de la catégorie « infirmières et sages-femmes », 63 % des personnes travaillent le samedi, 57 % le dimanche, et 22 % de nuit.

[77] À l'hôpital en particulier, selon les données de la DREES, l'exposition des professionnels aux contraintes de travail est nettement plus marquée que pour l'ensemble des salariés, qu'il s'agisse de contraintes physiques fortes, du rythme de travail ou de la charge émotionnelle. Au sein de l'hôpital, les professions d'aide-soignant, infirmier, agent d'entretien et sage-femme paraissent dans une situation plus défavorable que celle des autres métiers. Les infirmiers et sages-femmes sont l'une des professions pour lesquelles le souhait d'effectuer le même travail jusqu'à la retraite a le plus fortement diminué entre 2013 et 2019, passant de 57 % à 49 % du total de cette catégorie (contre une baisse de 61 à 56 % pour l'ensemble des agents du secteur hospitalier)¹⁷⁴.

[78] De plus, la crise sanitaire a fortement impacté les conditions de travail à l'hôpital, alors qu'elles étaient déjà plus difficiles dans le secteur hospitalier qu'ailleurs avant la crise¹⁷⁵. On note en particulier :

- des périodes de surcharge de travail liées au Covid, notamment pour le personnel soignant ;

¹⁷² C'est-à-dire fonctionnaire ou en CDI.

¹⁷³ Voir enquête DREES EHPA 2015.

¹⁷⁴ DREES, études et résultats, novembre 2021.

¹⁷⁵ DREES, études et résultats, juillet 2022.

- en sus de la surcharge de travail, de fortes « exigences émotionnelles » liées à l'accompagnement des patients, notamment pour les infirmiers et aides-soignantes ;
- huit personnes sur dix estiment ne pas bénéficier de plus de reconnaissance qu'avant la crise ; le ressenti sur le manque de reconnaissance est particulièrement développé chez les infirmiers ;
- environ 16 % de l'ensemble des salariés du secteur indiquent souhaiter faire le même travail jusqu'à leur retraite mais ne pas s'en sentir capables (environ 20 % pour les infirmiers).

[79] **Ces difficultés se traduisent en particulier par le taux d'absentéisme et par l'évolution du nombre de postes vacants**, illustrés par les données récentes issues des fédérations hospitalières. Ainsi, à l'hôpital public, on note une stabilisation de l'absentéisme à un niveau historiquement élevé : 9,9 % en 2021 selon les données les plus récentes de la FHF, soit un point de plus qu'en 2019. Par ailleurs, la proportion de postes vacants est passée de 5 à 5,7 % chez les infirmiers entre 2019 et 2021. Cela s'inscrit cependant dans un contexte de hausse des effectifs rémunérés par les établissements publics depuis trois ans (+3 %), ce qui, selon la FHF, relativise l'idée d'une « fuite des soignants ».

[80] **Les tensions de recrutement ne se limitent pas au secteur public.** Les données transmises par Unicancer illustrent par exemple les difficultés de recrutement dans les CLCC : environ 10 % de postes d'infirmiers vacants dans ces établissements. La rémunération, la crise sanitaire ou le développement de l'intérim sont cités comme des facteurs majeurs du déficit d'attractivité de ces structures.

4.2.3 Une hausse du nombre de demandeurs d'emploi infirmiers depuis vingt ans

[81] **En avril 2022, environ 45 000 demandeurs d'emploi étaient inscrits chez Pôle emploi avec le diplôme infirmier**¹⁷⁶. Parmi eux, environ 38 500 étaient inscrits en catégories A, B et C¹⁷⁷, soit 5,9 % des effectifs totaux d'infirmiers estimés par la DREES¹⁷⁸. À la même date, environ 29 000 demandeurs d'emploi étaient inscrits depuis plus de six mois à Pôle emploi.

[82] Parmi les demandeurs d'emploi inscrits avec le diplôme infirmier en avril 2022, 13 350 soit 29 % d'entre eux recherchaient un métier d'infirmier¹⁷⁹. Ce constat s'inscrit dans une tendance de long terme d'augmentation au cours de la décennie deux mille dix. Ainsi, en 2000, seuls 4 400 infirmiers étaient inscrits à Pôle emploi en recherche d'un emploi infirmier (catégories A, B et C)¹⁸⁰.

4.2.4 Des données sur les cessations d'activité qui ne permettent pas de disposer d'un diagnostic actualisé sur ce phénomène

[83] **Les dernières données nationales portant sur la durée de carrière des infirmiers sont anciennes** : données 2007-2008 issues d'une étude de 2011. Cela est d'autant plus regrettable que

¹⁷⁶ 45 333 demandeurs d'emploi inscrits en fin de mois, catégories ABCDE. Source pour l'ensemble des chiffres qui suivent : Pôle emploi.

¹⁷⁷ Les catégories A, B et C regroupent les demandeurs d'emploi inscrits à Pôle emploi et tenus d'accomplir des actes positifs de recherche d'emploi. La catégorie A (sans emploi) regroupait environ 18 000 demandeurs d'emploi en avril 2022.

¹⁷⁸ Il s'agit d'un ordre de grandeur car la mission se fonde sur l'estimation de la DREES la plus récente, soit au 1^{er} janvier 2021. Par ailleurs, cette estimation est approximative comme indiqué en première partie de la présente annexe.

¹⁷⁹ Dont la moitié avait réalisé de l'activité réduite au cours de l'année.

¹⁸⁰ « Les trois quarts des diplômés infirmiers trouvent leur premier emploi en moins d'un mois », Études et résultats n. 1 099, janvier 2019, DREES.

ces données allaient à l'encontre de l'idée selon laquelle les carrières des infirmiers seraient de plus en plus courtes en moyenne.

[84] Plus précisément, **les données de l'étude de 2011 laissent apparaître une durée de carrière relativement longue malgré des écarts sur l'âge de cessation d'activité en fonction du lieu d'exercice :**

- Pic de départs à 55 ans pour les infirmiers dans le secteur hospitalier public avec une moyenne de 30 ans de carrière¹⁸¹.
- Pic de départs à 60 ans dans le secteur hospitalier privé avec une moyenne de 33 ans de carrière.
- Départs étalés entre 58 et 63 ans pour les libéraux. Les infirmiers ne quittaient quasiment pas l'exercice libéral avant 50 ans. L'étude DREES estimait la durée de carrière des infirmiers libéraux à 35 ans en moyenne.

[85] Ces données anciennes, cohérentes avec d'autres études montrant que les professionnels de santé seraient moins concernés par un changement de métier que la moyenne des actifs¹⁸², contrastent cependant fortement avec le ressenti exprimé à de nombreuses reprises par des interlocuteurs de la mission sur un raccourcissement des carrières et des phénomènes d'abandon du métier qui se seraient aggravées suite aux deux années de gestion de crise covid.

[86] **Il serait donc indispensable d'actualiser les données sur les cessations d'activité aujourd'hui afin d'objectiver ce ressenti.** Cela permettrait de faire la part entre abandon du métier, mobilité géographique, changement d'établissement ou de mode d'exercice et de faire le lien avec l'augmentation constatée du nombre de demandeurs d'emploi infirmiers. Comme le soulignait la DREES dès 2010, « *les interruptions de carrière ne peuvent pas être étudiées de façon longitudinale puisqu'aucun panel, sur une durée suffisamment longue, n'est disponible* »¹⁸³. Des estimations ont cependant été réalisées dans certains territoires en se basant sur les données de recensement de la population. Défi métiers parvient ainsi à une durée oscillant entre 17,5 et 21,5 ans au niveau national¹⁸⁴.

[87] **Cette durée de carrière représente un enjeu fort, toute diminution de celle-ci se traduisant nécessairement par des besoins supplémentaires de formation.**

¹⁸¹ Ce qui pouvait notamment refléter leur appartenance à la « catégorie B » sur la période concernée. Les IDE en poste au moment de la réforme ont pu choisir de rester en catégorie B.

¹⁸² DARES, « changer de métier : quelles personnes et quels emplois sont concernés ? », n. 49, novembre 2018.

¹⁸³ DREES, études et recherches n. 101, novembre 2010.

¹⁸⁴ Voir « Carrière des aides-soignants et des infirmiers : durée d'exercice en Île-de-France », Défi métiers, CARIF OREF francilien, décembre 2020. L'étude conclut également à une durée de carrière d'environ 15 ans dans la fonction publique hospitalière en Île-de-France pour les infirmiers concernés. Ces durées sont fondées sur des données antérieures à la crise COVID.

5 La consommation de soins infirmiers en ville progresse fortement sur longue période

5.1 Une dépense dynamique

[88] **La dépense de ville en soins infirmiers est dynamique.** En 2021, la consommation de soins courants infirmiers¹⁸⁵ s'est ainsi élevée à 9,3 Mds d'euros, soit une hausse annuelle de 3 %. La dynamique de la dépense revient ainsi à un niveau proche de sa moyenne de long terme après une croissance exceptionnelle en 2020 en lien avec la crise sanitaire¹⁸⁶. Cette dynamique de la dépense est portée notamment par le vieillissement de la population et par le « virage ambulatoire ». La croissance de la dépense se situe entre 3 et 6 % selon les années sur la décennie 2010. Cette hausse est plus dynamique que la croissance annuelle moyenne du poste « soins de ville » de la consommation de soins et de biens médicaux sur cette même période, qui est inférieure à 2 %¹⁸⁷.

[89] **Deux agrégats sont suivis en complément de la dépense de soins courants infirmiers :**

- Les **dépenses de prévention** des infirmiers font l'objet d'un suivi depuis 2020 sur un périmètre restreint : celles-ci sont constituées uniquement des tests COVID et des injections de vaccins anti-covid, soit 659 M€ en 2021.
- Les **soins infirmiers de longue durée** sont constitués des dépenses de SSIAD et des soins liés à la prise en charge de la dépendance. Ils représentent 3 Md€ en 2021, soit une hausse de 30 % depuis 2011.

5.2 Une répartition entre actes infirmiers de soins et actes médico-infirmiers inégale sur le territoire

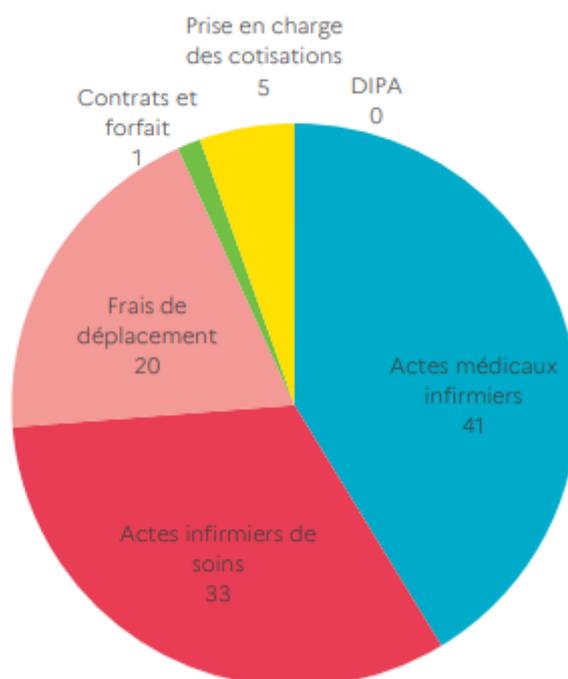
[90] La structure de la dépense repose essentiellement sur les actes infirmiers de soins (AIS) et les actes médico-infirmiers (AMI). Sur le plan territorial, la densité d'infirmiers libéraux est positivement corrélée au nombre d'AIS par habitant mais pas au nombre d'actes par habitant cotés en AMI. Ainsi, dans les départements où la densité des infirmiers est faible, le nombre d'actes AMI par infirmier est important. Inversement, dans les départements où la densité est forte, le nombre d'actes AIS par IDEL est élevé. L'activité en soins de nursing est donc plus importante dans les territoires avec une forte densité de professionnels. La densité infirmière n'est cependant pas le seul facteur explicatif de l'activité des professionnels qui dépend aussi de la présence territoriale de SSIAD, de centres de soins infirmiers...

¹⁸⁵ Soit essentiellement les honoraires des IDEL.

¹⁸⁶ En 2020, l'activité des infirmiers a été peu touchée par les mesures de restriction liées à la crise sanitaire contrairement à celle des autres professionnels libéraux.

¹⁸⁷ Dans la CSBM, l'enveloppe soins de ville comprend essentiellement les dépenses relatives aux soins des professionnels de santé libéraux (professions médicales et auxiliaires médicaux) et aux laboratoires de biologie médicale.

Graphique 5 : Structure de la consommation de soins infirmiers en ville



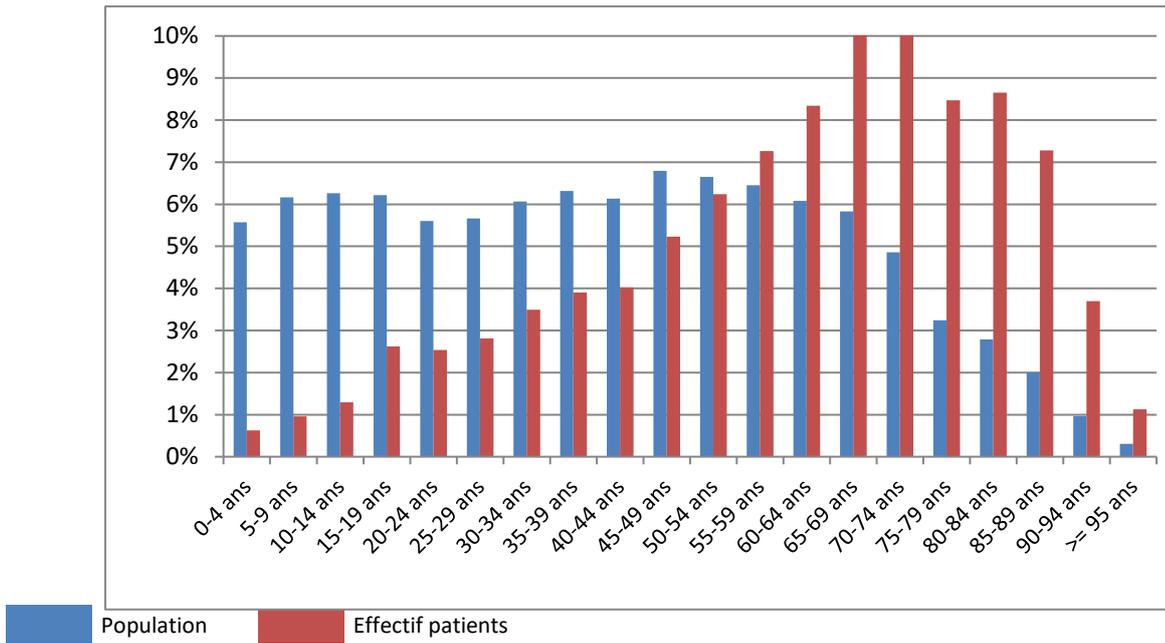
Source : DREES, les dépenses de santé en 2021

[91] 94 % des dépenses de soins infirmiers sont prises en charge par la sécurité sociale (le reste repose essentiellement sur les organismes complémentaires).

5.3 Une patientèle âgée

[92] La patientèle des IDEL est majoritairement concentrée au-dessus de 60 ans. C'est le cas pour les actes infirmiers de soins, concentrés à plus de 90 % sur les plus de 70 ans. On note en revanche un rajeunissement de la patientèle pour les actes médico-infirmiers : il s'agit d'un impact de la réalisation des tests COVID. En 2021, les moins de 30 ans constituaient ainsi 22 % de la patientèle des IDEL, sous l'effet des tests PCR. Le graphique suivant présente les données 2019, ce qui permet de neutraliser l'impact de la crise sanitaire.

Graphique 6 : Structure par âge de la population française et de la patientèle IDEL 2019



Source : CNAM. Lecture : les 30-34 ans représentent environ 6 % de la population française et 3,5 % de la patientèle des IDEL.

ANNEXE 2 : Éléments de comparaison internationale

[1] La présente annexe vise à disposer d'éléments de comparaison internationale sur les principaux axes identifiés dans la lettre de mission : évolution récente du nombre d'infirmiers, champ de compétences, attractivité du métier, etc.

[2] Elle se fonde principalement sur une enquête de la mission auprès des conseillers des affaires sociales de sept pays (Danemark, Suède, Royaume Uni, Allemagne, Italie, Espagne, Etats-Unis). Ces résultats sont complétés par les données de l'OCDE (*Health at Glance 2021*¹⁸⁸) et de l'OMS ainsi que par plusieurs articles comparatifs sur les systèmes de santé.

1 Données de cadrage, statistiques

1.1 Une forte hausse des effectifs d'infirmiers dans l'ensemble des pays du monde

[3] Selon les données de l'OMS, les infirmiers représentent de loin la première profession de santé dans le monde (59 % des effectifs totaux de professionnels de santé en 2018).

[4] **Le ratio d'infirmiers pour 1 000 habitants s'est fortement accru depuis vingt ans.** En 2019, on comptait un peu moins de 9 infirmiers en moyenne pour 1 000 habitants dans les pays de l'OCDE (9,3 en France après correction des données en 2022) contre un ratio de 7 il y a vingt ans¹⁸⁹.

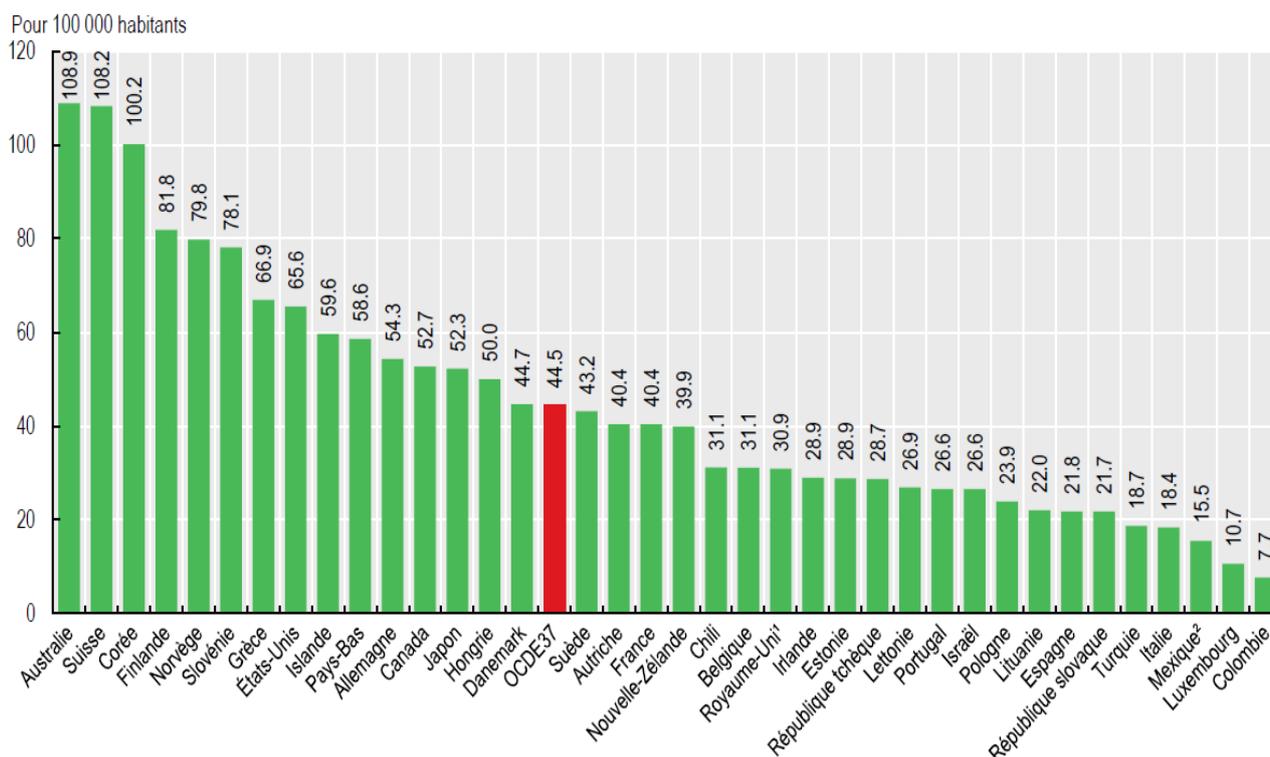
[5] Certains pays ont connu une stabilité de ce taux sur la période (Royaume Uni, Irlande, Pays baltes), d'autres une très forte croissance (Norvège, Suisse). La France se situe dans le groupe intermédiaire, devant l'Espagne, le Royaume Uni et l'Italie mais derrière l'Allemagne.

[6] Le principal facteur d'augmentation du nombre d'infirmiers est la forte hausse du nombre de professionnels nouvellement diplômés depuis 2000. Ainsi, le nombre d'infirmiers nouvellement diplômés dans les pays de l'OCDE est passé d'environ 350 000 en 2000 à 620 000 en 2019. En France, le nombre de diplômés s'est stabilisé dans les années 2010 après une forte hausse dans les années 2000 en raison de l'augmentation des quotas à partir de 1999. La France se situait ainsi en-dessous de la moyenne de l'OCDE en 2019 pour ce qui concerne le nombre d'infirmiers nouvellement diplômés pour 100 000 habitants. Une nouvelle augmentation des quotas est intervenue à partir de 2020.

¹⁸⁸ En raison de la correction de données réalisée par la DREES au cours de la mission, certaines des données figurant dans les rapports de l'OCDE sont inexacts concernant la France. La mission a donc procédé aux corrections quand cela était nécessaire.

¹⁸⁹ OCDE (2021), « Personnel infirmier », dans *Health at a Glance 2021 : OECD Indicators*, Éditions OCDE

Graphique 1 : Infirmiers nouvellement diplômés pour 100 000 habitants, 2019



Source : OCDE

[7] La crise du COVID est venue accentuer les besoins en professionnels de santé et **de nombreux pays ont connu une hausse du nombre de professionnels infirmiers depuis deux ans** : outre la France (+5,8 % entre 2019 et 2021), c'est par exemple le cas de l'Allemagne (+ 3,6 % sur la seule année 2021). Les infirmiers travaillent principalement en établissement de santé, dans une proportion qui varie entre 50 et 80 % selon les pays.

[8] **La profession infirmière est particulièrement féminisée** : le taux est d'environ 90 % au niveau mondial. 87 % en France, 83 % en Allemagne, 95 % au Danemark, 84 % en Espagne, 76 % en Italie, 89 % au RU, 82 % aux Etats-Unis.

[9] **Le taux de chômage des infirmiers est limité dans de nombreux pays** : ainsi, 2,6 % de chômage des infirmiers en Allemagne en 2021. On note cependant une spécificité de la situation française de ce point de vue, avec un taux de chômage en augmentation depuis les années 2010, même s'il reste limité¹⁹⁰. La montée de l'intérim est également observée dans plusieurs pays (2 % de l'effectif total d'infirmiers en Allemagne). En France, l'augmentation est modérée dans les chiffres communiqués par la DREES qui souligne cependant la fragilité de ces données¹⁹¹.

¹⁹⁰ Voir l'annexe 1 sur les données statistiques.

¹⁹¹ Voir l'annexe 1 sur les données statistiques.

1.2 La densité d’infirmiers augmente mais avec des modèles nationaux différents dans la répartition des tâches avec les médecins

1.2.1 La densité d’infirmiers augmente plus vite que celle des médecins dans les pays de l’OCDE

[10] Au niveau de l’OCDE, on comptait en 2019, en moyenne, environ trois infirmiers pour un médecin (chiffre qui correspond au ratio constaté en France). Les effectifs de médecins comme d’infirmiers ont progressé au cours des années 2010, avec une progression plus rapide de la catégorie des infirmiers. Les données 2019 laissaient penser que la France était, de loin, le pays dans lequel la densité des infirmiers avait le plus augmenté par rapport à celle des médecins depuis dix ans, mais le chiffre français était erroné, faussant les comparaisons internationales. Après correction des données en juillet 2022, l’écart de progression entre la France et les pays voisins est moins élevé. Contrairement à ce que laissaient penser les données avant correction, la densité d’infirmiers en France ne se situe pas au-dessus de la moyenne de l’UE à 15 mais légèrement en dessous (932 en 2019 contre 975 en moyenne européenne).

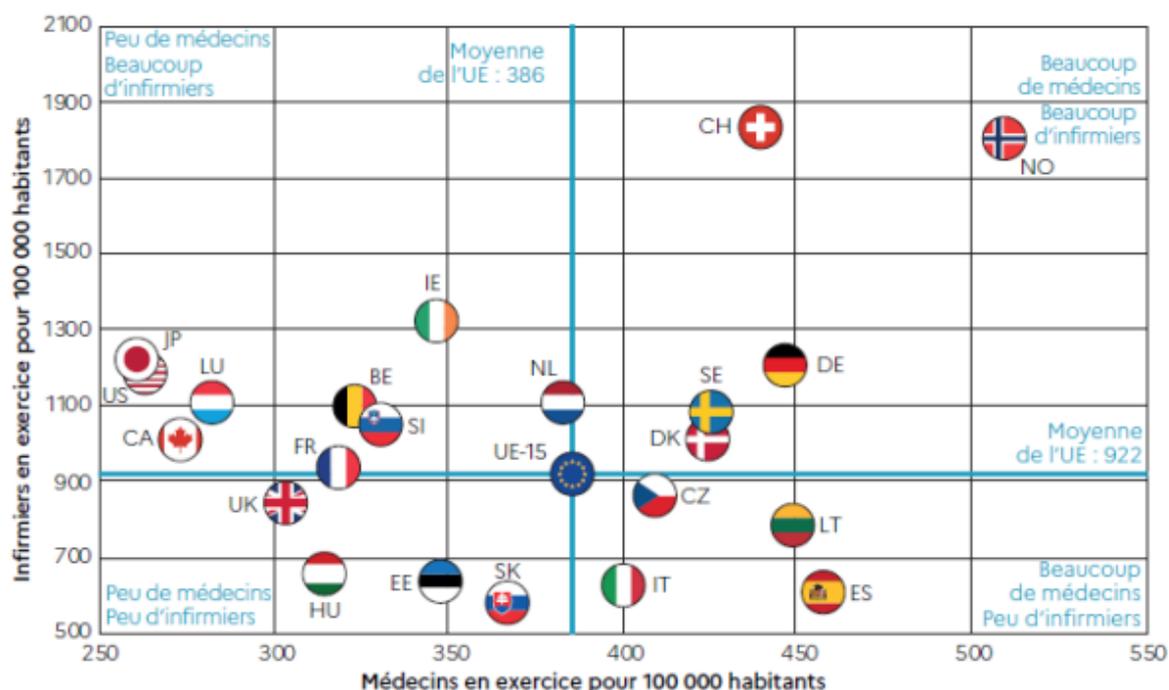
1.2.2 Plusieurs modèles nationaux différents expliquent pour partie les densités respectives d’infirmiers et de médecins

[11] **Les écarts de densités de médecins et d’infirmiers entre pays doivent être rapportés au rôle différent dévolu à ces professionnels dans chaque système de santé.** La DREES décrit trois modèles en Europe :

- Dans de nombreux pays, une faible densité de médecins s’accompagne d’une forte densité d’infirmiers et inversement. C’est le cas en Belgique (forte densité d’infirmiers et faible densité de médecins), de l’Italie et de l’Espagne (forte densité de médecins et faible densité d’infirmiers, quasiment absents des soins de ville).
- Dans un nombre plus limité de pays, on note à la fois une forte densité de médecins et d’infirmiers : Allemagne, Norvège, Suisse. Les infirmiers y ont un rôle élargi en matière de prévention, de suivi des maladies chroniques et de premier recours (consultations).
- Au Royaume Uni et en Hongrie, les densités de médecins et d’infirmiers sont faibles.

[12] La France se trouve dans une situation intermédiaire, avec une densité d’infirmiers quasiment à la moyenne et une densité de médecins inférieure à la moyenne.

Graphique 2 : Densité de médecins et d’infirmiers en 2020



Source : DREES, les dépenses de santé en 2021

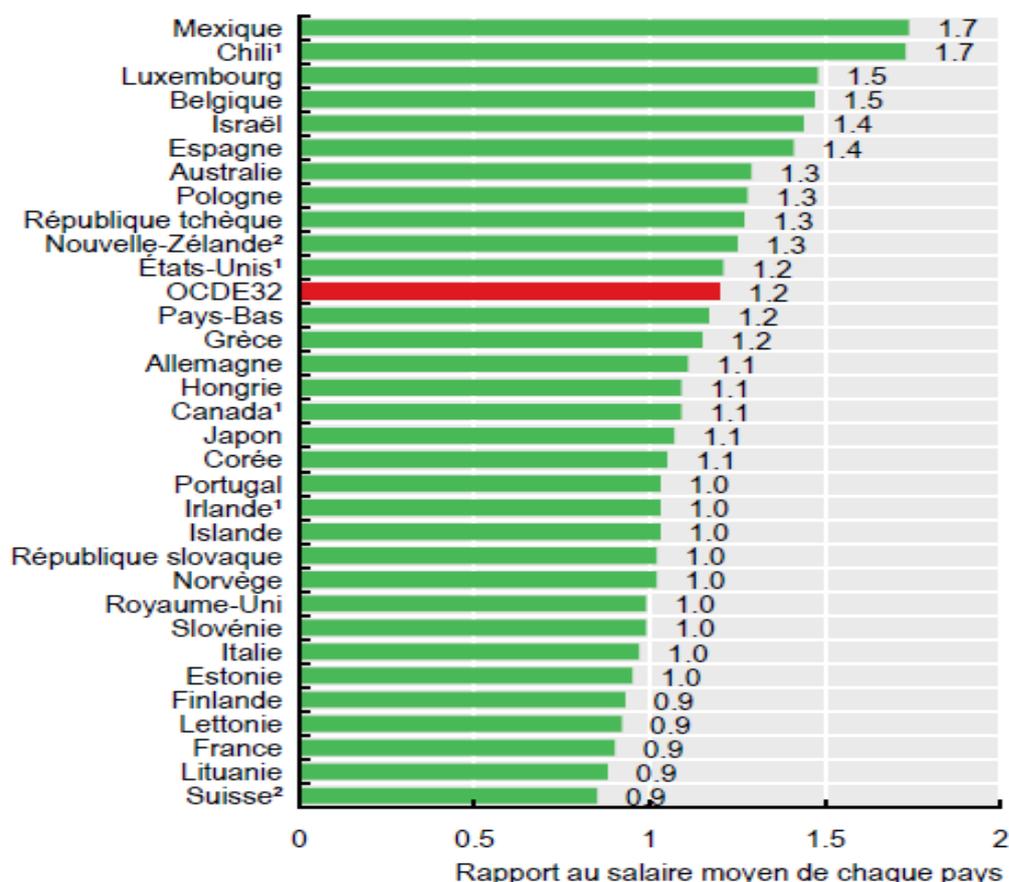
1.3 La rémunération moyenne des infirmiers : une situation défavorable à l’hôpital avant les revalorisations du Ségur

[13] **La rémunération des infirmiers se situe au-dessus du salaire moyen dans la majorité des pays de l’OCDE** : le ratio moyen était à 1,2 en 2019.

[14] **Sur cette même année 2019, dernière année disponible, soit avant les revalorisations mises en œuvre suite au Ségur de la santé, la France était positionnée en-dessous des moyennes internationales s’agissant de la rémunération des infirmiers** :

- les infirmiers exerçant en milieu hospitalier percevaient, en moyenne dans les pays de l’OCDE, une rémunération légèrement supérieure au salaire moyen de l’ensemble des travailleurs. En France, le personnel infirmier hospitalier percevait à l’inverse un salaire inférieur au salaire moyen de l’ensemble des travailleurs (ratio de 0,9).

Graphique 3 : Rémunération des infirmiers à l'hôpital par rapport au salaire moyen, 2019



Source : OCDE, 2021

- Toujours à l'hôpital, en 2019, la rémunération moyenne des infirmiers en parité de pouvoir d'achat plaçait la France dans une situation défavorable par rapport à la moyenne de l'OCDE et à plusieurs de ses partenaires :
 - Moyenne OCDE : 48 000 dollars PPA
 - Pays dans lesquels la rémunération moyenne des infirmiers à l'hôpital est supérieure à la moyenne OCDE : Belgique (82 000), Pays-Bas (66 000), Allemagne (59 000), Espagne (55 000)
 - Pays dans lesquels la rémunération moyenne des infirmiers à l'hôpital est inférieure à la moyenne OCDE : Royaume Uni (47 000), France (41 000), Italie (39 000)
- La rémunération réelle du personnel infirmier hospitalier a légèrement baissé entre 2010 et 2019 en France, contrairement à certains pays voisins (Espagne, Belgique, Pays-Bas). Cette baisse s'inscrit dans un contexte de forte maîtrise de la progression de l'ONDAM hospitalier tout au long de cette décennie qui a conduit à une perte de pouvoir d'achat pour l'ensemble du personnel non médical à l'hôpital¹⁹².

¹⁹² « Comment le Covid transforme le débat sur les dépenses de santé », Pierre Louis Bras, Terra Nova, mars 2021.

[15] L'ensemble de ces données de comparaison internationale porte sur des années antérieures à 2020, donc avant les revalorisations du personnel liées au « Ségur de la santé ». La DREES et l'INSEE ont ainsi montré que le salaire net moyen des agents de la fonction publique hospitalière avait augmenté de 5,9 % au cours de l'année 2020 en lien avec ces revalorisations (primes « Covid » non pérennes et revalorisation indiciaire pérenne), soit la plus forte croissance depuis dix ans¹⁹³. De nombreux pays ayant procédé également à des revalorisations, il n'est pas possible à ce stade d'évaluer l'impact des revalorisations du Ségur sur le classement relatif de la France.

2 Réglementation et définition de la profession

2.1 Une définition de l'infirmier par grandes missions dans la plupart des pays

[16] **Le pilotage du système de santé est largement décentralisé dans la plupart des pays étrangers comparables à la France.** Le statut de l'infirmier, et les compétences associées, sont cependant définis le plus souvent au niveau national.

[17] **La profession infirmière est généralement définie par des grandes missions plus que par une liste d'actes :**

- **L'Espagne** définit par décret la profession infirmière : elle consiste en la « conduite, l'évaluation et la prestation de soins infirmiers visant à promouvoir, maintenir et rétablir la santé, ainsi qu'à prévenir les maladies et les handicaps ».
- En **Italie**, c'est également un décret qui définit les grandes missions des infirmiers. Il a existé une liste de tâches autorisées pour les infirmiers mais celle-ci a été supprimée en 1999 au profit d'une liste de missions.
- Le **Royaume Uni** ne définit pas la profession infirmière mais liste plusieurs catégories d'infirmiers selon le niveau de formation atteint (*cf. infra*).
- Le **Danemark** définit par décret la liste des connaissances et compétences (très générales) à acquérir.
- En **Suède**, l'agence publique décrivait jusque récemment les champs de compétence des infirmiers. Aujourd'hui, cette tâche est assurée par l'association suédoise des infirmiers (plusieurs dizaines de descriptifs, par exemple : « descriptif des compétences pour les infirmiers spécialisés en gériatrie »).
- En **Allemagne**, la loi fédérale de 2017 définit les compétences infirmières et les grandes lignes du contenu de la formation (qui peut être adapté par les Länder). Ainsi, le droit allemand ne précise pas les actes techniques que les infirmiers sont habilités à accomplir.

¹⁹³ « Les salaires dans la fonction publique hospitalière – En 2020, le salaire net moyen augmente de 5,9% en euros constants », Études et résultats, DREES / INSEE, n. 1240.

[18] **La définition française du champ d'action des infirmiers à travers le décret d'actes est donc assez spécifique en Europe.** Ainsi, l'ouvrage « Les professionnels de santé en Europe » indique que parmi les États étudiés, « aucun ne semble être aussi précis que la France lorsqu'on en vient à la définition des compétences des infirmiers, à l'exception de la Belgique »¹⁹⁴.

Définition des champs de compétence de la profession infirmière dans la loi « relative aux métiers d'infirmiers » en Allemagne (2017)

La loi de 2017 définit ainsi les tâches de soins infirmiers :

- le relevé et la détermination des besoins individuels en soins ;
- l'organisation, la conception et la gestion du processus de soins ;
- l'analyse, l'évaluation, la garantie et le développement de la qualité des soins.

La formation doit notamment permettre :

- d'exécuter de manière autonome les tâches suivantes :

recenser et déterminer les besoins individuels en matière de soins et planifier les soins,
organiser, concevoir et piloter le processus de soins,
réalisation des soins et documentation des mesures appliquées,
analyse, évaluation, garantie et développement de la qualité des soins,
détermination des besoins et mise en œuvre de mesures préventives et de promotion de la santé,
conseil, instruction et soutien des personnes à soigner dans leur approche individuelle de la santé et de la maladie ainsi que dans le maintien et le renforcement de leur autonomie de vie et de leurs compétences quotidiennes, avec la participation de leurs référents sociaux,

maintien, rétablissement, promotion, activation et stabilisation des capacités individuelles des personnes à soigner, en particulier dans le cadre de concepts de réadaptation, ainsi que les soins et l'assistance en cas de limitation des capacités cognitives,

introduction de mesures immédiates de maintien en vie jusqu'à l'arrivée du médecin et mise en œuvre de mesures dans des situations de crise et de catastrophe,

instruire, conseiller et soutenir d'autres groupes professionnels et des bénévoles dans les contextes de soins respectifs et participer à la formation pratique des professionnels de la santé,

- d'appliquer de manière autonome des mesures prescrites par un médecin, notamment des mesures de diagnostic médical, de thérapie ou de rééducation,

- de communiquer de manière interdisciplinaire avec d'autres groupes professionnels et de collaborer efficacement, en développant des solutions individuelles, multidisciplinaires et interprofessionnelles en cas de constatations de maladie et de besoin de soins, et en les mettant en œuvre dans un esprit d'équipe. »

¹⁹⁴ Institut droit et santé, 2018, sous la direction d'Anne Laude et Didier Tabuteau. États étudiés dans l'ouvrage : France, Allemagne, Royaume Uni, Espagne, Roumanie, Belgique. Voir également Yann Bourgueil, Anna Marek, Julien Mousquès « Soins primaires : vers une coopération entre médecins et infirmières. L'apport d'expériences européennes et canadiennes » qui aboutit au même résultat sur un degré de finesse de la définition des actes en France qui n'a pas d'équivalent à l'étranger, « soit que la profession n'ait jamais fait l'objet d'une réglementation précise et détaillée comme c'est le cas en Allemagne, aux Pays-Bas ou au Royaume-Uni, soit que ce type de réglementation ait été abandonné (Suède, Italie) ou simplifié (Ontario, Québec). »

2.2 Des statuts qui prévoient plusieurs catégories d'infirmiers en fonction de leur niveau de qualification

[19] **Tous les pays connaissent des spécialisations infirmières (pédiatrie, gériatrie...).** On peut souligner que l'Allemagne va dans le sens d'une moindre spécialisation de ses infirmiers avec la fusion en 2017 des trois spécialités préexistantes (hospitalier, pédiatrie et gériatrie), l'objectif étant de rendre la profession plus attractive en facilitant les parcours professionnels. Les nouveaux diplômés titulaires du nouveau statut d'infirmier, qui correspond au métier français d'infirmier, disposeront d'une formation plus généraliste et pourront donc changer de branche au cours de leur carrière sans formation complémentaire. Cette réforme est cependant critiquée au motif d'une moindre spécialisation des professionnels voire d'un risque de renforcement des problèmes d'attractivité en gériatrie au profit d'autres lieux d'exercice.

[20] **Outre les spécialisations, de nombreux pays distinguent également des catégories ou grades qui dépendent du niveau de qualification.**

Ainsi, le Royaume Uni distingue trois catégories :

- les « registered nurses » qui correspondent aux infirmiers « classiques » ;
- les « advanced nurses » (ou consultant nurses) ont un statut proche de l'IPA ;
- les « nursing associates » accomplissent des soins simples et n'ont pas le statut d'infirmiers.

[21] La logique est proche aux Etats-Unis, qui comptent cinq catégories : certified nursing assistant (dont le rôle se rapproche de celui des auxiliaires de vie), licensed practical nurse (aide-soignants), registered nurse, advanced practice registered nurse qui disposent soit d'un master, soit d'un doctorat.

3 Un champ de compétence des infirmiers en voie d'élargissement dans plusieurs pays en lien avec un accent sur l'exercice coordonné

[22] Plusieurs exemples illustrent la tendance à l'élargissement des compétences des infirmiers. Cette tendance passe parfois par la création de statuts proches de celui de la pratique avancée en France. Mais on note aussi un élargissement progressif du socle de compétences des infirmiers au-delà des seuls infirmiers en pratique avancée. Les exemples ci-dessous illustrent de telles évolutions anciennes ou plus récentes dans deux domaines majeurs, la prescription et la consultation infirmières.

3.1 La prescription

[23] La tendance à l'élargissement de la prescription est déjà ancienne dans certains pays, en particulier les Etats-Unis qui ont été précurseurs dans ce domaine dès les années 1960, et plus récemment le Royaume Uni à la fin des années 1990¹⁹⁵.

¹⁹⁵ « L'infirmière et la prescription, quelle situation internationale ? », Christophe Debout, Revue Soins, 2016.

3.1.1 Au Royaume Uni, un élargissement des compétences de prescription

[24] **Au Royaume Uni, la loi fixe de manière assez souple les conditions de délégation de compétences entre professionnels de santé.** Les infirmiers peuvent exécuter les tâches les plus routinières à la place des médecins généralistes et assurer le suivi de patients souffrant de certaines maladies chroniques par exemple. De plus, les infirmiers peuvent prescrire des médicaments, après avoir obtenu une formation et une certification obligatoire. Plus de vingt ans après l'introduction de cette compétence, le Royaume-Uni compte désormais près de 60 000 « nurse prescribers ». Les évaluations conduites auprès des patients tendent à montrer que ceux-ci en sont satisfaits et accordent une grande confiance aux infirmiers « prescripteurs ». On peut considérer que l'ancienneté de cette ouverture aux infirmiers de la prescription au Royaume Uni s'explique par le caractère beaucoup plus précoce de la pénurie de médecins, par comparaison à la France par exemple.

[25] **S'y ajoute une évolution récente au Royaume Uni correspondant à l'enrichissement des pratiques des infirmiers :** celles des « consultant nurses » anglais, correspondant aux infirmiers en pratique avancée, ainsi que plus largement l'extension des actes qui peuvent être confiés aux infirmiers. L'objectif est notamment de réduire la charge pesant sur les médecins généralistes, l'une des professions de santé confrontées à la crise démographique la plus aiguë. Une réforme de mai 2022 autorise notamment les infirmiers à signer des certificats médicaux, dont les arrêts maladie. Il faut souligner que cet enrichissement des compétences des infirmiers s'effectue dans un cadre où les dispositifs coordonnés, notamment entre médecins et infirmiers, constituent la norme en matière de soins de proximité, de manière plus ancienne que dans d'autres États européens¹⁹⁶.

3.1.2 De larges compétences de prescription en Espagne depuis 2015

[26] **En Espagne, une loi a également étendu le cadre d'activité des infirmiers en 2015, en particulier en matière de prescription.** Cette loi autorise désormais les infirmiers à indiquer, utiliser et prescrire, de manière autonome, tous les médicaments non soumis à une prescription médicale. Les infirmiers doivent être accrédités. Un décret précise en outre les conditions dans lesquels elles peuvent être amenées à indiquer, utiliser et autoriser la délivrance des médicaments soumis à prescription médicale (conditions qui tiennent à l'existence de protocoles cliniques et d'une accréditation pour l'infirmier).

[27] **La communauté autonome d'Andalousie a été pionnière dans la mise en place de la prescription infirmière** (80 % des infirmiers de soins primaires y sont accrédités). Celle-ci semble y avoir montré ses avantages, en termes de réduction des dépenses de soins et de réponse aux besoins des patients. Les actes particulièrement cités concernent l'adaptation de l'insuline pour le patient diabétique, le soulagement de la douleur, le traitement des plaies et les urgences. Des représentants des infirmiers en Espagne soulignent que ce texte ne ferait qu'officialiser et sécuriser juridiquement des pratiques préexistantes.

[28] **En Espagne comme au Royaume Uni, le champ de compétence des infirmiers est indissociable de l'accent sur la coordination entre professionnels de santé.** En Espagne, l'équipe de soins est posée comme « l'unité de base » des soins primaires. Sur cette base, l'objectif « n'est pas d'organiser juridiquement les professions de santé en délimitant strictement leurs compétences mais bien au contraire, de permettre prioritairement le travail en équipe et la collaboration »¹⁹⁷. Le droit

¹⁹⁶ DREES, études et résultats n. 406, « la participation des infirmières aux soins primaires dans six pays d'Europe et au Canada », 2005

¹⁹⁷ Institut droit et santé, 2018, sous la direction d'Anne Laude et Didier Tabuteau. Etats étudiés dans l'ouvrage : France, Allemagne, Royaume Uni, Espagne, Roumanie, Belgique

espagnol « ne s'attache pas à définir des frontières entre les différentes professions de santé mais à exposer comment la collaboration peut s'organiser, la question de la délimitation des compétences passant alors au second plan ».

[29] Au **Danemark**, les infirmiers sont autorisés à effectuer tous traitements à condition que ceux-ci ne soient pas réservés exclusivement à un autre groupe de professionnels de santé. Elles peuvent également effectuer certains traitements réservés aux autres groupes sur délégation. Les infirmiers disposent cependant d'un pouvoir limité s'agissant de la prescription des médicaments par exemple.

3.1.3 Les conditions de réussite de la compétence de prescription infirmière

[30] Dans les pays où elle a été mise en place, la compétence de prescription est conditionnée à une formation mais aussi à une expérience professionnelle minimale (quatre ans par exemple en Nouvelle Zélande). L'accès à des activités de développement professionnel continu est également indispensable pour les professionnels concernés.

[31] Les évaluations d'impact réalisées à l'international font apparaître que les infirmiers ne prescrivent pas plus ni moins de médicaments que les médecins. Les malades interrogés se disent satisfaits de l'accès des infirmiers à la prescription, notamment du fait de la réduction des temps d'attente qu'il entraîne, et accordent une grande confiance aux infirmiers concernés¹⁹⁸.

3.2 La consultation infirmière

[32] Une consultation infirmière est reconnue en Belgique depuis 2009 et prise en charge par la sécurité sociale. Durant cette consultation, l'infirmier doit déterminer les problèmes de santé du patient et formuler les objectifs de soin en concertation avec lui. Elle peut être comparée au bilan de soins infirmiers (BSI) en France mais présente plusieurs spécificités : le terme de « consultation » qui constitue un marqueur symbolique pour la profession ; l'autonomie, car cette consultation n'est pas assujettie à une prescription médicale ; le champ plus large car elle n'est pas réservée à une classe d'âge comme le BSI.

[33] **Le développement de consultations autonomes par l'infirmier est le plus souvent promu dans un cadre d'exercice coordonné :**

- au Royaume Uni, les infirmiers peuvent assurer des consultations de premier recours dans le cadre des cabinets de groupe.
- Dans les centres de santé suédois et finlandais, les infirmiers ont également un rôle de premier contact : première évaluation du patient, orientation éventuelle vers le médecin, réalisation d'une consultation avec des actes associés (injections...) ¹⁹⁹.
- En Amérique du Nord, la consultation infirmière est également reconnue. C'est le cas par exemple pour les infirmiers praticiens spécialisés et les infirmiers cliniciens au Québec.

¹⁹⁸ « L'infirmière et la prescription, quelle situation internationale ? ». Sont cités notamment les exemples du Royaume Uni et d'Israël.

¹⁹⁹ « La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens en Ontario et au Québec », juin 2005, Questions d'économie de la santé, Yann Bourgueil, Anna Marek, Julien Mousques.

4 Les actions entreprises pour améliorer l'attractivité de la profession infirmière

[34] De très nombreux pays identifient des besoins considérables en infirmiers, qui vont s'accroître pour les années à venir. C'est le cas de pays dont le ratio d'infirmiers par habitant est inférieur à la moyenne internationale (l'Italie estime ainsi son « déficit » en infirmiers à 70 000) mais aussi de pays bien dotés par rapport à la moyenne (les États Unis estiment à +15 % la perspective de croissance de la profession d'ici 2026).

4.1 Le constat largement partagé d'un manque d'attractivité de la profession infirmière

[35] **Le manque d'infirmiers met d'ores et déjà en difficulté le système hospitalier dans plusieurs pays** : 50 000 postes vacants estimés au sein du NHS anglais ; plus d'un hôpital sur six y a signalé des pénuries critiques de personnel infirmier en 2021. Au Danemark, selon un sondage réalisé en septembre 2021, un infirmier sur dix était en recherche d'un emploi dans un autre secteur.

[36] **Le manque d'attractivité, voire les départs de la profession sont rapportés à plusieurs facteurs** :

- Un phénomène général de vieillissement de la profession et une accélération des départs en retraite ;
- Le niveau de rémunération, motif qui revient systématiquement ;
- Les conditions de travail : horaires atypiques, charge en soins ; en Suède, les lieux de travail avec du personnel qualifié et formé ne connaissent pas de problèmes d'attractivité.
- L'exercice du métier : une faible mobilité professionnelle, une faible association à la prise de décision, un manque de reconnaissance des compétences des infirmiers, une absence de reconnaissance de leurs responsabilités. En Italie par exemple, selon un sondage, 50 % des infirmiers mettent en avant leur faible association à la prise de décision et la difficulté à maintenir les normes de soins attendues.
- Un épuisement professionnel accentué par la pandémie

[37] Cela donne lieu à des mouvements sociaux du type de celui connu par le Danemark à l'été 2021 : une grève de dix semaines des infirmiers revendiquant une hausse des salaires et de meilleures conditions de travail. Des mouvements sociaux ont également eu lieu en Finlande en 2022.

4.2 Les mesures prises pour améliorer l'attractivité de la profession et faire face aux pénuries

[38] **La situation de pénurie oblige le gouvernement central à intervenir y compris dans les Etats dans lesquels le système de santé est fortement décentralisé** :

- En Allemagne : loi de 2017 unifiant les différents statuts d'infirmiers afin de faciliter les mobilités professionnelles et revoyant les modalités de formation (rémunération des stages, suppression des frais d'inscription)

- Au Danemark : décision du gouvernement d'intervenir dans le champ de compétences des régions pour augmenter le salaire des personnels ; et projet en cours de réforme du système de santé.
- En Espagne : projet visant à renforcer le rôle des infirmiers dans les instances de décision (« initiative cadre des soins du système national de santé »)
- En Italie :
 - hausses de rémunération dans la nouvelle convention couvrant les infirmiers ;
 - réforme visant à assouplir les grilles d'emploi du temps pour répondre aux demandes des professionnels (de temps partiel par exemple) et à réduire la « fongibilité » des missions (le fait que les infirmiers puissent être employés indifféremment dans des spécialités différentes) tout en développant des domaines d'expertise (domaine de « haut professionnalisme » conditionné à un grade master).

[39] **Enfin, plusieurs pays mettent l'accent sur le recours aux professionnels étrangers :**

- Le Royaume Uni se fixe un objectif de hausse du recrutement international des infirmiers ; la profession infirmière fait depuis 2015 partie des professions en tensions pour lesquelles les critères d'obtention de visa sont assouplis ;
- En Allemagne, le nombre de ressortissants d'un pays de l'UE exerçant comme infirmiers a triplé en cinq ans, passant de 29 000 à 88 000. Les réfugiés sont particulièrement présents dans ce secteur ;
- Le Québec s'est fixé pour objectif de recruter 3 500 infirmiers étrangers sur la seule année 2022.

[40] La proportion d'infirmiers formés à l'étranger est très hétérogène en Europe. Elle dépasse 15 % en Suisse ou au Royaume Uni mais représente moins de 3 % en France, au Danemark ou en Belgique²⁰⁰.

5 Organisation de la formation initiale

[41] **Un rapport de 2020 de l'OMS relatif à la situation des infirmiers dans le monde met en avant quelques grandes caractéristiques.**

5.1 Une formation réglementée

[42] En premier lieu, la formation fait globalement l'objet d'une réglementation et de normes, qu'il s'agisse des contenus pédagogiques, de la certification, ou des mécanismes d'agrément des établissements ou des enseignants. Les items suivants issus du rapport de l'OMS l'attestent :

- Normes relatives à la durée et au contenu de l'enseignement
(154 oui sur 169 réponses)

²⁰⁰ DREES, les dépenses de santé en 2019.

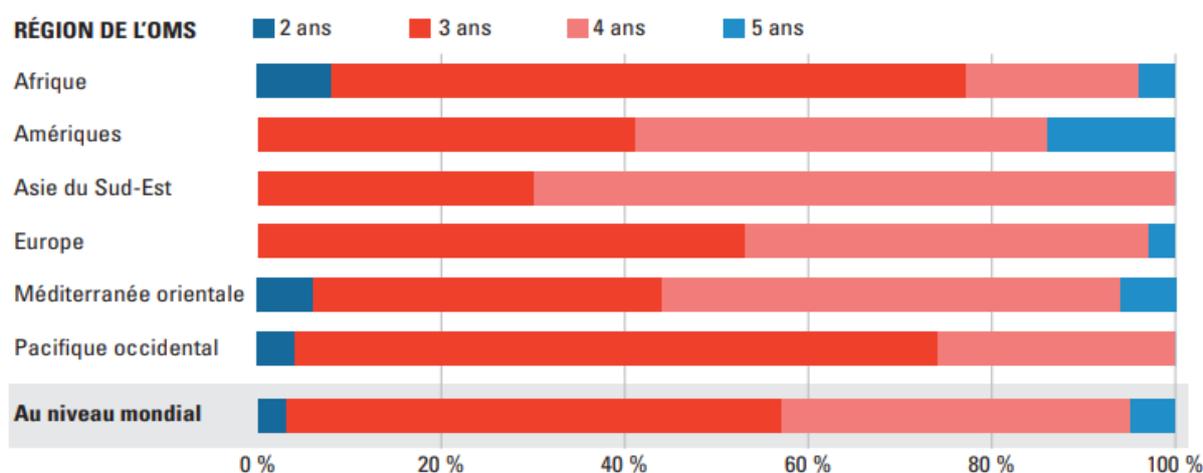
- Mécanismes d’agrément pour les établissements d’enseignement
(147 oui sur 165 réponses)
- Normes relatives aux qualifications des enseignants
(76 oui sur 99 réponses)
- Formation professionnelle continue
(96 oui sur 132 réponses)
- Normes relatives à la formation interprofessionnelle
(66 oui sur 99 réponses)
- Examen d’aptitude à la pratique
(73 oui sur 114 réponses)
- Existence de fonctions avancées pour le personnel infirmier
(50 oui sur 95 réponses)

5.2 La durée des études d’infirmiers

[43] La même étude met en perspective la durée moyenne des études d’infirmier. Au-delà des comparaisons mondiales, en Europe occidentale une majorité des pays étudiés a décidé d’une durée de la formation initiale qui ne dépasse pas les 3 ans (Allemagne, Italie, Suède, Royaume-Uni). Au Danemark, le diplôme d’infirmier s’obtient en trois ans et demi. La durée la plus longue se trouve en Espagne avec 4 années de formation puis deux années d’internat. On constate toutefois une tendance à l’allongement de la durée d’études, qui peut prendre des formes diverses (allongement de la formation initiale, formation continue obligatoire, spécialisations et développement de diplômes universitaires).

[44] Les Etats-Unis sont sur un standard de 4 ans, même si des voies plus courtes existent (2-3 ans), mais elles restent minoritaires.

Durée moyenne en années de la formation infirmière, par région de l’OMS



Source : comptes nationaux des personnels de santé 2019 pour 99 pays et base de données Sigma pour 58 pays. Dernières données disponibles notifiées par les pays entre 2013 et 2018.

5.3 Une tendance à une intégration universitaire

[45] Les universités sont généralement en charge de la formation des infirmiers, même si, à l'instar de la France, des dispositifs conservent parfois une certaine dualité : l'Allemagne (facultés et Hochschule, soit les équivalents des IUT), le Danemark (les écoles d'infirmiers sont rattachées aux universités), la Suède (universités et écoles spécialisées), et les Etats-Unis (majorité d'universités et une minorité d'écoles spécialisées). Aux Etats-Unis plus particulièrement, les « nursing diploma » sont des formations de 2 ou 3 ans dispensées par des hôpitaux ou des établissements médicaux, et non intégrées dans des universités. Ces formations courtes sont en perte de vitesse après avoir été la voie d'accès standard au métier d'infirmier. Elles conduisent dorénavant à des fonctions s'apparentant aux aides soignants en France. Elles peuvent être également un préalable aux études d'infirmier pour certaines personnes. A l'inverse, l'Italie, l'Espagne et le Royaume-Uni offrent des formations uniquement dans le cadre universitaire.

5.4 L'organisation du contenu des formations initiales

[46] Les différences sont notables selon les pays. L'entrée dans une formation d'infirmier résulte de l'obtention d'un diplôme d'études dans le secondaire et parfois des tests d'entrée à l'université (Italie, États-Unis, Royaume-Uni).

[47] Si tous adoptent une organisation pédagogique structurée selon deux ensembles, un enseignement généraliste puis un temps de spécialisation, le contenu de la formation varie :

- En Allemagne, le ratio est au bénéfice des heures de pratiques (2 500 heures) pour 2 100 heures théoriques, avec un nombre important de stages. ...). La partie pratique est construite autour d'un contrat de formation établi entre l'étudiant et un établissement de soin (hôpital, maison de retraite...). Afin de commencer des études en école d'infirmier, le futur étudiant doit d'abord conclure ce contrat avec l'établissement de soins qui l'accueillera pour la partie pratique de la formation. L'étudiant effectue un premier stage d'orientation et un stage d'approfondissement dans l'établissement en question ainsi que plusieurs stages obligatoires dans des domaines différents (Soins aigus généraux en hôpital, soins de longue durée, soins ambulatoires, pédiatrie...).
- Au Danemark, le volume des enseignements théoriques représente 250 crédits ECTS contre 90 pour les enseignements pratiques.

[48] L'obtention du diplôme ne permet pas toujours à lui seul d'accéder au métier d'infirmier. A titre d'illustration, l'Espagne prévoit un concours à l'issue de la formation universitaire, puis deux années d'internat. Aux Etats-Unis, un examen national conditionne la pratique du métier, en sus du diplôme. Le Danemark et le Royaume-Uni rendent eux obligatoire une autorisation a posteriori, délivrée par le ministère de la santé et attestée par une inscription au registre du Nursery and Midwifery Council.

5.5 Les enseignants

[49] Les professeurs encadrants sont tenus d'être spécialisés dans l'enseignement des sciences infirmières. De nombreux pays ont développé une offre de masters ou de doctorats qui visent à constituer un vivier d'enseignants spécialisés (Allemagne, Danemark, États-Unis, Royaume-Uni). En Allemagne, depuis 2020, il n'est plus possible pour une école de recruter un enseignant ne disposant pas d'un master en pédagogie en infirmerie. Au Danemark, pour enseigner la pratique, l'enseignant

doit avoir suivi un cours de supervision clinique (10 points ECTS). Aux États-Unis, les qualifications requises varient selon les États ; la moitié des États requièrent un master a minima pour enseigner.

[50] L'OMS, dans l'étude pré citée, met en avant la pénurie globale de personnels enseignants en soins infirmiers, et met en exergue les politiques volontaristes de certains États pour y remédier. Ainsi les États-Unis ont mis en place le programme *Veterans Affairs Nursing Academic Partnership* qui permet le financement des salaires et la formation d'infirmiers spécialisés qui souhaitent devenir professeurs dans des établissements universitaires partenaires, ce afin d'augmenter le nombre de diplômés préparés à répondre aux besoins spécifiques des anciens combattants dans des contextes de soins aigus et de soins primaires.

5.6 Les parcours de formation

[51] Le processus de Bologne a amené les États européens à harmoniser leur système d'enseignement supérieur en Europe en déclinant le dispositif Licence Master Doctorat (LMD). C'est cette logique qui a progressivement amené chacun à intégrer la formation d'infirmier dans la sphère universitaire, soit directement, soit au travers de conventionnement entre écoles spécialisées et universités. Cela a amené chacun à construire des parcours au-delà de la formation initiale, tout d'abord sous forme de masters permettant une spécialisation sur un domaine particulier (infirmier de bloc opératoire, infirmier de pratique avancée par exemple). L'accès à la recherche par le développement de doctorats de science infirmière est plus récent et s'affirme plus ou moins rapidement, du fait d'une profession marquée par un référentiel d'actes qui en fait des assistantes des médecins. La limite de leur périmètre d'action n'a pas été propice à de tels développements jusqu'à récemment. Sur la base de données partielles, on peut constater un taux d'abandon assez proche entre les différents pays : 20 % en Italie, 20 % aux États-Unis et 24 % au Royaume-Uni. Ces données sont cependant à considérer avec prudence au regard des définitions parfois diverses de ce qui constitue un abandon dans les différents pays. Ces formations semblent plébiscitées, notamment en Allemagne, avec un nombre d'étudiants en croissance de 13,5 % depuis 2017. Plusieurs pays ont accru leur offre de formation durant les dernières années, tels l'Espagne ou l'Italie.

[52] Aux fins de former plus d'étudiants, certains pays ont développé une politique volontariste, en reconnaissant les parcours antérieurs et en développant des systèmes de passerelles :

- C'est ainsi qu'en Allemagne des études accomplies d'aide-soignant permettent sur simple demande d'effectuer la formation d'infirmier en deux ans au lieu de trois (le système est le même pour d'autres formations, qui peuvent conduire à réduire la durée de formation infirmière des deux tiers au maximum).
- Au Danemark, avoir travaillé au moins un an comme aide-soignant permet de candidater à une école d'infirmier même sans avoir suivi d'étude.
- Aux États-Unis existe une possibilité de formation accélérée pour accéder au bachelor d'infirmier pour les personnes déjà titulaires d'un bachelor dans un autre domaine.

[53] Des mesures ont aussi été prises dans différents pays pour améliorer l'attractivité des formations : par exemple en Allemagne depuis 2020, les écoles d'infirmiers ne peuvent plus demander de frais d'inscription aux étudiants, et une rémunération leur est versée par les organismes où ils réalisent leurs stages. A contrario, au Royaume Uni, il a été estimé que la suppression en 2016, par le gouvernement Cameron, des bourses d'études pour les élèves infirmiers et leur remplacement par un système de prêts aurait fait chuter le nombre de candidatures de 23 % en moins d'un an.

[54] La voie de l'apprentissage est également en développement, même si les dispositifs de chaque Etat diffèrent rendant difficiles les comparaisons.

6 L'accès à la formation continue

[55] Les infirmiers en exercice peuvent généralement ouvrir des droits à des dispositifs de formation continue, aux fins de maintenir ou valider des acquis, mais aussi d'accéder à des spécialisations. Il s'agit parfois d'une obligation.

[56] Là encore, les réglementations varient selon les pays, en fonction de l'obligation ou non de certification des compétences et selon les professions concernées :

- **en Italie**, les cours de formation continue constituent une obligation pour les infirmiers depuis 2002. Les professionnels de la santé doivent obtenir 150 crédits au cours d'une période de référence de trois ans.
- Aux **Etats-Unis**, la formation continue est laissée à la charge des États fédérés, ce qui induit une forte hétérogénéité, qui peut aller de 7 à 45 heures de formation continue obligatoire sur un ou deux ans.
- Au **Québec**, les infirmiers doivent réaliser au moins vingt heures de formation continue par an.
- En **Suède**, les infirmiers peuvent choisir une spécialisation nécessitant souvent un an de formation et leur permettant d'acquérir 60 et 90 crédits européens : anesthésie, pédiatrie, soins intensifs, soins chirurgicaux, soins médicaux, oncologie, gériatrie, etc.
- En **Nouvelle Zélande**, les infirmiers sont soumis à de fortes exigences en matière de maintien des compétences. Chaque année, 5 % des infirmiers sont tirés au sort pour participer à un audit de re certification et doivent alors apporter des preuves de l'entretien de leurs compétences, dont la formation²⁰¹.

[57] **Des actes spécifiques, comme la prescription, sont également conditionnés à des formations** (cf. supra la partie sur l'élargissement des compétences des infirmiers). Ainsi au Royaume Uni, tous les infirmiers nouvellement qualifiés sont formés à la prescription. Ceux qui souhaitent accéder au statut de nurse prescriber (cf. supra) suivent également une formation additionnelle à la prescription indépendante. Plus globalement, au Royaume Uni, le « Nursing and Midwifery Council » insiste sur un minimum de 35 heures de formation tous les trois ans. La canulation, la ponction veineuse, le traitement médicamenteux intraveineux ou encore la réanimation avancée font partie des techniques spécifiques que les infirmiers peuvent acquérir via le dispositif de formation continue.

²⁰¹ « État des lieux et propositions en vue de la préparation des ordonnances sur la re certification des professionnels de santé à ordre », IGAS, 2021.

ANNEXE 3 : L'encadrement réglementaire de la profession infirmière : état des lieux et perspectives

1 L'encadrement juridique de l'exercice infirmier

1.1 Les principaux textes qui régissent la profession

[1] La profession infirmière est régie par le code de la santé publique (CSP) :

- partie législative : Articles L4311-1 à L4314-6 ;
- partie réglementaire : Articles R4311-1 à R4312-92.

[2] Elle est située dans la 4^{ème} partie du code, en livre 3 et titre 1, le titre préliminaire traitant de la pratique avancée.

[3] Le **décret d'acte de 2004** est codifié dans la partie réglementaire aux articles R4311-1 à R4311-15-2 et le **code de déontologie**, aux articles R4312-1 à R4312-92. Publié le 27 novembre 2016 par décret au Journal officiel, et mis à jour le 1er octobre 2021, le code de déontologie des infirmiers comprend l'ensemble des droits et devoirs des infirmiers, quels que soient leurs modes ou lieux d'exercice. Il clarifie notamment les relations avec les patients, les autres membres de la profession et les autres professionnels de santé. Il se substitue à l'ensemble des règles professionnelles figurant depuis 1993 dans la partie réglementaire du CSP.

[4] Ces règles d'application générale sont complétées par diverses dispositions d'autres codes : code de la sécurité sociale, code de l'action sociale et des familles, code du travail...

[5] Par ailleurs plusieurs textes infra réglementaires viennent éclairer la mise en œuvre des missions spécifiques confiées aux infirmiers en fonction de leur champ d'intervention : infirmier scolaire et infirmier en santé au travail notamment.

1.2 Une définition de la profession complexe et peu claire qui ne facilite pas son appropriation par les professionnels de santé eux même et les usagers

[6] L'article L 4311-1 du CSP donne la définition suivante de l'infirmier : « Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu.

L'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement.

L'infirmière ou l'infirmier peut effectuer certaines vaccinations, sans prescription médicale, dont la liste, les modalités et les conditions de réalisation sont fixées par décret en Conseil d'État, pris après avis de la Haute Autorité de santé.

L'infirmière ou l'infirmier est autorisé à renouveler les prescriptions, datant de moins d'un an, de médicaments contraceptifs oraux, sauf s'ils figurent sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé, sur proposition de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, pour une durée maximale de six mois, non renouvelable. Cette disposition est également applicable aux infirmières et infirmiers exerçant dans les établissements mentionnés au troisième alinéa du I de l'article L. 5134-1 et dans les services mentionnés au premier alinéa de l'article L. 2112-1 et à l'article L. 2311-4.

Dans un protocole inscrit dans le cadre d'un exercice coordonné tel que prévu aux articles L. 1411-11-1, L. 1434-12, L. 6323-1 et L. 6323-3, et dans des conditions prévues par décret, l'infirmier ou l'infirmière est autorisé à adapter la posologie de certains traitements pour une pathologie donnée. La liste de ces pathologies et de ces traitements est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de la Haute Autorité de santé. Cette adaptation ne peut avoir lieu que sur la base des résultats d'analyses de biologie médicale, sauf en cas d'indication contraire du médecin, et sous réserve d'une information du médecin traitant désigné par le patient.

Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers, lorsqu'ils agissent sur prescription médicale, peuvent prescrire à leurs patients sauf en cas d'indication contraire du médecin et sous réserve, pour les dispositifs médicaux pour lesquels l'arrêté le précise, d'une information du médecin traitant désigné par leur patient.

L'infirmier ou l'infirmière peut prescrire des substituts nicotiques, des solutions et produits antiseptiques ainsi que du sérum physiologique à prescription médicale facultative.

Sauf en cas d'indication contraire du médecin, l'infirmier ou l'infirmière titulaire du diplôme d'Etat de puéricultrice peut prescrire des dispositifs médicaux de soutien à l'allaitement. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe la liste des dispositifs médicaux concernés. »

[7] Cette définition très complexe contraste avec celle qui avait cours de 1953 à 2000, modifiée en 1978 pour y intégrer le rôle propre de l'infirmier²⁰². Elle est le résultat de 11 modifications de l'article depuis sa version de 2000. Complétée par la partie réglementaire, elle renvoie à plusieurs notions qui ne sont pas hiérarchisées entre elles et ne permettent pas de consacrer une approche claire de la définition de la profession infirmière.

[8] Ainsi, au sein de la section « actes professionnels », l'exercice infirmier est qualifié par :

- **ses activités :**

- **le R. 4311-1** liste les activités liées à l'exercice infirmier : participation à des actions de prévention, contribution au recueil de données cliniques, réalisation de soins infirmiers...

- **ses objets :**

- **le R. 4311-2** mentionne les différents objets des soins infirmiers : par exemple, « protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques... »

²⁰² Article L473 du CSP (article abrogé par l'ordonnance du 22 juin 2000) : « Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui, en fonction des diplômes qui l'y habilitent, donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou bien en application du rôle propre qui lui est dévolu. En outre, l'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement. »

- **ses actes ou soins :**
 - **le R. 4311-5** liste les 42 actes ou soins relevant du rôle propre de l'infirmier ;
 - **le R. 4311-6** liste 4 actes ou soins spécifiques dans le domaine de la santé mentale.
 - **Le R. 4311-7** liste les 43 actes que l'infirmier pratique sur prescription médicale.
 - **Le R 4311-9** liste 10 actes et soins sur prescription et à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment.
- **ses techniques :**
 - **R. 4311-10 :** participation de l'infirmier à la mise en œuvre par le médecin de dix techniques (par exemple, première injection d'une série d'allergènes)
- **ses actions :**
 - **R 4311-15 :** l'infirmier « propose des actions, les organise ou y participe dans les domaines suivants : formation initiale et continue, encadrement des stagiaires, dépistage, éducation à la sexualité, etc. ».

[9] Le mot mission n'est pas utilisé pour définir la profession ou l'exercice infirmier et on peut s'interroger sur la portée législative de certaines dispositions (exemple la mention du sérum physiologique). Par ailleurs, le pouvoir de prescription n'étant pas reconnu aux infirmiers, l'article L 4311-1 du CSP traite de manière exhaustive les quelques possibilités de prescription infirmière, les dispositifs de soutien à l'allaitement étant le dernier exemple issu de la loi du 7 février 2022 relative à la protection de l'enfance. Reconnaître le diagnostic et la prescription voire la clinique infirmiers au niveau législatif permettrait de clarifier la définition et sans doute une meilleure reconnaissance de la profession et une meilleure lisibilité de son recours par le grand public.

1.3 Les règles relatives à l'exercice de la profession

[10] L'article L4311-15 du CSP stipule que « Nul ne peut exercer la profession d'infirmier s'il n'a pas satisfait à l'obligation d'enregistrement auprès du service ou de l'organisme désigné s'il n'est pas inscrit au tableau de l'ordre des infirmiers ». Ainsi, l'inscription au tableau de l'Ordre est obligatoire pour tout infirmier quel que soit son mode d'exercice (salarié du public ou du privé, libéral, cadre formateur, cadre de santé infirmier, directeur de soins infirmiers, infirmier de santé au travail, infirmier scolaire, etc.). Cette inscription vient alimenter le Répertoire Partagé des Professionnels intervenant dans le système de santé (RPPS)²⁰³, répertoire unique de référence permettant d'identifier les professionnels de santé.

[11] Des règles spécifiques s'appliquent à l'exercice de la profession en fonction de son statut. En effet, selon l'article R4312-59 du CSP, « Le mode d'exercice de l'infirmier est salarié ou libéral. Il peut également être mixte. ». Le salariat représente la grande majorité d'exercice de la profession et répond aux règles classiques de droit public ou de droit privé en fonction de la qualité de l'employeur. Nous nous attarderons ici sur l'exercice libéral, l'exercice mixte et le cas particulier de l'intérim.

²⁰³ Bascule de l'enregistrement des infirmiers au RPPS à compter de septembre 2021.

1.3.1 L'exercice libéral

[12] Le diplôme d'État d'infirmier garantit la qualification des professionnels qui en sont titulaires. Pour autant, l'article L. 162-12-2 du code de la sécurité sociale renvoie à la convention nationale avec l'assurance maladie²⁰⁴ le soin de déterminer « 3° Les conditions, à remplir par les infirmiers pour être conventionnés et notamment celles relatives à la durée minimum d'expérience professionnelle acquise en équipe de soins généraux au sein d'un service organisé, aux sanctions prononcées le cas échéant à leur encontre pour des faits liés à l'exercice de leur profession et au suivi d'actions de formation, ainsi qu'à la zone d'exercice définies par l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ; ».

[13] La convention traite des conditions d'installation en exercice libéral sous convention au 5.2.2. Ainsi selon la règle générale, peuvent s'installer immédiatement en exercice libéral sous convention les infirmiers justifiant d'une expérience professionnelle de vingt-quatre mois c'est-à-dire 3200 heures équivalent temps plein en temps de travail effectif, au cours des six années précédant la demande d'installation en libéral sous convention. Cette expérience est acquise²⁰⁵ en hôpital ou en clinique, en centre hospitalier spécialisé psychiatrique (après validation du diplôme en DE), en centre de soins, établissement militaire, en établissement médicalisé d'hébergement pour personnes âgées, en association de soins dans le cadre du maintien à domicile des personnes âgées (SSIAD) ou en association type « Médecins sans Frontières » ou « Médecins du Monde » ...

[14] Plusieurs cas particuliers et dérogations à ce principe existent. On mentionnera notamment la situation de carence démographique dans certaines zones géographiques (ces zones peuvent être infra départementales), qui ne permet pas un égal accès de la population aux soins infirmiers.

Les règles d'installation des IDEL en fonction du zonage

Les règles du nouveau zonage, consacré par l'avenant 6 du 29 mars 2019, prennent principalement en compte l'accessibilité de la population aux soins en introduisant la notion d'accessibilité potentielle localisée. Cet indicateur intègre la notion de temps d'accès aux soins (aux IDEL ou aux centres de soins infirmiers) et la situation sanitaire du territoire. L'article 3.2.1 définit 5 types zones (sur dotée, très dotée, intermédiaire, sous dotée et très sous dotée) pour lesquelles sont arrêtées des règles d'installation (et leurs dérogation) :

- **la zone sur dotée et le principe de la régulation:** le principe est qu'une installation de nouvel IDEL n'est possible qu'en cas de départ d'un IDEL. Le nouvel IDEL doit disposer d'une lettre d'attestation de l'IDEL partant afin d'être conventionné. Il existe des dérogations au principe de régulation liées à la situation personnelle ou professionnelle de l'infirmier ou pour les infirmiers ayant effectué des remplacements en zones sur-dotées.

²⁰⁴ « Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les infirmiers sont définis, dans le respect des règles déontologiques fixées par le code de la santé publique, par une convention nationale conclue pour une durée au plus égale à cinq ans entre une ou plusieurs organisations syndicales les plus représentatives des infirmiers et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. »

²⁰⁵ La convention indique « Est reconnue toute expérience professionnelle acquise dans tout établissement de santé ou structure de soins, ou dans un groupement de coopération sanitaire défini par l'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé et les procédures de création d'établissement, dès lors qu'elle est acquise en équipe de soins au sein d'un service organisé où l'infirmière est amenée à dispenser des soins infirmiers effectifs à une population dont l'état de santé justifie des interventions infirmières diversifiées. Ces actes doivent être effectués sous la responsabilité d'un médecin ou d'une infirmière cadre ». Ainsi, l'exercice en laboratoire d'analyses médicales, en centre de scanner, centre de transfusion sanguine, en médecine du travail, médecine scolaire, en service médical d'entreprise, en crèche, P.M.I., en maison de retraite non médicalisée ou en tant qu'enseignante en soins infirmiers par exemple ne permettent pas d'acquiescer cette expérience.

- **les zones très dotées et intermédiaires et le principe d'encadrement de l'activité libérale** : Les nouveaux IDEL qui s'installent dans ces zones ou en périphérie d'une zone sur dotée, doivent s'engager à y réaliser les 2/3 de leur activité. En cas de non-respect de cette règle, l'infirmier s'expose à un déconventionnement de la part de l'Assurance maladie.

- **les zones très sous dotées et les dispositifs d'incitation à l'installation et au maintien** : Dans ces territoires correspondant à ce zonage, il est possible de bénéficier d'un des 3 contrats d'aide correspondant à trois types de situations :

- **Le contrat d'aide à la primo-installation** concerne les IDEL démarrant leur activité dans ce type de territoire. Il est valable pour une durée de 5 ans non renouvelable et se traduit par un versement forfaitaire de 37 500 €.

- **Le contrat d'aide à l'installation** concerne ceux qui étaient déjà conventionnés dans une autre zone et qui s'installent en zone très sous-dotée. Ce contrat est lui aussi valable pour une durée de 5 ans non renouvelable et donne lieu à un versement de 27 500 €.

- **Le contrat d'aide au maintien** concerne tous les IDEL déjà installés dans ces zones. Il est valable pour une durée de 3 ans et donne lieu au versement de 9 000 €.

1.3.2 L'exercice mixte

[15] L'exercice mixte désigne l'hypothèse d'un exercice salarié (du privé ou du public) accompagné d'un exercice libéral (remplacement en libéral par exemple) ou inversement. Pour l'application de la convention nationale, l'exercice au sein d'une société d'exercice est assimilé à de l'exercice libéral, y compris pour les infirmiers salariés.

[16] Concernant les infirmiers ayant la qualité de fonctionnaire, des dispositions spéciales limitent toutefois l'exercice mixte. Il s'agit des règles du cumul d'emploi²⁰⁶. Ainsi, l'agent peut être autorisé à cumuler une activité accessoire avec son activité principale, sous réserve que cette activité ne porte pas atteinte au fonctionnement normal, à l'indépendance ou à la neutralité du service ou ne mette pas l'intéressé en situation de méconnaître l'article 432-12 du code pénal (cf : prise illégale d'intérêt). Dans la situation actuelle de tension très forte sur le fonctionnement des services et les risques majeurs de rupture de continuité du service et des soins, ces autorisations de cumul d'emploi n'ont que peu de chance d'obtenir la validation des responsables hiérarchiques des infirmiers quand bien même l'objectif de coordination Ville/ Hôpital pourrait progresser via cet exercice mixte.

[17] Concernant les infirmiers salariés d'un établissement privé, cet exercice mixte semble plus simple à mettre en œuvre. Il doit cependant être concilié avec les dispositions du droit du travail qui imposent une obligation de loyauté²⁰⁷ envers son employeur c'est-à-dire que l'infirmier ne peut exercer une activité concurrençant celle de son employeur et celles du code de déontologie qui impose aux infirmiers d'entretenir des rapports de bonne confraternité avec les autres infirmiers et professionnels de santé.

1.3.3 L'intérim infirmier

[18] En augmentation constante depuis 2012²⁰⁸, l'intérim infirmier représente la modalité d'exercice de 3 % des infirmiers au 1^{er} janvier 2021. Si le chiffre peut ne pas paraître très élevé en

²⁰⁶ Article 25 septies de la Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.

²⁰⁷ art. L 1222-1 du code du travail.

²⁰⁸ Données accessibles sur le site de la DREES. La DREES souligne cependant la potentielle fragilité des données en question.

valeur absolue, les effets délétères sur le travail d'équipe du recours à l'intérim, massif et non intégré dans une stratégie RH, ont fréquemment été soulevés par les interlocuteurs de la mission.

[19] Outre les dispositions du code du travail, l'intérim infirmier n'est encadré par aucune règle ad hoc : ni condition d'exercice minimum ni plafonnement de la rémunération.

[20] Aujourd'hui ce plafonnement n'existe que pour l'intérim médical²⁰⁹ et est très peu appliqué dans les faits. Les débats parlementaires lors de l'adoption la loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification avaient posé la question de la lutte contre les abus financiers du recours de l'intérim médical par les établissements hospitaliers mais aucune nouvelle mesure n'a été prise en complément de l'arsenal juridique datant de 2016. En effet, l'article 136 de la loi de modernisation de notre système de santé de 2016 a modifié l'article L. 6146-3 du Code de la santé publique en plafonnant les dépenses d'une mission d'intérim dans le but d'en réguler les pratiques de rémunération. Les conditions de détermination du plafond ont été fixées par le décret n° 2017-1605 du 24 novembre 2017 relatif au travail temporaire des praticiens intérimaires dans les établissements publics de santé qui a imposé aux agences de travail temporaire de renseigner les établissements publics de santé sur les qualifications, l'autorisation d'exercice, l'aptitude, ainsi que le non-cumul d'activité des praticiens qu'elles mettent à leur disposition et qui a plafonné, depuis le 1er janvier 2018, le montant journalier des dépenses susceptibles d'être engagées pour un praticien par un établissement public de santé au titre d'une mission de travail temporaire. L'arrêté du 24 novembre 2017 fixe à 1 170,04 euros le montant plafond pour une journée de 24 heures de travail effectif.

[21] Il est important de rappeler que le code du travail règlemente déjà la rémunération du salarié intérimaire. L'article L1251-43 6° fait référence au « montant de la rémunération avec ses différentes composantes, y compris, s'il en existe, les primes et accessoires de salaire que percevrait dans l'entreprise utilisatrice, après période d'essai, un salarié de qualification professionnelle équivalente occupant le même poste de travail », auquel s'ajoutent deux indemnités : l'indemnité de fin de mission (10 % du salaire qui compense le caractère temporaire de la mission) et l'indemnité compensatrice de congés payés (10 % l'intérimaire ne prenant généralement pas ses congés durant la période de mission).

[22] Si les bases juridiques permettant de traiter la question de la rémunération existent d'ores et déjà mais nécessitent d'être appliquées, la question de l'expérience préalable du professionnel pour exercer en intérim se pose. Les interlocuteurs de la mission ont souhaité un encadrement à l'instar de ce qui existe déjà pour permettre une installation en qualité d'infirmier libéral. Une durée minimum d'exercice de deux ou trois ans serait de nature à développer les compétences de ces professionnels dont la capacité d'adaptation est très sollicitée.

²⁰⁹ L'article L 6146-3 du CSP fait référence au « recours à des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques pour des missions de travail temporaire ».

2 La logique d'organisation des professions de santé traduite dans le code de la santé publique

2.1 La subordination des professions paramédicales au monopole médical

[23] La quatrième partie du code de la santé publique, consacrée aux « professions de santé », se décline en trois livres : « professions médicales », « professions de la pharmacie » et « auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers ».

[24] Le livre 3, relatif aux « auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers », traite, dans l'ordre des titres qui leur sont consacrés, des professions d'infirmier ou d'infirmière (titre 1), de masseur-kinésithérapeute et de pédicure-podologue (titre 2), d'ergothérapeute et de psychomotricien (titre 3), d'orthophoniste et d'orthoptiste (titre 4), de manipulateur d'électroradiologie médicale (titre 5), d'audioprothésiste, d'opticien-lunetier, de prothésiste et d'orthésiste pour l'appareillage des personnes handicapées (titre 6), de diététicien (titre 7) et des aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers (titre 9).

[25] Le livre 1 est dédié aux professions de médecin, chirurgien-dentiste, et sage-femme. Il place la profession médicale au centre de l'architecture des professions de santé ; les compétences des autres professionnels étant construites par dérogation au monopole médical.

[26] Ainsi, les médecins disposent seuls d'une habilitation générale à intervenir sur le corps d'autrui, le monopole médical, constituant 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.

[27] Les odontologistes et les sages-femmes, qui constituent également des professions médicales au sens du code de la santé publique, se voient quant à eux reconnaître une habilitation spécialisée à intervenir sur le corps d'autrui. Leur champ de compétence est ainsi limité (articles R. 3127-313 et R. 4127-204 du même code), 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.

[28] Le monopole médical est protégé par l'infraction²¹⁰ d'exercice illégal de la médecine²¹¹.

Celui-ci renvoie à deux dimensions :

- l'établissement d'un diagnostic ou d'un traitement ;
- la réalisation de « l'un des actes professionnels prévus dans une nomenclature fixée par arrêté du ministre chargé de la Santé ». Cela fait référence à l'arrêté du 6 janvier 1962²¹² qui fixe la liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins, ou pouvant être pratiqués également par des auxiliaires médicaux ou par des directeurs de laboratoires d'analyse médicale non médecins.

²¹⁰ Article L 4161-5 CSP.

²¹¹ Article L. 4161-1 CSP.

²¹² Arrêté du 6 janvier 1962 fixant liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant être pratiqués également par des auxiliaires médicaux ou par des directeurs de laboratoires d'analyses médicales non médecins.

[29] L'exercice illégal de la médecine ne s'applique cependant pas aux « personnes [...] qui accomplissent, dans les conditions prévues par décret en Conseil d'État pris après avis de l'Académie nationale de médecine, les actes professionnels dont la liste est établie par ce même décret ».

[30] Le système dit des décrets d'actes, applicable aux infirmiers (et aux autres auxiliaires médicaux), trouve ainsi son origine dans cette construction de protection du monopole médical.

2.2 Le système des décrets d'actes

[31] En dehors des situations d'urgence, les professions paramédicales ou auxiliaires médicaux, ne peuvent accomplir que les seuls actes figurant sur une liste préétablie. L'exercice de ces professions s'effectue en dérogation à l'exercice illégal de la médecine, le plus souvent dans le cadre de décrets d'actes autorisant l'accomplissement de certains actes et précisant le champ de responsabilité.

[32] Ce système encadre très fortement l'intervention des paramédicaux auprès des patients :

- Seuls les actes précisés dans ces décrets permettent au professionnel paramédical d'intervenir auprès de la personne. Ces actes ne peuvent sortir de la liste des actes susceptibles d'être effectués par des non-médecins au sens de l'arrêté de 1962.
- La liste des actes est donc nécessairement limitative et ces actes ne peuvent être effectués que dans des conditions posées par l'arrêté précité : « *sous la responsabilité et la surveillance directe d'un médecin, celui-ci pouvant contrôler et intervenir à tout moment* », ou « *sur prescription qualitative et quantitative du médecin, mais en dehors de la présence de celui-ci* ».
- Le diplôme vient sanctionner la qualité du professionnel de santé de laquelle découle la possibilité d'exercer les actes fixés dans le décret d'actes de ladite profession.

[33] La notion de compétences réelles acquises durant la carrière²¹³ n'entre pas en compte pour permettre la réalisation d'actes, limitant ainsi la possibilité d'ajuster les frontières des champs d'intervention des différents professionnels de santé.

3 Les perspectives d'évolution pour la profession infirmière

[34] Au cours des investigations un consensus a paru se dessiner autour de la profession infirmière qui en ferait le « partenaire », le « binôme » naturel du médecin pour la prise en charge globale des patients et au-delà des personnes²¹⁴. Il paraît donc important et légitime de pouvoir faire évoluer les conditions légales qui encadrent l'exercice de cette profession.

²¹³ Cela pose par exemple la question de la non reconnaissance d'une compétence acquise dans un service qui met en œuvre un protocole de coopération. De même, les titres ou diplômes de formation continue obtenus par les infirmiers ne se traduisent pas par un élargissement de leur champ de compétence...

²¹⁴ La référence au terme générique et neutre de « personne » renvoie ici au fait que les objectifs de santé ne se réduisent pas à la dimension curative.

3.1 Une approche par mission de la profession infirmière n'a pas prospéré en 2008

[35] En 2008, en marge des travaux de la Loi HPST, une nouvelle rédaction de l'article L4311-1 du CSP avait déjà fait l'objet de travaux administratifs²¹⁵. Celle-ci consacrait une approche par grandes missions et repositionnait l'infirmier dans une approche globale du métier :

« L'infirmier identifie les besoins de santé et évalue la situation clinique des personnes. Il pose un diagnostic infirmier et formule des objectifs de soins.

Il dispense des soins infirmiers préventifs, curatifs ou palliatifs afin de protéger, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques pour favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social.

Il met en œuvre des traitements visant à la prise en charge et la sur-veillance de la santé des personnes.

L'infirmier est habilité à entreprendre et à adapter des traitements définis par arrêté du ministre chargé de la santé, dans le cadre de protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers.

En l'absence de médecin, il évalue l'urgence d'une situation et peut mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence.

L'infirmier exerce sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu.

L'infirmier peut effectuer certaines vaccinations, sans prescription médicale, dont la liste, les modalités et les conditions de réalisation sont fixées par décret en Conseil d'État, pris après avis du Haut conseil de la santé publique.

Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers, lorsqu'ils agissent sur prescription médicale, peuvent prescrire sauf en cas d'indication contraire du médecin et sous réserve, pour les dispositifs médicaux pour lesquels l'arrêté le précise, d'une information du médecin traitant désigné par leur patient.

L'infirmier assure, dans son champ d'intervention défini au présent article, des missions de prévention, de dépistage, d'éducation pour la santé et d'éducation thérapeutique, et peut contribuer à la recherche dans le domaine des soins infirmiers et participer à des actions de recherche pluridisciplinaire.

Il effectue des actions de formation et d'encadrement des étudiants, stagiaires et professionnels. Il analyse sa pratique et réalise une veille professionnelle.

Il accomplit ses missions en relation avec les autres professionnels, notamment dans le secteur de la santé, le secteur social et médico-social et le secteur éducatif. »

[36] Cette proposition n'a pas prospéré devant les fortes réactions et oppositions qu'elle a suscitées. Pour autant, la mission constate qu'il répondait pour partie à de nombreux sujets soulevés encore aujourd'hui par l'ensemble des parties prenantes autour de différents sujets tels la reconnaissance

²¹⁵ Alimentés par la mission dite Bressand de réflexion et de concertation sur le développement des coopérations entre professionnels de santé confiée par la ministre pour définir les modalités d'application du déploiement du partage des compétences, les transferts de tâches qui « rendent les professions paramédicales plus attractives, recentrent les médecins sur leur cœur de métier et peuvent améliorer le service rendu aux patients ».

de la clinique infirmière, du diagnostic infirmier, d'un pouvoir de prescription encadré²¹⁶, d'une reconnaissance au niveau législatif de certaines missions dont la formation, la prévention notamment.

[37] Cette définition portait une évolution ambitieuse pour la profession. Celle-ci n'ayant pas vu le jour, les évolutions se sont poursuivies sous deux angles :

- l'émergence et la structuration de la pratique avancée ;
- le cadre des protocoles de coopération.

[38] Pour autant, ces deux orientations connaissent aujourd'hui des limites qui ont été traitées dans le récent rapport de l'IGAS « Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé » dont les travaux ont été prolongés dans un cadre de concertation²¹⁷.

3.2 La reconnaissance de compétences acquises en cours de carrière pourrait se traduire par des actes supplémentaires autorisés

[39] Sans remettre en cause l'architecture juridique expliquée supra, on pourrait envisager un système permettant la reconnaissance de compétences supplémentaires acquises via un diplôme et qui ouvrirait la possibilité de réaliser des actes supplémentaires.

[40] Sans aller jusqu'à la spécialisation (type IADE, IBODE ou IPuer), on pourrait ainsi envisager des modules de formations complémentaires sanctionnés par un DU ou autre diplôme ou titre. Ces certifications pourraient être accessibles en tout ou partie par la validation des acquis de l'expérience professionnelle. Une structuration de ces certifications en blocs de compétences faciliterait des parcours mixtes entre formation et VAE.

[41] Plus que des spécialités, il serait ici question de domaines d'expertise. La liste d'actes correspondante serait ainsi envisagée pour chaque domaine. Les professionnels de terrain ont cité différents domaines qu'il sera nécessaire d'expertiser et dont la liste sera à arrêter après une consultation avec l'ensemble des professionnels. À titre d'exemple, on peut citer la gériatrie, les soins palliatifs, la chirurgie...

[42] Cette nécessaire expertise ne doit pas être conduite domaine par domaine mais inscrite dans une réflexion d'ensemble intégrant l'évolution du socle de compétences infirmier, des spécialités existantes, des domaines actuels de pratiques avancées et en veillant à l'articulation avec l'évolution des compétences des autres professionnels de santé.

3.3 L'hypothèse d'un statut de profession médicale à compétences définies

[43] Ce modèle consiste à sortir de celui du Décret d'actes (capacité d'intervention limitativement définie) et à attribuer à la profession d'infirmière un domaine de compétence assorti de limites. Le principe d'exercice ainsi renversé impose de sortir la profession infirmière du livre 3 (auxiliaires médicaux) et de l'intégrer dans un livre ad hoc avant celui-ci ou dans le livre 1, cette dernière

²¹⁶ Le pouvoir de prescription tel qu'il était présenté dans ce projet sera finalement intégré par la Loi OTSS de 2019. Pour autant, il n'est toujours pas mis en place faute de textes d'application (arrêté définissant les traitements pour les pathologies concernées).

²¹⁷ Rapport IGAS/ IGESR Concertation sur la pratique avancée infirmière d'août 2022

hypothèse intégrant une dynamique d'évolution de long terme de l'ensemble des professions de santé.

[44] Dans ce modèle, la profession d'infirmière serait redéfinie de façon plus générique, par grands domaines d'exercice (dont la plupart existe déjà dans la partie réglementaire). La nécessité de continuer à assurer la plus grande sécurité à l'intégrité corporelle des patients (origine du monopole médical) requiert un niveau de formation en adéquation avec les responsabilités confiées à la profession. En effet, dans ce nouveau modèle, l'appréciation des limites de l'intervention du professionnel lui reviendrait et se ferait en fonction de ses compétences et en application de règles déontologiques.

[45] Cette compétence infirmière est déjà mise en œuvre par les infirmiers sapeur pompiers (ISP) dans le cadre des protocoles infirmiers de soins d'urgence (PISU). En effet, leur déclenchement nécessite la reconnaissance de la situation clinique d'un PISU par l'ISP grâce à son jugement clinique. Dans l'hypothèse examinée ici, cette compétence pourrait alors être amenée à s'exercer hors cas d'urgence vitale. Par ailleurs, l'article R 4312-10 du CSP indique déjà que l'infirmier « (...) ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience, ses compétences ou les moyens dont il dispose. (...) ».

[46] Dans ce modèle, la liste d'actes peut être soit supprimée mais les acteurs interrogés semblent attachés à celle-ci, soit précédée d'une mention du type « notamment », ce qui conduirait à laisser une plus grande appréciation à chaque professionnel des limites de son exercice. Ainsi, l'exercice tiendrait davantage compte des compétences réelles des infirmiers et ne serait pas uniquement attaché à la détention d'un diplôme. À ce titre, la pratique infirmière pourrait de surcroît être sécurisée par un renvoi à des recommandations de la HAS ou à des outils (procédures, vadémécums, arbres de décision) travaillés en interprofessionnel. On peut citer à titre d'exemple les PISU précités entre les médecins et les infirmiers ou des arbres décisionnels du projet expérimental article 51 Pharma Osys entre les médecins et les pharmaciens. Quelle que soit l'option retenue, ce que les acteurs souhaitent avant tout, c'est une souplesse dans la rédaction du décret d'actes qui permette d'encadrer et de sécuriser les évolutions de pratique.

[47] Eu égard à ce qui précède, dans le système actuel, il paraît plus pertinent d'envisager le développement de ce statut pour les infirmiers de pratique avancée (en ne limitant plus leur exercice à certains domaines), leur niveau d'étude et d'analyse clinique correspondant sans doute davantage à ce cadre de profession à compétences définies.

ANNEXE 4 : L'exercice coordonné pluri professionnel

[1] L'exercice coordonné des soins de premier recours (voire de deuxième recours) a pour objectifs :

- d'offrir un cadre attractif d'exercice pour les professionnels de santé notamment en améliorant leurs conditions d'exercice ;
- de favoriser une meilleure accessibilité aux soins pour les patients notamment en favorisant l'installation des professionnels de santé dans des zones où l'offre de soins est insuffisante, en développant des actions de prévention et d'éducation à la santé et en fluidifiant le parcours de soins des personnes.

[2] L'exercice coordonné se met en œuvre :

- au sein de structures intégrées ;
- au sein de dispositifs souples à l'initiative des professionnels.

Il favorise l'expérimentation et l'innovation en santé.

1 Les structures d'exercice coordonné

[3] Deux modèles²¹⁸ (les centres de santé et les maisons de santé pluri professionnelles) coexistent aujourd'hui avec plusieurs recoupements dans leurs caractéristiques : exercice de façon coordonnée autour d'un projet de santé, aides de l'assurance maladie sur la base d'indicateurs. Par ailleurs, depuis la loi du 10 août 2011, les professionnels de santé exerçant au sein des maisons et des centres de santé peuvent accéder à l'ensemble des informations de santé concernant les patients qu'ils prennent en charge, sous réserve du consentement exprès des patients à ce partage.

[4] Les principales différences entre ces deux modèles concernent :

- l'exercice mono professionnel qui n'est possible qu'en centre de santé (par exemples, centres médicaux, infirmiers...) ;
- les professionnels des centres de santé sont salariés alors que ceux des maisons de santé sont libéraux.

[5] Enfin, si ces structures accueillent tous les usagers, les centres de santé sont particulièrement accessibles pour les populations précaires. L'article L6323-1-7 du CSP indique qu'ils « pratiquent le mécanisme du tiers payant (...) et ne facturent pas de dépassements des tarifs fixés ».

²¹⁸ La loi de modernisation de notre système de santé a créé les équipes de soins primaires (ESP) constituées autour du médecin généraliste dans une optique de prise en charge des besoins de soins non programmés et de coordination des soins, ces ESP pouvant prendre la forme de centres de santé ou de maison de santé (Article L1411-11-1 CSP).

1.1 Les centres de santé

1.1.1 Les textes de référence

- Les mesures législatives et réglementaires relatives aux centres de santé.

[6] Afin de favoriser le développement des centres de santé, le corpus réglementaire régissant les centres de santé a été révisé par l'ordonnance 2018-17 du 12 janvier 2018 qui s'est attachée à clarifier et simplifier les conditions de création, de gestion et de fonctionnement des centres de santé, d'une part, et à garantir la sécurité des patients d'autre part. La définition, les conditions de création, de gestion et de fonctionnement des centres de santé résultent désormais des textes suivants :

- articles L. 6323-1 à L. 6323-1-15 du code de la santé publique
- articles D. 6323-1 à D. 6323-12 du code de la santé publique
- arrêté du 27 février 2018 relatif aux centres de santé

- Les guides relatifs aux centres de santé

[7] Pour faciliter la lecture des textes réglementaires et en proposer une interprétation partagée entre tous les acteurs, un guide a été élaboré par la DGOS.

[8] La HAS a proposé dès 2007 un référentiel d'évaluation des centres de santé.

- Les aides de l'assurance maladie

[9] Aux termes de l'accord national destiné à organiser les relations entre l'assurance maladie et les centres de santé, sont définies les conditions d'attribution des rémunérations spécifiques auxquelles peuvent prétendre les centres de santé

1.1.2 La genèse des centres de santé²¹⁹

[10] L'histoire des centres de santé (CS) prend racine dans les consultations charitables pour « pauvres malades », instituées au XVII^e siècle par Théophraste Renaudot, médecin. Progressivement le principe de charité est remplacé par celui de solidarité et les CS se développent, notamment dans les zones urbaines, à l'initiative d'associations caritatives ou non, de municipalités, de mutuelles, courant renforcé par l'avènement de la Sécurité Sociale. Les gestionnaires des centres de santé, particulièrement les municipalités, développent progressivement le rôle de ces structures de soins de proximité en support d'une politique locale de santé publique, associant éducation pour la santé et vaccination, dépistages, stratégies d'interventions coordonnées pour les pathologies chroniques...

[11] En 1995, il existait environ 1 500 centres de santé, toutes disciplines médicales et para médicales confondus.

[12] L'accord national de 2003²²⁰ signé avec l'assurance maladie définit les missions des centres de santé : « Structures de proximité se situant au plus près des assurés et de leurs besoins, ils participent à l'accès de tous à la prévention et à des soins de qualité. Ils pratiquent le tiers payant et s'engagent

²¹⁹ « Les centres de santé : une histoire, un avenir », Marie-Pierre Colin, Dominique Acker, Dans Santé Publique 2009/hs1 (Vol. 21), pages 57 à 65

²²⁰ Accord national des centres de santé. JORF n° 93, 19 avril 2003

à respecter les tarifs conventionnels²²¹. En lien avec la démarche curative, les centres de santé participent activement à des actions de prévention et de promotion de la santé, favorisant une prise en charge globale de la santé des personnes ». Les centres de santé sont définis comme « les dispositifs novateurs de coordination des soins, tant dans leurs modalités organisationnelles que financières. Pour ce faire, les parties s'engagent à encourager toute démarche de coopération développant des complémentarités avec les autres offreurs de soins en articulation avec les services des secteurs social et médico-social. Ainsi, les centres de santé contribuent pleinement aux nécessaires évolutions du système de santé actuel à travers une redéfinition de son organisation, de ses modes de financement et de la distribution des soins ».

1.1.3 Les centres de santé aujourd'hui

[13] **La définition actuelle des centres de santé est issue de l'ordonnance de 2018** codifiée dans le CSP. **L'article L 6323-1 du CSP** stipule « *Les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité, dispensant des soins de premier recours et, le cas échéant, de second recours et pratiquant à la fois des activités de prévention, de diagnostic et de soins, au sein du centre, sans hébergement, ou au domicile du patient. Ils assurent, le cas échéant, une prise en charge pluri professionnelle, associant des professionnels médicaux et des auxiliaires médicaux. Par dérogation à l'alinéa précédent, un centre de santé peut pratiquer à titre exclusif des activités de diagnostic. Tout centre de santé, y compris chacune de ses antennes, réalise, à titre principal, des prestations remboursables par l'assurance maladie. Les centres de santé sont ouverts à toutes les personnes sollicitant une prise en charge médicale ou paramédicale relevant de la compétence des professionnels y exerçant.* »

[14] Les centres de santé sont des **structures mono ou pluri-professionnelles dont les professionnels de santé sont salariés**. Les centres de santé doivent élaborer **un projet de santé** « *incluant des dispositions tendant à favoriser l'accessibilité sociale, la coordination des soins et le développement d'actions de santé publique* »²²² qu'ils transmettent à l'agence régionale de santé (ARS) en même temps que leur règlement intérieur. Ils sont appelés à conclure avec l'ARS un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens préalablement à tout versement d'une aide financière par l'agence. La HAS a élaboré en 2007 un référentiel d'évaluation des centres de santé qui vise à « *instaurer ou renforcer une dynamique d'amélioration continue de l'organisation et de la dispensation des soins et services médicaux dans les centres* »²²³.

[15] On compte plus de 2 200 centres de santé (dont 522 pluri professionnels). À l'exception des centres de soins infirmiers, ils sont implantés majoritairement en milieu urbain. Il existe, au 31 décembre 2021, 499 centres de soins infirmiers²²⁴.

²²¹ A la différence des MSP.

²²² Loi HPST

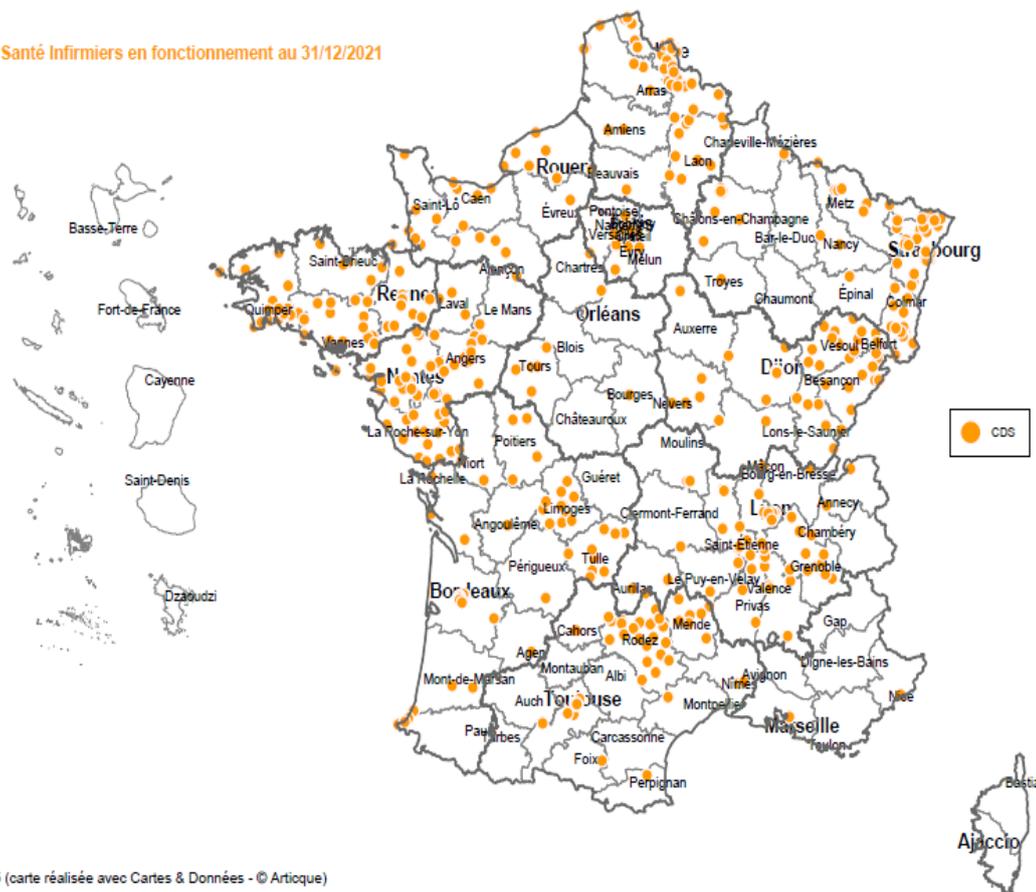
²²³ Référentiel d'évaluation des centres de santé, HAS

²²⁴ Catégorie de centre de santé qui regroupe des infirmiers

Centres de Santé Infirmiers en fonctionnement

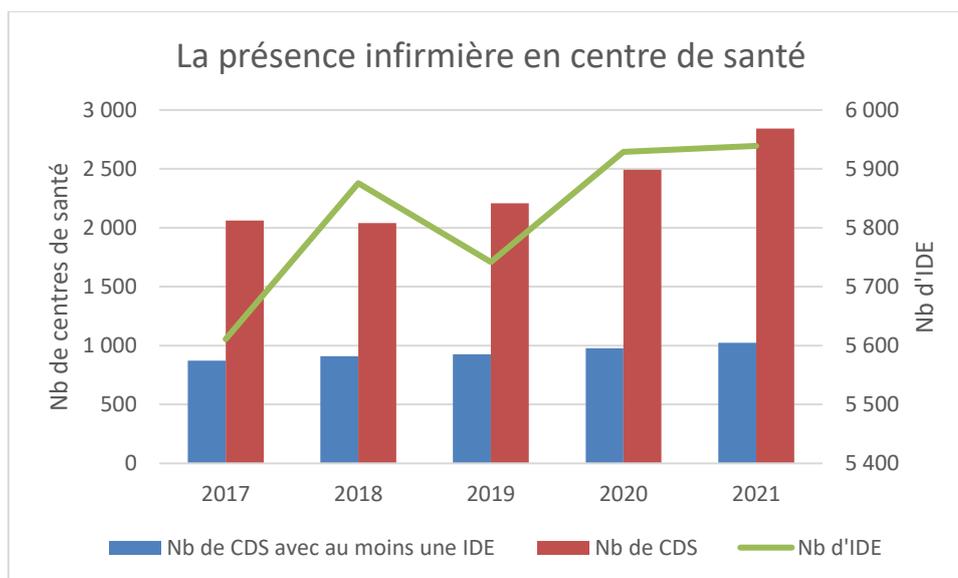
Source : ATIH/observatoire e-cds/retraitement DGOS - Extraction au 10/03/2022 - France entière

499 Centres de Santé Infirmiers en fonctionnement au 31/12/2021



Production DGOS/SR5 (carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique)

[16] Le nombre d'IDE travaillant en centre de santé a augmenté sur la période 2017-2021 (+6 % sur la période). En 2021, 5 939 infirmiers exercent en centre de santé qu'ils soient mono ou pluri professionnels ce qui ne représente pas plus d'1 % des infirmiers en activité. En 2021, la moitié des centres de santé pluri professionnels comptent au moins un infirmier dans leurs effectifs (contre 67 % en 2017). Enfin, sur la même période, le nombre de centres de santé infirmiers augmente, passant de 490 à 520 centres mais les effectifs infirmiers baissent, passant de 4 573 à 4 462.

L'évolution de la présence infirmière en centre de santé²²⁵ sur la période 2017-2021

Source : Données CNAM ; présentation mission

1.2 Les maisons de santé pluri professionnelles

1.2.1 Définition et textes de référence

- Les mesures législatives relatives aux maisons de santé

[17] La définition des maisons de santé résulte de l'article L 6323-3 du code de la santé publique, au terme duquel « *La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ces professionnels assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L. 1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L. 1411-12 et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé.* »

- Les sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires

[18] Pour permettre aux maisons de santé de pouvoir bénéficier de subventions de l'assurance maladie et de les reverser à leurs membres en toute sécurité juridique et fiscale, une société ad hoc a été créée : la société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA). Celle-ci peut prendre deux formes : la SISA à capital fixe ou la SISA à capital variable.

[19] Les textes relatifs aux conditions de fonctionnement de cette société sont les suivants :

- articles L. 4041-1 à L 4043-2 du code de la santé publique
- articles R. 4041-1 à R. 4041-5

²²⁵ Centres de santé tous types (dont polyvalents, médicaux, infirmiers, dentaires et CDS non déterminé)

[20] La DGOS a élaboré une fiche technique visant à résoudre les difficultés rencontrées par les SISA au regard de la lourdeur administrative et du coût généré par les mouvements d'associés.

- Les aides de l'assurance maladie

[21] Aux termes de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) du 20 avril 2017 relatif aux structures de santé pluri professionnelles sont définies les conditions les conditions d'attribution des rémunérations spécifiques auxquelles peuvent prétendre les maisons de santé en particulier.

1.2.2 La genèse des maisons de santé

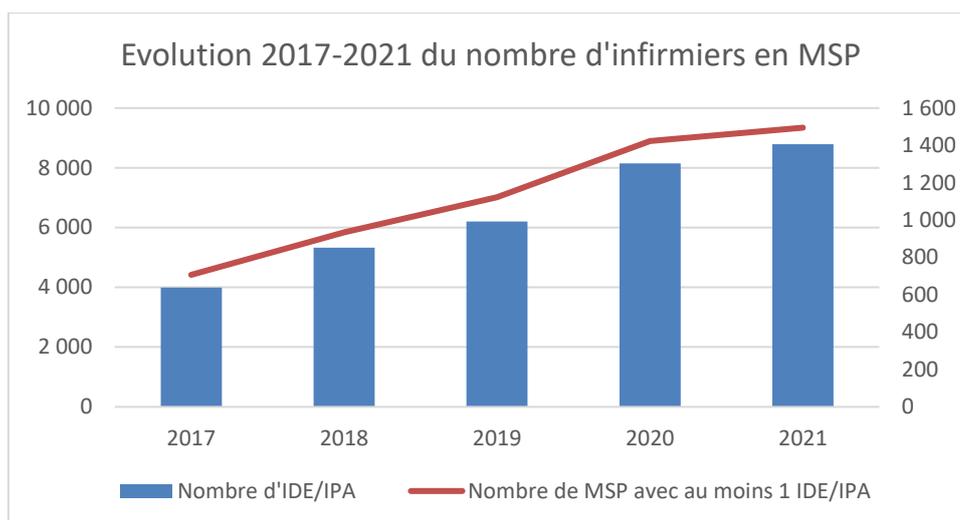
[22] Les maisons de santé ont été introduites dans le code de la santé publique en 2007 (loi de financement de la sécurité sociale du 19 décembre 2007) pour ouvrir aux professionnels libéraux un mode d'exercice collectif, dans un contexte déjà marqué par le développement des maladies chroniques et la crise de la démographie médicale en France. À l'instar de leurs équivalents internationaux (*Medical home, Family health groups, Patient-Centered Medical Home, etc.*), elles se fondent sur des regroupements de professionnels de santé et sur des pratiques coordonnées et pluridisciplinaires. L'objectif de ces structures est double : améliorer la qualité des soins et maintenir une offre de santé suffisante sur les territoires ; tout en bonifiant les conditions d'exercice pour les professionnels.

1.2.3 Les maisons de santé pluri professionnelles aujourd'hui

[23] Les maisons de santé sont des structures pluri professionnelles dotées de la personnalité morale et constituées entre professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Les professionnels de santé exerçant en leur sein (essentiellement des professionnels libéraux²²⁶) doivent élaborer un projet de santé attestant de leur exercice coordonné. Les maisons de santé sont appelées à conclure avec l'agence régionale de santé un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens préalablement à tout versement d'une aide financière par l'agence.

[24] En juin 2022, 2 127 maisons de santé sont en fonctionnement. Depuis l'origine, les infirmiers sont très présents dans les MSP. Ainsi en 2021, 99,5 % des MSP ont un infirmier dans leur équipe.

²²⁶ Depuis l'ordonnance n° 2021-584 du 12 mai 2021 et le décret n° 2021-747 du 9 juin 2021, une SISA a désormais la possibilité de salarier tout professionnel de santé contribuant à la mise en œuvre du projet de santé.



Source : Données CNAM ; présentation mission

1.3 Le développement des structures pluri professionnelles d'exercice coordonné

[25] En ce qu'il permet une prise en charge globale de la personne, c'est le modèle pluri professionnel de structure d'exercice coordonné qui fait l'objet d'une dynamique de développement et de promotion soutenue dans le cadre des mesures de la stratégie « Ma santé 2022 ». À terme, l'exercice isolé doit faire figure d'exception.

[26] Le travail d'équipe est au cœur de l'organisation et du fonctionnement des structures d'exercice coordonné. Au travers de l'ACI, celles-ci sont incitées à mettre en œuvre un travail d'équipe et de coordination entre professionnels de santé²²⁷.

[27] Les critères reconnus et valorisés par l'ACI concernent notamment²²⁸ :

- la fonction de coordination : animation de la coordination interprofessionnelle, coordination des parcours et dossiers patients, suivi de l'utilisation du système d'information, relations avec les institutions... ;
- l'établissement et la mise en œuvre de protocoles pluri professionnels pour la prise en charge et le suivi des patients avec une valorisation complémentaire si le protocole intègre un IPA parmi les professionnels de santé ;
- la concertation professionnelle : réalisation de réunions entre professionnels autour de cas patients afin de définir la stratégie de prise en charge et coordonner sa mise en œuvre, là encore avec une valorisation si intégration d'un IPA.

²²⁷ En signant la convention tripartite, l'équipe s'engage à répondre à un certain nombre d'objectifs. La rémunération est calculée et versée chaque année, en fonction de l'atteinte de ces engagements. Ceux-ci sont répartis en 3 grands axes et concernent l'accès aux soins, le travail en équipe et la coordination et les systèmes d'information.

Le calcul de la rémunération repose sur un système de points, dans lequel 1 point = 7€.

Certains indicateurs sont « fixes » : valider l'objectif permet de gagner un nombre défini de points (par exemple, 100 points par protocole pluri professionnel).

²²⁸ L'ACI valorise également la formation des professionnels de santé, la coordination externe (notamment le lien avec les établissements sanitaires et médico-sociaux), la démarche qualité, la mise en œuvre des protocoles nationaux de coopération des soins non programmés, la participation de la structure dans le cadre d'un parcours sur l'insuffisance cardiaque ou la réponse à une mission de santé publique sur le thème du surpoids et de l'obésité de l'enfant.

[28] L'annexe 3 de l'ACI est consacrée aux thèmes privilégiés pour la réalisation de protocoles de prise en charge pluri professionnelle et pour la tenue de réunions de concertation. Pour autant, les professionnels de santé restent libres de choisir les thématiques qui doivent correspondre au mieux aux besoins repérés dans les parcours de soins, les prises en charge et les coopérations entre professionnels. Ils peuvent également avoir des objets différents : checklists, aide-mémoires, aides à la prescription, supports de formation, outils de dialogue avec les patients...

[29] Par ailleurs, outre les mesures de simplification administrative et de soutien financier, le soutien au développement des structures pluri professionnelles passe par des réponses aux enjeux liés au numérique et à l'échange d'information entre professionnels. Ainsi, l'agence du numérique en santé a créé un label afin de permettre aux professionnels des structures de partager les informations relatives aux patients en vue d'un véritable exercice coordonné et de façon sécurisée. Ce label²²⁹ fixe des exigences aux éditeurs des logiciels informatiques à mettre à la disposition des centres et des maisons de santé. L'utilisation de ces solutions informatiques conditionne les aides financières de l'assurance maladie.

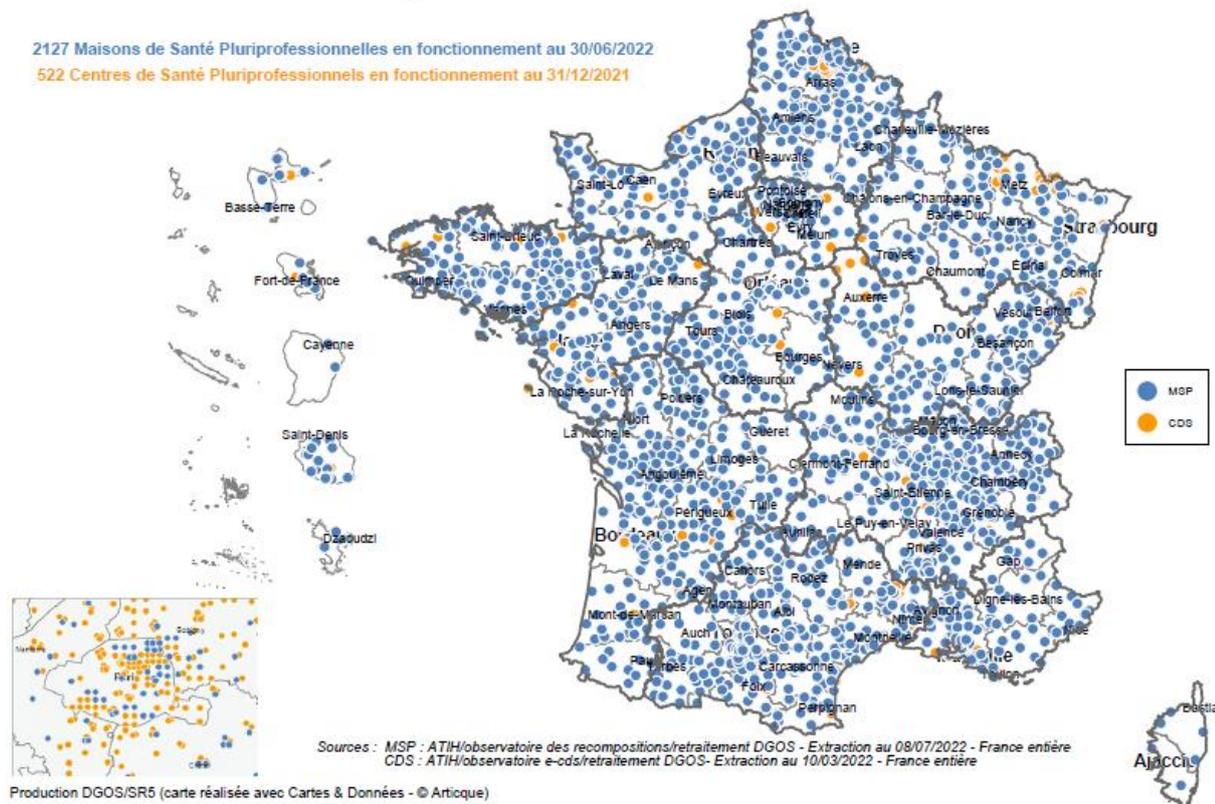
[30] Le gouvernement a fait du doublement du nombre de maisons de santé et de centres de santé une priorité de son action avec un objectif chiffré de 2 700 maisons et centres à fin 2022.

[31] Cette mesure fait l'objet d'un suivi sur le baromètre des résultats de l'action publique. Ainsi au 30 juin 2022, on dénombrait 2 127 MSP et 522 CS dont plus de 40 % (215) en IDF pour les raisons historiques décrites supra. Les cartes éditées sur ce site permettent d'avoir une vue exacte du maillage de ces structures sur le territoire. L'utilisateur peut également faire une recherche en ligne pour trouver une structure près de chez lui²³⁰.

²²⁹ La liste des solutions labellisées.

²³⁰ Comment trouver une maison de santé ou un centre de santé près de chez moi ?

Maisons de Santé et Centres de Santé Pluriprofessionnels en fonctionnement au 30/06/2022



2 La promotion de l'exercice coordonné via l'émergence de dispositifs plus souples et à la main des professionnels

2.1.1 Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)

[32] Créées en 2016 par la loi de modernisation de notre système de santé, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) répondent à deux objectifs : améliorer l'organisation des soins de ville pour faire face aux enjeux du virage ambulatoire (croissance des maladies chroniques, tension démographique pour certaines catégories de professionnels de santé) et développer l'exercice coordonné entre la ville et l'hôpital.

[33] La CPTS constitue un dispositif souple à la main des professionnels qui veulent travailler ensemble pour répondre aux besoins de santé spécifiques d'un bassin de population. Ainsi, elle contribue à une meilleure coordination de ces professionnels ainsi qu'à la structuration des parcours de santé des usagers, patients et résidents.

[34] La CPTS a vocation à être la plus inclusive possible en rassemblant des acteurs du premier et du second recours, des établissements de santé, des EHPAD et autres structures médico-sociales voire sociales. Elle se distingue des structures d'exercice coordonné du type maison et centre de santé par le fait qu'elle vise à répondre aux besoins de la population d'un territoire et non d'une patientèle attirée. Le territoire pertinent d'implantation d'une CPTS est celui qui réunit des professionnels de proximité volontaires autour d'un projet de santé commun et correspond aux

besoins de santé des populations locales. Il a donc vocation à suivre l'évolution du projet de santé et pour cette raison s'affranchit des limites administratives des territoires.

[35] Sur un échantillon de 198 CPTS sur 282 en fonctionnement²³¹, c'est la profession infirmière qui est la plus représentée dans les CPTS (27,33 % du total des professionnels présents en CPTS) avec celle de médecin généraliste (25,31 %) suivis par les pharmaciens (12,49 %) et les masseurs kinésithérapeutes (11,05 %). Par ailleurs, selon des données CNAM²³², début septembre 2022, 56 % des CPTS comptent au moins un infirmier. 3 252 infirmiers sont engagés dans une CPTS ce qui reste une proportion faible même en tenant compte de la couverture partielle du territoire par les CPTS (37 % du territoire national couvert).

[36] D'un point de vue administratif, si aucune forme juridique n'est imposée, c'est le statut associatif (loi de 1901) qui semble la solution la plus adaptée pour sa souplesse et sa simplicité d'usage. En effet, pour être éligible au contrat prévu par l'accord conventionnel interprofessionnel des CPTS (PDF), la CPTS doit avoir élaboré un projet de santé validé par l'ARS et avoir une personnalité juridique lui permettant de recevoir des financements de la part de l'Assurance Maladie²³³.

[37] L'ACI définit les missions prioritaires et complémentaires que les CPTS mettent en œuvre :

- Missions prioritaires :

- Missions en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins : faciliter l'accès à un médecin traitant ; améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville ; développer le recours à la télésanté.
- Missions en faveur de l'organisation des parcours pluri-professionnels autour du patient qui impliquent une gestion coordonnée entre les professionnels de santé autour du patient (lien entre premier et second recours, lien ville-hôpital, partage d'information, ...).

- Missions complémentaires et optionnelles :

- Missions en faveur du développement de la qualité et de la pertinence des soins (moments d'échanges formalisés sur les pratiques, des concertations autour de cas patients, retours d'expérience pluri-professionnelles en vue de définir des pistes d'amélioration et d'harmonisation des pratiques).
- Les actions en faveur de l'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire pour le rendre attractif (il peut s'agir de faciliter l'accueil des stagiaires).

[38] Dans le cadre de l'ACI, le financement des CPTS comprend deux volets :

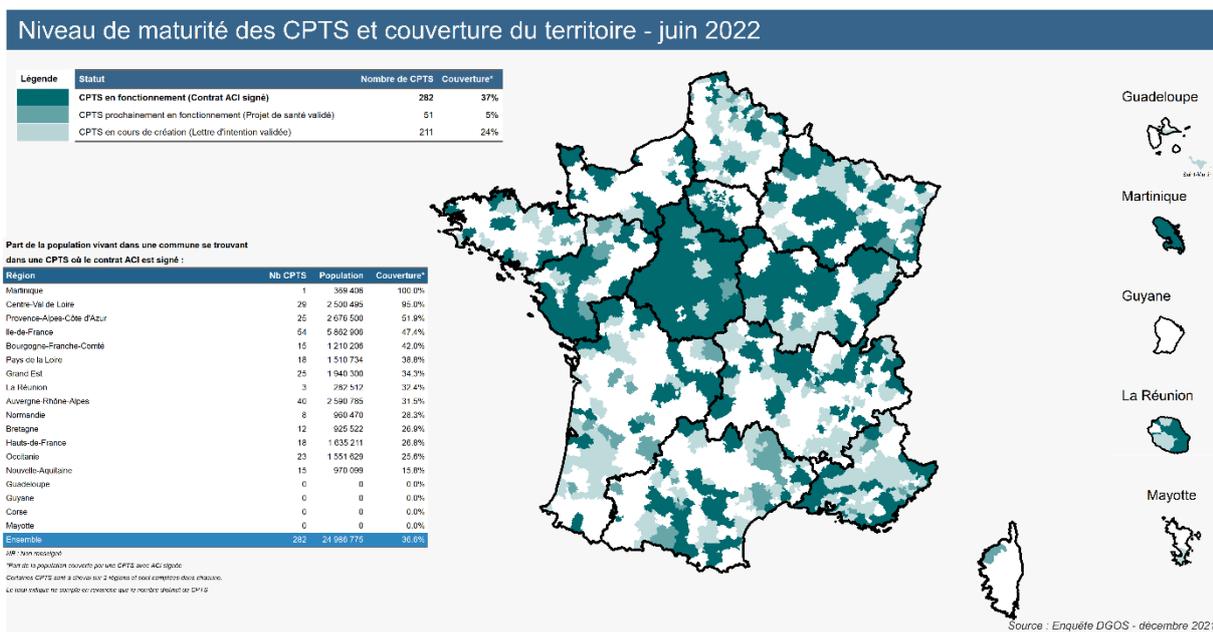
- un volet pour contribuer au financement du fonctionnement de la CPTS,
- un volet pour contribuer au financement de chacune des missions déployées par la CPTS, ce volet étant lui-même découpé en deux parties : une partie allouée de manière fixe (moyens nécessaires mis en œuvre pour réaliser les missions) et une partie variable prenant en compte l'intensité des moyens mis en œuvre ainsi que les résultats d'impact des missions.

²³¹ Échantillon réalisé par la CNAM à la demande de la mission en septembre 2022

²³² Données déclaratives issues du SharePoint DPROF au 06/09/2022

²³³ Contrat-type (PDF) proposé par l'Assurance Maladie.

[39] L’atlas des CPTS permet de suivre l’évolution de la mise en œuvre du dispositif en donnant un panorama national et des cartographies régionales.



[40] La CPTS constitue un engagement des professionnels de santé au niveau du territoire dans une dynamique qui dépasse l'accès aux soins primaires et aux actions de prévention, incluant le 2nd recours, les établissements médico-sociaux, l'hôpital... Si l'objectif gouvernemental des 1 000 CPTS en 2022 ne sera pas tenu, le modèle est conforté par la CNAM qui fixe un objectif de couverture territoriale de 100 % de la population pour 2023. Il sera important d'évaluer leur mise en œuvre et de procéder aux ajustements nécessaires à la dynamique de coopération attendue. Certains interlocuteurs ont fait part à la mission de la lourdeur et de la charge administrative pour constituer et faire vivre ces communautés. L'attention de la mission a également été appelée sur l'intérêt de permettre aux CPTS de salarier des infirmiers afin de leur permettre, via des protocoles, de se rapprocher du fonctionnement d'Asalée (cf infra).

2.1.2 Les autres innovations dans le champ de l'exercice coordonné

2.1.2.1 Les expérimentations innovantes en santé dites « article 51 »

[41] L'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a créé un dispositif novateur au service de la transformation du système de santé. En permettant de déroger aux règles parfois contraignantes de tarification, de facturation ou d'organisation pour les acteurs de santé ou de remboursements de soins pour les patients, et en instaurant un fond dédié pour financer ces expérimentations, l'Article 51 offre un cadre inédit permettant d'expérimenter de nouvelles organisations de prise en charge des patients.

[42] Après trois ans d'existence du dispositif²³⁴, le nombre de projets déposés sur les plateformes régionales et nationale de l'Article 51 approche le millier. Sur l'ensemble de ces projets déposés, 103 sont autorisés et 231 en cours d'instruction.

²³⁴ Rapport au Parlement 2021 sur les expérimentations innovantes en santé

[43] Un grand nombre de professions intervient dans les différents projets Article 51, qui s'inscrivent pour la plupart dans une démarche pluri-professionnelle ou multidisciplinaire, sous forme par exemple d'un parcours de soins. Les infirmiers, les médecins généralistes ainsi que les masseurs-kinésithérapeutes et les pharmaciens sont les professions les plus représentées dans les expérimentations. Il faut également souligner que certaines expérimentations peuvent intégrer des actes et modalités de prise en charge actuellement non remboursables comme, par exemple, un projet sur l'obésité qui inclut des consultations diététiques, de la psychothérapie et des activités physiques encadrées par des professeurs de sport spécialisés.

[44] Les projets d'expérimentation portent majoritairement sur des dérogations relatives aux modalités de financement au soutien du développement de l'exercice coordonné. Trois projets principaux sont décrits ci-après : PEPS, IPEP et EDS.

- L'ambition de l'expérimentation Paiement en équipe des professionnels de santé de ville, PEPS, est que le mode de rémunération des professionnels de santé permette la meilleure prise en charge possible. Adapter le mode de financement à un exercice coordonné avec un paiement collectif forfaitaire permet de prendre en compte à la fois des enjeux d'efficience, d'accès aux soins et de qualité. Le passage d'un paiement à l'acte à un paiement adapté à la personne donne de la souplesse aux professionnels de santé dans leur organisation. Pour autant, le partage de la rémunération entre les professionnels de santé demeure un enjeu.
- L'objet de l'expérimentation « Incitation à une prise en charge partagée » IPEP²³⁵ est inspiré du modèle des Accountable Care Organisations²³⁶, avec la mise en place de groupements de professionnels de santé, responsables collectivement de la qualité et des coûts de la prise en charge des patients sur un territoire. Cette responsabilité collective se matérialise par un intéressement collectif versé sur la base d'objectifs de qualité et d'efficience des dépenses d'assurance maladie.
- L'expérimentation d'une rémunération qui associe la ville et l'hôpital autour d'un épisode de soins (EDS) a pour but de faire émerger de nouvelles organisations s'appuyant sur les bonnes pratiques de prise en charge en dépassant les limites du financement cloisonné. Bien que l'expérimentation se déroule en mode « rétrospectif », c'est-à-dire sans modification des modalités de facturation actuelles mais avec une analyse périodique des résultats, une des ambitions à terme est d'envisager la faisabilité d'un paiement prospectif (un forfait délivré au début de l'épisode de soins) pour les trois épisodes de soins considérés (prothèse de hanche, prothèse du genou et colectomie pour cancer).

Focus sur le projet RSMO (Réseau de Santé Le Mans Ouest) relatif au suivi à domicile des personnes invalides et/ou âgées par les médecins traitants et les infirmiers.

L'expérimentation est conduite dans le quartier ouest du Mans, et a été conçue par les médecins et infirmiers libéraux de la Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) multi-sites « Réseau de santé Le Mans Ouest » (RSMO). Elle consiste à mettre en place un suivi coordonné au domicile des personnes âgées et/ou en situation de handicap et en incapacité de se déplacer au cabinet d'un médecin généraliste (MG), par un binôme constitué d'un MG traitant libéral et d'un infirmier libéral. Cette intervention relève de la prévention secondaire de la perte d'autonomie, et assure le lien avec l'aidant principal du patient suivi. En pratique :

²³⁵ 29 groupements de professionnels impliqués dans cette expérimentation fin 2021, avec un paysage assez varié (MSP, groupement de MSP, centre de santé, CPTS, comité ville-hôpital, GCS, dispositifs de coordination de type PTA) et impliquant des volumes de patientèle très différents (de 5 000 patients à plus de 100 000).

²³⁶ Accountable care organisations, enseignements d'un modèle développé aux Etats-Unis, DGOS/SDR/ Bureau R5

- une visite initiale avec le médecin, l'infirmier, les aidants et éventuellement les aidants rémunérés (pour les aides à domicile déjà en place) permet de compléter une fiche d'évaluation et de définir le plan de suivi personnalisé du patient pour l'année (contenu du suivi décidé conjointement). Cette visite se fait à une périodicité annuelle par la suite.

- l'infirmier assure les visites à domicile mensuelles entre les visites du médecin et lui transmet les informations recueillies lors de la visite via la fiche de suivi.

- le médecin généraliste assure une à deux visites au domicile du patient par an afin de réévaluer ses besoins.

L'infirmier a la possibilité de solliciter le médecin directement tout au long du suivi. La communication se fait notamment par un système d'information dédié. Si nécessaire, l'infirmier peut joindre le médecin rapidement.

Le financement du suivi coordonné médecin traitant / infirmier se fait sous la forme d'un forfait annuel de 450 € par patient inclus dans le dispositif, versé à la MSP. Le forfait couvre la visite conjointe initiale puis annuelle du binôme et en présence de l'aidant, les visites mensuelles de l'infirmier au domicile avec remplissage d'une fiche de suivi informatisée et mise à jour du dossier patient, la coordination soignante et administrative par les professionnels impliqués. Le forfait reste dû même en cas de sortie prématurée du patient du dispositif (en cas de décès, d'entrée en établissement pour personnes âgées dépendantes, EHPAD notamment). Le versement se fait en deux fois (la moitié à l'inclusion et la seconde moitié en fin d'année de suivi), et sa redistribution est assurée par la MSP RSMO. Les consultations et visites à domicile de suivi du MG relèvent du droit commun et un patient peut bénéficier de plusieurs années de suivi, tant que celui-ci est nécessaire.

Le bilan intermédiaire réalisé fin 2021 indique que :

- 71 patients ont bénéficié du suivi conjoint (entre le 26/07/2019 date de publication de l'arrêté et le 01/12/2021) avec 54 inclusions en 2020 et 17 en 2021.

- Le taux de renouvellement de suivi est de 74 % pour les patients inclus en 2020 et le taux de sortie du dispositif de 30 % sur les deux années (décès ou admission en EHPAD).

- 29 binômes médecin-infirmier ont été constitués parmi les 6 médecins et 13 infirmiers participants.

2.1.2.2 Les équipes de soins coordonnées avec le patient (ESCAP)

[45] L'ESCAP est un dispositif qui permet aux professionnels de santé impliqués dans une même prise en charge de mieux se coordonner. Elle permet également à un professionnel de déclencher ce dispositif lorsqu'un besoin de prise en charge complexe s'avère pour une personne. Dispositif souple, évolutif et réversible, il s'adapte aux besoins de la personne. L'ESCAP est constituée à partir de l'intervention de trois professionnels de santé incluant systématiquement le médecin traitant.

[46] Selon l'UNPS, promotrice du projet, « les ESCAP permettent de placer tous les professionnels de santé en situation d'exercice coordonné, de respecter le libre choix par le patient de son praticien dans ce cadre, de concrétiser le développement des CPTS en leur fournissant des effecteurs de soins et d'atteindre les objectifs fixés par Ma Santé 2022 »²³⁷.

2.1.2.3 Le déploiement des infirmiers ASALEE

[47] ASALÉE (Action de Santé Libérale En Équipe) a été créée en 2004. Cette association a proposé dès 2011 à l'ARS Poitou-Charentes un protocole de coopération visant à améliorer la prise en charge

²³⁷ Communiqué de presse de l'UNPS du 29 mars 2022.

des patients chroniques par la mise en place d'une action coordonnée entre médecins généralistes et infirmiers pour le suivi de ces patients.

[48] Si ASALEE porte un protocole de coopération permettant une délégation d'actes du médecin vers l'infirmier, le dispositif crée également un binôme médecin/ infirmier d'intervention auprès du patient. Il est à ce titre financé par la CNAM sur la base de l'article L 221-1 (9°) du code de la sécurité sociale qui précise que la CNAM a pour rôle « *De participer au financement des dispositifs qui organisent le travail en équipe entre professionnels de santé* ».

[49] Dans ce dispositif, les infirmiers sont salariés²³⁸ par une association, et viennent gracieusement en appui des médecins ou des structures ayant passé un partenariat avec l'association. Ce dispositif présente un modèle de travail en équipe (médecin généraliste/ infirmier) autour d'une unité de lieu (au sein d'un même cabinet), d'une unité de patientèle (les binômes prennent en charge les mêmes personnes) et permet à chaque profession de mobiliser ses compétences propres de façon complémentaire. Le médecin dégage du temps pour d'autres prises en charge et l'infirmier travaille en autonomie dans un cadre sécurisé et de confiance avec le médecin. Par ailleurs, ce dispositif porté par une association et entièrement financé par l'Assurance Maladie²³⁹, présente l'intérêt de ne générer aucune charge administrative pour les médecins.

[50] Le dispositif est désormais implanté partout sur le territoire et comprend à ce jour environ 1 500 infirmières et infirmiers travaillant auprès de 6 500 médecins. La CNAM, dans son rapport charges et produits pour 2023, envisage « un passage à l'échelle » du dispositif, sous réserve d'expertises juridiques, organisationnelles et financières, afin de libérer du temps médical et d'améliorer la qualité des prises en charges des patients. Celle-ci se base sur le plébiscite des professionnels de santé et sur une étude de l'IRDES « Impact de l'expérimentation de coopération entre médecin généraliste et infirmière Asalée sur l'activité des médecins ». Cette étude indique que l'effet d'Asalée est positif sur le nombre de patients rencontrés pour les patients en file active comme pour les patients inscrits « médecin traitant » auprès du médecin, elle évalue l'augmentation de la taille de la patientèle du médecin entre 6 et 7 %. Dans son récent avis²⁴⁰, le HCAAM appelle également à déployer ce modèle à plus grande échelle en ce qu'il constitue « un premier niveau d'équipe, composé de médecins traitants, infirmières et assistants collaborant étroitement au quotidien au service d'une patientèle commune ».

[51] **En conclusion**, la mission observe qu'au-delà de la création de structures ou de dispositifs permettant un exercice coordonné, il existe un **réel besoin de travail en équipe**, dans des relations holocratiques entre professions médicales et paramédicales, **où les compétences de chacun trouvent leur place** et se mettent en œuvre au bénéfice de la qualité de la prise en charge des patients. L'exercice coordonné permet également de **libérer du temps médical** et de placer les professionnels dans une logique non concurrente entre les professions, notamment lorsqu'un **modèle de rémunération est adapté à l'activité réelle de chacun** au bénéfice d'une même prise en charge.

²³⁸ La convention de juin 2019 indique cependant que « les infirmiers participant au dispositif doivent être des infirmiers libéraux, conservant une activité libérale propre. Toutefois, si les candidatures d'IDEL sont insuffisantes pour permettre à la structure d'atteindre les ratios de déploiements (...), un ou plusieurs infirmiers peuvent être salariés par l'association... »

²³⁹ La rémunération pour chaque ETP Infirmier est d'un montant de 71 000 euros en année pleine. Par ailleurs, la convention de 2019 met en place un forfait formation de 4 500 euros par IDE versé en fin de formation.

²⁴⁰ Avis du HCAAM « Organisation des Soins de proximité : Garantir l'accès de tous à des soins de qualité », septembre 2022.

ANNEXE 5 : Les cadres actuels de délégation d'actes

[1] Cette annexe présente les différents cadres actuels de la délégation d'actes autorisés pour les infirmiers.

[2] Elle fait référence principalement aux sources suivantes :

- Le rapport IGAS de novembre 2021 : « Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé » ;
- L'exploitation des données fournies par la DGOS à la mission ;
- L'exploitation des données fournies à la mission par l'association nationale des infirmiers sapeurs-pompier(ANSIP)

1 Les protocoles de coopération

[3] La coopération entre professionnels de santé est un des leviers de la stratégie Ma santé 2022. En apportant des réponses aux patients comme aux professionnels, elle contribue à élargir l'offre de soins dispensés, à réduire les délais d'accès à une prise en charge et à améliorer le parcours de santé, notamment en déléguant concrètement à des personnels paramédicaux certaines activités ou certains actes réservés exclusivement aux médecins.

[4] En France, la maturation du transfert de compétences entre professionnels de santé est lente et difficile. Une réflexion s'installe dans les années 2000 après la parution des rapports d'Yvon Berland en 2002²⁴¹ et 2003²⁴² sur les difficultés démographiques des professionnels de santé ainsi que sur l'organisation des soins et les coopérations entre ces différentes professions de santé préconisant des expérimentations dans ces domaines. Les enjeux sont pluriels :

- Une évolution de l'exercice professionnel et une extension des champs d'intervention des professions paramédicales
- Un recentrage des activités médicales sur des missions d'expertise plus complexes rendu possible par le temps dégagé
- Une amélioration de l'organisation des soins par la réduction des délais de prises en charge
- Une amélioration de la coordination entre les intervenants pour optimiser les parcours

[5] Le rapport parlementaire de M. Isaac-Sibille indique que ces protocoles « sont de nature à améliorer le parcours patient la sécurité et qualité des soins. Pour les infirmiers engagés dans ces modalités d'exercice, ils représentent une attractivité pour la profession, qui dessinent une évolution des fonctions et des perspectives d'exercice plus différencié ».

²⁴¹ Mission « démographie des professions de santé » Yvon Berland, rapport novembre 2002

²⁴² « Coopération des professionnels de santé, le transfert de tâches et de compétences », octobre 2003

1.1 La réglementation

[6] Un cadre législatif et réglementaire introduit par la loi du 9 août 2004 relative à la santé publique a permis de mener une expérimentation des protocoles de coopération dont l'évaluation a été confiée à la HAS en 2008²⁴³. Depuis 2009 et leur consécration par la Loi HPST, les protocoles de coopération sont définis au titre 1^{er} du livre préliminaire de la quatrième partie du code de la santé publique consacrée aux professions de santé.²⁴⁴

[7] L'article L4011-1 en précise le principe : « *par dérogation aux articles (définissant les conditions d'exercice légal et illégal des différentes professions de santé), les professionnels de santé travaillant en équipe peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération pour mieux répondre aux besoins des patients. Par des protocoles de coopération, ils opèrent entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de prévention ou réorganisent leurs modes d'intervention auprès du patient.*

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

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

Rappel des textes législatifs concernant les protocoles de coopération²⁴⁵ :

Article 51 de la loi Hôpital HPST n°2009 879 du 21 juillet 2009 : création des protocoles de coopération.

Article 35 LFSS 2014 : possibilité d'un financement dérogatoire, instauration d'un collège des financeurs, chargé de rendre un avis sur le modèle économique des protocoles et l'opportunité de leur financement dérogatoire sur le risque.

Art 55 LFSS 2018 : procédure d'autorisation accélérée pour les protocoles relevant de priorités ministérielles, réduction des délais d'avis à 6 mois pour la HAS et le collège des financeurs. Création d'un groupe référent chargé de sélectionner les protocoles prioritaires et d'appuyer la construction du modèle économique.

Article 66 de la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (OTSS) : création des "protocoles nationaux" (article L. 4011-3 du code de la santé publique) à déployer sur l'ensemble du territoire, suivant une liste de priorités proposée par un comité national des coopérations interprofessionnelles (CNCI), et auxquels peuvent adhérer librement dès leur publication toutes les équipes de professionnels de santé volontaires.

Article 97 de la loi n° 2020-1525 du 7 décembre 2020 d'accélération et de simplification de l'action publique

(ASAP) : création des protocoles locaux en établissement de santé.

Article 3 de la loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification dite "loi Rist" : extension des protocoles locaux aux équipes coordonnées et aux établissements médico-sociaux.:

[8] Le développement initial des protocoles de coopération a été freiné par une procédure jugée lourde et rigide par les acteurs de terrain.

²⁴³ HAS « Évaluation qualitative des expérimentations de coopération entre professionnels de santé » rapport final, CNEH, février 2008,

²⁴⁴ Coopération entre professionnels de santé (articles (L4011-1 à L4011-5) Titre Ier du titre préliminaire de la quatrième partie du code de la santé publique

²⁴⁵ Rapport IGAS, Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé, novembre 2021

[9] Le cadre juridique a évolué avec la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé du 24 juillet 2019 en distinguant 2 types de protocoles :

- **Les protocoles nationaux** (art L4011-3 du code de la santé publique) à élaborer et à déployer sur l'ensemble du territoire et inscrits au sein d'une liste établie par le comité national des coopérations interprofessionnelles et auxquels peuvent adhérer les professionnels de santé volontaires.
- **Les protocoles expérimentaux locaux** (article L4011-4 à L4011-4-8) du code de la santé publique. Ils sont laissés à l'initiative des professionnels de santé, qui peuvent les élaborer et mettre en œuvre des protocoles locaux de coopération sur décision du directeur de l'établissement et après avis de la commission médicale d'établissement et de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicot techniques.

[10] Ces protocoles ne sont valables qu'au sein de l'établissement ou du groupement hospitalier de territoire promoteur.

[11] Un bilan annuel est transmis par le directeur de l'établissement au directeur général de l'ARS. Une information immédiate est transmise en cas d'évènements indésirables graves (EIG).

[12] Une prime de coopération peut être attribuée à certains professionnels de santé délégués déclarés pour un protocole de coopération autorisé et qui répondent aux conditions fixées par le décret du 6 septembre 2019²⁴⁶. Le montant de la prime est fixé à 100 euros bruts mensuels, elle représente un élément d'attractivité de ce dispositif. Toutefois, il s'avère que certains petits établissements de santé renoncent à s'engager dans ces dispositifs faute de financement compensatoire. La mission « trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé » recommandait ainsi la mise en place d'un accompagnement de l'ARS via le FIR pour accompagner ces établissements.

[13] En ville, la mise en œuvre d'un ou plusieurs protocoles de soins non programmés dans le cadre de structures en exercice coordonné, ouvre droit à une rémunération à hauteur de 25€ par patient inclus dans le protocole. Ce montant est à répartir entre les membres de l'équipe selon les modalités de leur choix. Quatre protocoles concernent les infirmiers et les pharmaciens (Cystite, angine, varicelle, rhinite allergique) sur les six autorisés en exercice coordonné, les modalités d'application en sont décrites dans l'arrêté du 10 septembre 2020²⁴⁷.

1.2 Un comité national des coopérations interprofessionnelles (CCNI) qui peine à remplir ses objectifs

[14] Le CCNI²⁴⁸ se réunit au moins une fois par an et est composé de représentants :

²⁴⁶ Décret n° 2019-934 du 6 septembre 2019 portant attribution d'une prime de coopération à certains professionnels de santé exerçant dans le cadre des protocoles de coopération

²⁴⁷ Arrêté du 10 septembre 2020 modifiant les arrêtés du 6 mars 2020 autorisant les protocoles de coopération relatifs aux soins non programmés. ART 2Bis : le protocole de coopération entre professionnels de santé est financé par l'assurance maladie durant la période validité du protocole conformément à l'avis du CNCI du 10 juin 2020. L'annexe de l'arrêté porte sur le modèle économique de 6 protocoles de coopération visant la prise en charge des soins non programmés. La rémunération de l'équipe est de 25 euros par patient entrant dans le protocole, y compris la revoyure du délégué le même jour ou le lendemain.

²⁴⁸ Décret n°2020-148 du 21 février 2020 relatif au fonctionnement du comité national des coopérations interprofessionnelles et des protocoles nationaux prévus à L 4011-3 et à leur application au service de santé des armées

- de l'Union nationale des caisses de l'assurance maladie
- de la HAS
- des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et du handicap
- des ARS

[15] Les conseils nationaux professionnels, les ordres des professions concernées et l'Union nationale des professionnels de santé sont associés à ses travaux.

[16] Le rôle du CCNI se décline suivant 2 axes :

- La veille, l'analyse, l'animation et la prospective
- Le soutien aux équipes promotrices de protocoles locaux

[17] Plus précisément, l'article L4011-3 du CSP indique que « [le CNCI] assure le suivi annuel et l'évaluation des protocoles autorisés. A cette fin, lui sont transmises annuellement les données pertinentes pour chacun des protocoles mis en œuvre ». A cette fin, l'article D4011-4 du CSP indique que « Les équipes engagées dans un protocole national transmettent annuellement au comité national via une application en ligne dédiée les données relatives aux indicateurs de suivi²⁴⁹ et toute donnée pertinente mentionnée dans celui-ci. En cas de suspension de la mise en œuvre de ce protocole par l'agence régionale de santé dans les conditions prévues au IV de l'article L. 4011-3, et en l'absence de mise en conformité de celui-ci, l'établissement lui notifie la fin de la mise en œuvre du protocole ».

[18] Le comité peut proposer le déploiement d'un protocole local sur tout le territoire national à la demande d'un ou de plusieurs établissements de santé où à son initiative.

[19] En outre, l'article L4011-3 indique que « Le comité national des coopérations interprofessionnelles peut aussi proposer l'intégration des actes dérogatoires dans les compétences réglementaires des professionnels. Il propose leurs modalités de financement et de rémunération définitives par leur inscription sur la liste prévue à l'article L.162-16 du code de la sécurité sociale. »

[20] Faute d'effectif suffisant, le CCNI peine à remplir ses missions notamment celle de pilotage du dispositif et de proposition d'évolution des compétences des professionnels de santé.

1.3 Des perspectives d'évolution régulière

[21] Une liste d'appels à manifestation d'intérêt (AMI) pour l'élaboration d'un protocole de coopération national est publiée régulièrement ainsi que l'actualisation des anciens AMIS sur le site du MSP. On y trouve 3 items (en cours de publication, clôturés et sans suite) :

- **Des projets d'AMI en cours de publication concernant les infirmières** (aucun à la date de la mission).

²⁴⁹ Quatre indicateurs à renseigner

- Nombre de patients pris en charge
- Taux de reprises par les délégants non prévus par le protocole
- Nature et taux des événements indésirables
- Taux de satisfaction des professionnels de santé

- **Des projets d'AMI clôturés**, c'est-à-dire qu'il ne peut plus y avoir de dépôt de candidatures des équipes. A la date de la mission, il s'agit de :
 - IPA urgences
 - Bilan de santé des enfants âgés de 3 à 4 ans en école
 - Consultation infirmière en santé sexuelle en lieu et place du médecin
 - Coopération entre MG et IDE pour la prise en charge au domicile des patients âgés ou handicapés en difficultés pour se déplacer aux cabinets des médecins (vise le suivi infirmier à domicile des patients âgés dépendantes ou porteur de handicap sur délégation d'un médecin afin de lever les freins à l'accès aux soins et éviter les recours aux hospitalisations)
 - Prélèvement de tissus sur personnes décédées.
- **Des projets sans suite**, c'est-à-dire que les protocoles proposés par les équipes n'ont pas répondu aux exigences du cahier des charges selon la DGOS. A la date de la mission, il s'agit de :
 - Coopération infirmière aux urgences (transfert d'actes et d'activités entre médecins et infirmiers pour certains motifs de recours fréquents et peu graves afin de réduire les délais d'attente et fluidifier les prises en charge)
 - Infirmier /Aide-Soignant pour la crise COVID (pose et surveillance d'une oxygénothérapie, administration en aérosols et pulvérisations de produits non médicamenteux par un AS en lieu et place de l'IDE auprès des résidents en établissement médico-social)

1.4 Un nombre de protocoles de coopération nationaux significatif qui recouvre des réalités très contrastées mais n'engage pas suffisamment de professionnels

1.4.1 Des protocoles plus nombreux en établissement de santé

[22] Dans son bilan de septembre 2022 la DGOS recense 56 protocoles nationaux dont 43 concernent les infirmiers. Il n'y a pas à ce jour d'évaluation des protocoles locaux.

[23] Afin d'encourager les équipes de professionnels de santé à s'emparer de ces pratiques innovantes, le ministère de la Santé publie les protocoles nationaux et les modalités d'adhésion s'y référant. La liste des protocoles nationaux autorisés répertorie ceux autorisés en établissements de santé et ceux autorisés en structure pluri professionnelle ou en libéral puis en les distinguant par spécialités.

[24] On dénombre ainsi :

- **34 protocoles en établissement de santé impliquant les infirmiers** : 20 protocoles en Médecine/Chirurgie/Obstétrique et spécialités et 14 protocoles dans d'autres spécialités comme la vaccination, les explorations interventionnelles, la santé sexuelle.
- **9 protocoles autorisés en structure pluri-professionnelle ou en libéral** :
 - Soins non programmés : 4 ;
 - Asalée ;
 - Ophtalmologie : 1 ;

- Diabétologie :1
- Dépistage :1 ;
- Gériatrie :1

1.4.2 Des protocoles parfois très ciblés sur un acte précis

[25] De manière générale les protocoles recouvrent des champs d'actes ou d'activités de soins très différents. Le rapport « trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé » propose une typologie des différents actes et activités de soins inclus dans les protocoles.

- Entretien/évaluation/contrôle clinique/orientation sans intervention thérapeutique :9
- Entretien/évaluation/contrôle clinique/orientation suivi d'une intervention thérapeutique :12
- Prescription d'examen :2
- Réalisation d'un prélèvement :1
- Réalisation d'un examen (dont imagerie) /passation de test sans lecture :6
- Lecture d'examen/test :1
- Réalisation et lecture d'examen suivie d'une intervention thérapeutique :8
- Adaptation thérapeutique :13
- Prescription de vaccin : 2
- Prescription :4
- Réalisation de soins :11
- Soins techniques :6
- Chirurgie :6

[26] Le rapport indique : « seulement 1/3 des protocoles prévoient une intervention élargie entraînant une démarche diagnostique et une intervention thérapeutique. Les autres ne prennent en charge qu'une partie du processus médical (pré diagnostic, lecture de résultat, réalisation des soins) »

[27] Dans ses travaux, la DGOS propose une analyse des protocoles qui s'appuie sur la typologie ci-dessus. Cette analyse confirme que les protocoles concernent pour 1/3 la démarche globale de prise en charge et 2/3 concernent une partie ciblée de la démarche et se concentrent sur des actes techniques et du suivi de pathologie chronique. Concernant la démarche préventive, les protocoles concernent le dépistage, l'éducation thérapeutique, l'entretien motivationnel et les conseils. Par ailleurs, certains protocoles concernent des situations non pathologiques. On peut citer la première consultation d'alcoologie par l'infirmier ; l'intervention d'infirmier au domicile pour dépister et initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé ; la consultation infirmière en médecine du voyage, la consultation infirmière en centre gratuit d'information, de dépistage, de diagnostic(CeGIDD).

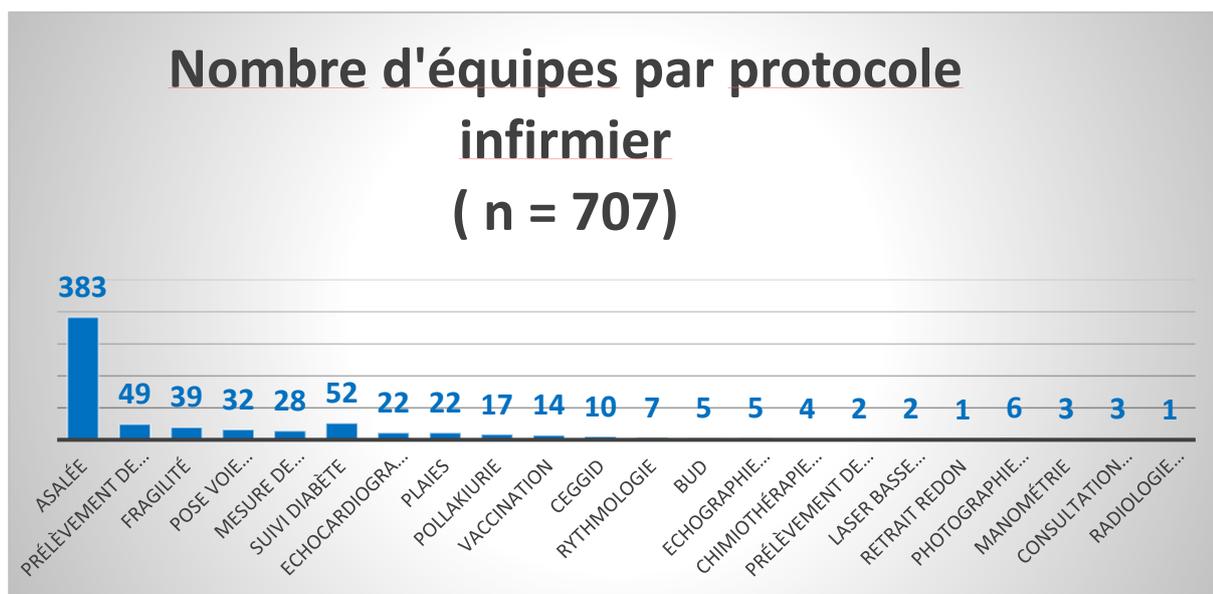
1.4.3 Un nombre d'équipes impliquées faible dans la grande majorité des protocoles

[28] Les données globales sur le nombre d'équipes engagées dans un protocole national ne permettent pas d'identifier le nombre exact de professionnels infirmiers inscrits dans la démarche.

[29] Les dernières actualisations de la DGOS de juillet 2022 font état de 707 équipes déclarant un protocole de coopération national à destination des infirmières sur un volume total de 1041 équipes engagées dans un protocole.

[30] En dehors du protocole Asalée qui totalise 383 équipes, l'ensemble des autres protocoles se répartissent sur 324 équipes dont 11 protocoles concernent moins de 10 équipes.

Graphique 1 : Visualisation du nombre d'équipes engagées sur un protocole national concernant les infirmiers



Source : DGOS en juillet /2022, 707 équipes sont engagées dans des protocoles de coopération.

1.5 Le protocole ASALÉE rassemble à lui seul la moitié des équipes engagées dans un protocole de coopération

[31] « Asalée » (Action de santé libérale en équipe) est une association nationale qui existe depuis 2004 et qui vise à améliorer la prise en charge des maladies chroniques en médecine de ville par la coopération entre médecin et infirmier. Dans le cadre d'un protocole dénommé Asalée en place depuis 2012, des patients sont suivis conjointement au sein du cabinet médical par leur médecin traitant et une infirmière déléguée à la santé publique.

[32] Le protocole a été validé par la HAS en 2011 et financé à titre expérimental jusqu'en 2015 de manière reconductible par période de 3 ans.

[33] Les infirmières rencontrent en consultation les patients atteints de pathologies chroniques comme le diabète, les risques cardiovasculaires, la BPCO ou les troubles cognitifs et interviennent auprès de ces derniers dans le cadre de ce protocole qui intègre les actes dérogatoires suivants :

- la rédaction et la signature de prescriptions d'examen (HBA1C, micro albuminurie, dosage du cholestérol, créatinémie, fond d'œil)
- la prescription et la réalisation de l'examen des pieds avec mono filament
- la prescription de soins de pédicurie

- la prescription et la réalisation d'ECG
- la prescription de substituts nicotiques
- la prescription, la réalisation et l'interprétation de la spirométrie²⁵⁰.

[34] Par comparaison avec les autres protocoles impliquant des infirmiers, Asalée rencontre un vif succès puisque à ce jour, on comptabilise 1 500 infirmiers engagés dans ce dispositif pour 6 500 médecins. Il est le protocole numériquement le plus important avec 383 équipes engagées sur le territoire national. Le HCAAM présente son organisation comme « facilitante pour les médecins qui ne souhaitent pas prendre de responsabilités de gestion des ressources humaines mais aussi pour les infirmiers qui bénéficient de support de formation et d'échanges de pratiques »²⁵¹ C'est un modèle qui repose sur une structure associative nationale qui sert d'intermédiaire financier tout en assurant des fonctions de recrutement et de formation des infirmiers selon des modules qui sont propres à cette association²⁵².

[35] La CNAM évoque la possibilité d'un « passage à l'échelle » d'Asalée en mettant en avant la satisfaction exprimée notamment par les médecins sur ce dispositif, et donc le potentiel de déploiement considérable au regard du nombre de généralistes qui pourraient entrer dans ce dispositif. Il semble que la réussite du protocole Asalée, qui tient pour partie aux modalités de fonctionnement du dispositif ²⁵³, apporte un modèle d'inspiration d'une organisation qui convient aux acteurs et apporte une vraie valeur ajoutée à un suivi classique. L'institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) a montré dans son évaluation sur le suivi d'un patient atteint de diabète de type 2, que la coopération entre médecin généraliste et infirmier améliore le suivi des patients diabétiques²⁵⁴. Cependant, l'hypothèse d'un « passage à l'échelle » poserait des questions d'ordre juridique (généralisation d'une action portée par un acteur associatif) et économique. En effet, le modèle économique actuel d'Asalée repose sur un financement de l'assurance maladie vers l'association.

1.6 Des évolutions possibles pour certains protocoles

[36] Les réflexions actuelles de la DGOS sur l'intégration de nouvelles compétences dans le métier socle des infirmiers concernent ce qui relève du dérogatoire dans chaque protocole.²⁵⁵²⁵⁶²⁵⁷. Elle propose une classification qui repose sur les ambitions différentes portées par chaque type de protocoles :

- protocoles relatifs à un transfert d'actes techniques du champ médical vers les paramédicaux ;

²⁵⁰ Outre ces actes dérogatoires, l'éducation thérapeutique est une dimension forte de l'activité des infirmiers Asalée.

²⁵¹ Rapport HCAAM, septembre 2022

²⁵² Formation de 70 heures dont 7h pour la prise en main de l'outil numérique. A titre de comparaison, un ECTS représente environ 25 à 30 heures de formation.

²⁵³ Modalités décrites dans le rapport « trajectoires » : salariat des infirmiers pour un tiers, installation co localisée au sein des cabinets libéraux, intervention de l'IDE au profit de plusieurs cabinets, normes de qualité sur les conditions d'accueil, indemnisation du temps de coordination, recrutement, formation et partage d'expériences entre professionnels assurées par l'association, réunions de concertation pluri professionnelle.

²⁵⁴IRDES, question d'économie sociale, n° 264, décembre 2021, la coopération entre médecin généraliste et infirmier améliore le suivi des patients diabétiques. L'impact du dispositif Asalée (l'entrée des médecins dans le dispositif Asalée a un impact positif sur la qualité du suivi des patients diabétiques : meilleure adaptation des soins, tenue du dossier, éducation thérapeutique, satisfaction des patients)

²⁵⁵ Bilan quantitatif des déclarations d'équipes pour les protocoles nationaux autorisés (DGOS-février 2022)

²⁵⁶ Fichier sur la typologie des protocoles de coopération nationale impliquant les IDE et précisant leur devenir potentiel

²⁵⁷ Bilan Has 2010-2018, article 51 de la loi HPST

- protocoles plus élargis qui recouvrent le champ de la prévention incluant des entretiens avec le patient en lien avec l'examen d'éléments cliniques qui vont au-delà des actes techniques, du suivi de maladies chroniques (diabète, Alzheimer, Parkinson) avec la possibilité de renouveler ou d'adapter des prescriptions sous couvert d'algorithme sur des éléments définis au préalable ;
- protocoles, dans le champ de l'aide au diagnostic, qui permettent aux infirmières de prendre en charge des pathologies simples à partir de symptômes caractérisés mise en œuvre avec des protocoles de soins non programmés en ville.

[37] Une typologie de sélection des protocoles nationaux impliquant les infirmiers fait l'objet de travaux à la DGOS afin de proposer des hypothèses sur le devenir potentiel de certains d'entre eux. Ces réflexions sont en cours et envisagent des classifications de complexité de ces différents protocoles selon 4 catégories qui permettraient à terme une intégration dans le champ d'exercice du métier socle ou une intégration dans celui de la pratique avancée.

[38] Ces premières réflexions conduisent à distinguer « les savoirs faire gestuels, des savoirs faire de type procédural afin de classer les niveaux de complexité pour ce qui concerne le socle »²⁵⁸. Ces qualifications permettent de poser une première approche qui doit être travaillée et validée par l'ensemble des acteurs institutionnels.

[39] Concernant la possibilité d'une intégration des champs dérogatoires concernés au métier socle pour les IDE, les hypothèses de travail conduisent à identifier :

- **3 protocoles dont la dérogation porte sur une réalisation d'actes type savoirs faire gestuels :**
 - réalisation de sutures de plaies simples
 - réalisation d'écho guidage pour la ponction veineuse ou pose de voie veineuse périphérique au niveau du membre supérieur ou pour la ponction radiale artérielle,
 - réalisation d'échographies des veines et/ou artères des membres supérieurs par une infirmière en lieu et place du médecin.
- **5 protocoles dont la dérogation porte sur la mise en adéquation d'un jugement clinique, de critères d'inclusion et de procédures (savoirs faire procéduraux) :** la DGOS émet l'hypothèse d'une éventuelle intégration de ces compétences dans le socle dans le cadre d'un exercice coordonné.
 - évaluation du bilan radiologique requis et sa demande anticipée par l'infirmier ou l'infirmière organisateur de l'accueil (IOA), en lieu et place du médecin, pour les patients se présentant avec un traumatisme de membre dans un service d'urgences »
 - renouvellement du traitement de la rhino-conjonctivite allergique saisonnière pour les patients de 15 à 50 ans dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle,
 - prise en charge de la pollakiurie et de la brûlure mictionnelle chez la femme de 16 à 65 ans dans le cadre d'une structure pluri professionnelle
 - prise en charge de l'odynophagie dans le cadre d'une structure pluri professionnelle

²⁵⁸ Concernant la pratique avancée, la DGOS opère une distinction entre une expertise clinique poussée de l'IPA et la pratique avancée du métier dans le champ médical.

- prise en charge de l'enfant de 12 mois à 12 ans de l'éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse dans le cadre d'une structure pluri professionnelle,
- Au-delà de ces 8 protocoles, **19 autres protocoles relevant d'actes techniques ciblant des expertises spécifiques** (expertise clinique) et plus difficilement généralisables au métier socle car ils n'intéressent qu'une partie des infirmières selon une méthode qui suit les spécialités médicales.
- **16 autres protocoles relevant de la pratique avancée du métier dans le champ médical** et non généralisables en raison de leur technicité et de leur niveau d'expertise requis (ex. consultation, suivi de patients).

1.7 Un rapport parlementaire propose des perspectives d'intégration et souligne l'enjeu de la valorisation des compétences issues de ces protocoles

[40] L'intégration des compétences développées dans le cadre de protocoles de coopération par la formation et l'expérience acquise, dans l'exercice des infirmiers est une piste d'évolution de l'exercice des paramédicaux mentionnée par le rapport parlementaire de M. Isaac Sibille.

[41] Ce même rapport propose en particulier de valoriser les compétences que les professionnels de santé acquièrent dans le cadre des formations prévues par les protocoles de coopération en permettant à ces professionnels d'obtenir des unités de valeur universitaire et ainsi de conserver les compétences acquises, même en dehors de tout protocole de coopération.

2 Des protocoles spécifiques aux infirmiers sapeurs-pompiers

[42] L'activité d'Infirmier sapeur-pompier(ISP) recouvre deux situations :

- ISP professionnel (l'infirmier exerce sa profession chez les SP, environ 400 professionnels)
- ISP volontaire (l'infirmier exerce sa profession ailleurs et lorsqu'il est disponible met ses compétences au service des SP, environ 6000 infirmiers sont ISP volontaires)

2.1 Le cadre d'exercice des ISP

[43] L'autonomie professionnelle des infirmiers au sein des sapeurs-pompiers se fonde sur le concept des protocoles infirmiers de soins d'urgence (PISU) qui s'inscrivent dans le cadre de l'article R. 4311-14 du CSP sur les protocoles de soins d'urgence ²⁵⁹. Le degré de délégation des prises en charge sous prescription de protocoles infirmiers de soins d'urgences (PISU) est propre à chaque SDIS et validée par le médecin chef.

²⁵⁹ Article R4311-14 du CSP, En l'absence d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet de sa part d'un compte rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient.

[44] La circulaire interministérielle du 5 juin 2015²⁶⁰ concerne la mise en œuvre du référentiel portant sur l'acquisition du secours à personne et de l'aide médicale urgente. Un référentiel a été élaboré conjointement avec la société française de médecine d'urgence (SFMU) et la société européenne de sapeurs-pompiers (SEMSP) et en collaboration avec les sociétés savantes françaises ayant un lien avec la médecine d'urgence. Le guide de recommandations professionnelles sur les protocoles infirmiers de soins d'urgence (PISU) est paru en mars 2016²⁶¹ sous l'égide de ces mêmes organisations professionnelles. Les PISU doivent être réactualisés tous les 2 ans afin de les adapter aux évolutions des données scientifiques.

[45] Le guide sur les protocoles infirmiers de soins d'urgence précise :

« Les PISU prennent la forme de documents écrits, datés et signés par le médecin –chef de service d'incendie et de secours qui en est responsable. Ils doivent respecter les recommandations professionnelles.

Il est indispensable que les ISP bénéficient d'une formation initiale et continue à la mise en œuvre de ces PISU.

L'initiation peut être réalisée d'emblée par l'ISP étant donné le bénéfice attendu pour le patient d'une réponse urgente et formalisée. La mise en œuvre d'un PISU impose l'information immédiate du médecin régulateur du SAMU. En effet, dès l'initiation d'un PISU, l'ISP doit prendre directement contact avec le médecin régulateur du SAMU afin que ce dernier décide de sa poursuite, de son arrêt ou de son adaptation à la situation dans l'attente de l'arrivée éventuelle d'un SMUR. »

[46] Les SDIS ont à disposition 14 PISU travaillés dans le cadre du référentiel cité supra et en mettent en œuvre au-delà de ce cadre indicatif (17 en moyenne) pour répondre aux besoins rencontrés sur le terrain permettant ainsi aux ISP d'accéder à de nouvelles compétences. C'est le cas pour la mise en œuvre du dispositif intra osseux (DIO) que 47 % des SDIS l'ont intégré dans leur protocole. En revanche, seulement 47 % des ISP-IADE sont autorisés à pratiquer l'intubation, geste pour lequel ils sont pourtant formés et habitués.

[47] L'encadré qui suit illustre le champ assez large sur lequel les infirmiers peuvent intervenir en autonomie dans le cadre d'un PISU.

Recommandation professionnelles/SFMU/SEMSP/SFAR/CARUM/CFRC/ Mars 2016

Liste des protocoles infirmiers de soins d'urgence :

PISU n°1

Arrêt cardiaque, mort subite adulte

PISU n°2

Arrêt cardiaque, mort subite chez l'enfant

PISU n°3

Hémorragie sévère (adulte et enfant)

²⁶⁰ Circulaire interministérielle n° DGOS/R2/DGSCGC/2015/190 relative à l'application de l'arrêté du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente

²⁶¹ Recommandations professionnelles- Société française de médecine d'urgence(SFMU) ; société européenne de médecine de sapeurs -pompiers-(SEMSP) ; Société d'anesthésie et de réanimation-(SFAR) ; Société de réanimation de langue française (SRLF) ; Conseil français de réanimation cardio-vasculaire(CFRC), Club des anesthésistes-réanimateurs et urgentistes militaires(CARUM), protocoles infirmiers de soins d'urgences

PISU n°4

Choc anaphylactique(adulte)

PISU n°5

Choc anaphylactique(enfant)

PISU n°6

Hypoglycémie

PISU n° 7

Etat de mal convulsif(adulte)

PISU n°8

Etat de mal convulsif (enfant)

PISU n°9

Brûlures(adulte)

PISU n°10

Brûlures (enfant de moins de 15ans)

PISU n °11

Asthme aigu grave de la personne asthmatique connue et traitée

PISU n°12

Intoxication aux fumées d'incendie

PISU n° 13

Douleur aiguë(adulte)

PISU n ° 14

Douleur aigue(enfant)

2.2 La formation spécifique des infirmiers de sapeurs-pompiers

[48] La formation des infirmiers sapeurs-pompiers professionnels comporte une formation d'intégration (art 7 du décret du 16 octobre 2000) qui conditionne la titularisation. L'objectif est l'acquisition et l'entretien de compétences opérationnelles, administratives et techniques. Une formation de professionnalisation est aussi exigée avec l'acquisition d'unités de valeurs ou de modules. Enfin, une formation de maintien et de perfectionnement des acquis est requise ainsi qu'une formation aux spécialités en fonction des lieux d'exercice.

[49] Les ISP volontaires appartiennent au service de santé et de secours médical dirigé par le médecin chef. Une formation spécifique est dispensée après leur recrutement, elle s'étale sur 6 à 9 mois et dure 15 à 20 jours. Elle permet d'acquérir une partie de la culture des SP et comprend des périodes d'enseignement sur des techniques de réanimation, de désincarcération et des périodes sur le terrain avec un médecin SP et un infirmier sénior.

[50] A l'issue de ces périodes un examen permet de valider les acquisitions de connaissances pour participer aux gardes en VLM (véhicule léger médicalisé armé d'un médecin, d'un infirmier et d'un conducteur). Ce n'est qu'après une période de 18 mois environ et une nouvelle formation certification et avec validation des acquis que l'ISPV pourra être habilité pour appliquer les protocoles de soins infirmiers d'urgence (PISU), des formations de maintien et de perfectionnement

des acquis sont obligatoires chaque année. Cette habilitation peut être retirée en fonction de l'évaluation des interventions dans le cadre des PISU.

[51] Concernant la Santé en service, les ISP intègrent la mise en œuvre de 2 protocoles de coopération actés sur le territoire en lien avec la vaccination. Un souhait de reconnaissance de l'entretien infirmier dans le cadre du suivi de la santé en service est mentionné par ces professionnels.

ANNEXE 6 : L'organisation actuelle de la formation

1 De nombreux acteurs interviennent dans l'organisation de la formation d'infirmier

[1] La loi du 13 Août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, comme le référentiel de 2009 décliné dans l'arrêté ministériel du 31 Juillet 2009, relatif au diplôme d'État d'infirmier, font intervenir de nombreux acteurs, tant au niveau de l'administration centrale que de l'échelon déconcentré.

1.1 Les compétences sont peu articulées

1.1.1 Les compétences de l'État

[2] L'État fixe les conditions d'accès aux formations sanitaires, détermine les programmes de formation, l'organisation des études, les modalités d'évaluation des étudiants ou élèves et délivre les diplômes.

[3] À ce titre, le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) contrôle le suivi des programmes, et la qualité de la formation. Il donne un avis au président du conseil régional pour la création des instituts et pour l'agrément de leur directeur au moment de leur nomination.

[4] Le directeur régional de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS) délivre par délégation du préfet de région le diplôme d'État qui vaut grade de licence en application de l'article D4311-16 du code de la santé publique, à l'issue de la formation de trois ans en institut de formation en soins infirmiers (IFSI).

[5] Le ministère de la santé et de la prévention a également compétence pour fixer par arrêté les quotas d'entrée desdites formations, qui sont ensuite répartis entre les instituts ou écoles par la collectivité régionale, sur la base du schéma régional des formations sanitaires, aux termes d'échanges avec ces structures, pour s'assurer de leur capacité à les assumer, notamment en cas de hausse sensible du quota.

1.1.2 Les compétences de la collectivité régionale

[6] La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales a transféré à la collectivité régionale des compétences importantes dans l'organisation et le financement des formations sanitaires et sociales. Lui est ainsi confiée l'élaboration du schéma régional des formations sanitaires et sociales.

[7] Dans ce contexte, elle est compétente pour agréer ou autoriser les instituts ou écoles de formation paramédicale, agréer les directeurs desdits établissements, ou attribuer des bourses aux étudiants. Elle a la charge du fonctionnement administratif et pédagogique ou l'équipement des écoles ou instituts publics. Elle peut aussi participer au financement du fonctionnement et de l'équipement de ces établissements lorsqu'ils sont privés.

[8] Elle peut contribuer également à leurs dépenses d'investissement, d'entretien ou de fonctionnement des locaux, dans des conditions définies par une délibération de son assemblée délibérative. L'investissement immobilier demeure en conséquence une compétence de l'État puisque la propriété des biens immobiliers demeure aux établissements de santé auprès desquels les écoles et instituts sont rattachés. Il n'y a eu ni transfert de propriété, ni compensation financière au bénéfice des régions.

[9] Faute d'un plan pluriannuel dans les IFSI, via par exemple l'inscription de dépenses d'investissement dans la programmation du Contrat de Plan État Région (CPER), la situation immobilière des IFSI demeure précaire. Cette situation quelque peu ambiguë peut expliquer en partie les problématiques immobilières de certains IFSI, notamment lorsqu'il s'agit d'augmenter les capacités d'accueil. Récemment, le protocole entre l'État et Régions de France sur les formations sanitaires et sociales du 14 mars 2022 a prévu « la participation de l'État à l'effort d'investissement sur le parc d'instituts de formation à hauteur de 50 M€ par an ».

1.2 Une coordination insuffisante des acteurs

1.2.1 Au niveau ministériel, une affirmation progressive du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche

[10] Les compétences de l'État relèvent du ministère de la santé, en administration centrale, et des ARS et DREETS au niveau déconcentré. À ce titre, il définit le référentiel de formation qui relève de sa seule autorité. Si les échanges sont nombreux avec le ministère de l'enseignement supérieur, cette compétence est exclusive.

[11] Le développement au fil du temps de l'universitarisation de l'ensemble des formations paramédicales a fait émerger la place du ministère de l'enseignement supérieur et de ses opérateurs que sont les universités. S'agissant de la formation d'infirmier, cette place s'est surtout affirmée au travers des conventionnements entre les universités, les IFSI et les régions qui continuent à en assurer le financement.

[12] L'affirmation de la place du MESR date de 2019 avec le recrutement des étudiants en IFSI via la plateforme Parcoursup. Cela l'a amené à interroger leur parcours dans l'environnement plus vaste des professions médicales et paramédicales. Il convient de souligner ainsi un engagement particulier et même moteur dans le développement d'expérimentations qu'il promeut et encourage (passerelles avec les parcours PAS/LAS notamment). Cette intervention significative sur le champ de la formation peut constituer les prémises d'un aboutissement plein et entier de l'universitarisation de cette formation.

1.2.2 Au niveau déconcentré une relation peu développée entre les IFSI et les autorités académiques

[13] Au niveau déconcentré, les autorités académiques intervenaient très peu avant la mise en place de Parcoursup, si ce n'est au travers de la carte des formations de certains lycées qui proposaient des préparations au concours d'accès aux IFSI.

[14] Les relations entre les services académiques d'information et d'orientation et les IFSI étaient de façon générale peu développées. On peut toutefois citer la convention de partenariat existante entre l'académie de Créteil et l'AP-HP, étendue ensuite aux autres académies franciliennes l'année où les préparations au concours ont été supprimées. Localement, des liens de proximité se sont créés au

fil du temps entre les IFSI et les centres d'information et d'orientation (CIO), pour engager des actions d'information des élèves.

[15] L'intégration de la phase d'admission aux IFSI dans Parcoursup a fait évoluer la situation. Des relations de partenariat se mettent en place, dans le souci d'un meilleur pilotage de l'outil Parcoursup par les IFSI qui doivent mettre en place une véritable stratégie de recrutement de leurs élèves. Par ailleurs, même si cette formation ne souffre pas d'un manque de candidatures, une information sur le métier plus aboutie, en lien avec la collectivité régionale en charge de cette compétence, est nécessaire. Cette évolution majeure amène les directions régionales académiques à l'information et l'orientation (DRAIO) à mieux prendre en compte ces élèves qui massivement émettent un vœu sur la plateforme Parcoursup, en les accompagnant, en les faisant notamment bénéficier de dispositifs déjà mis en œuvre pour d'autres formations, telles les cordées de la réussite, trop peu développées à ce jour sur le territoire national. Ce peu d'appétence pour les cordées a pour origine des échanges peu formalisés entre les IFSI et les autorités académiques en charge de l'information et l'orientation des élèves avant 2019. Le travail collaboratif mené avec les regroupements d'IFSI dans le processus Parcoursup permet dorénavant aux acteurs de mieux se connaître et d'identifier les besoins d'accompagnement des élèves et étudiants.

[16] Le dialogue entre les acteurs régionaux-delà des initiatives ponctuelles des régions pour réunir l'ensemble des parties prenantes est insuffisant. Il n'existe, ni au niveau national, ni au niveau déconcentré, de structure de pilotage qui détermine et coordonne l'ensemble des politiques en termes de formation des infirmiers. Les conventions régionales sont signées pour définir le rôle de chacun et les financements associés. Les acteurs ont le souci de travailler ensemble mais il manque une légitimité institutionnelle qui garantirait un partenariat plus abouti. Cette situation est d'autant plus complexe du fait d'une intégration universitaire partielle. Le niveau régional semble adapté pour un travail collectif plus dense et régulier, notamment autour des enjeux majeurs de détermination des capacités d'accueil de chaque IFSI. La prise en compte des enjeux propres à chaque territoire, objectivés par des indicateurs partagés est une priorité. Une universitarisation plus aboutie permettrait d'envisager un dialogue renouvelé associant recteur de région académique, président de région, et ARS au travers d'échanges soutenus avec les présidents d'université.

2 L'intégration universitaire de la formation d'infirmier n'est pas aboutie

2.1 Le maintien du réseau d'IFSI avec des procédures de recrutement profondément revues

2.1.1 Les IFSI, un maillage dense du territoire

[17] 330 IFSI recensés dans la plateforme Parcoursup en 2022 maillent le territoire national, de taille très variable, accueillant de 50 à 250 étudiants. Plus de 80 % sont de statut public, les autres sont sous contrat d'association avec l'État (exemple des instituts de la Croix Rouge). Ils sont adossés par convention à un hôpital pour la partie pratique et les stages et ainsi permettre la participation des experts du terrain aux enseignements.

2.1.2 Un accès aux IFSI modifié en 2019

[18] Une évolution majeure est intervenue en 2019. En lieu et place du concours d'entrée, l'accès se fait depuis via la plateforme nationale Parcoursup. La loi du 8 Mars 2018 relative à l'orientation et la

réussite des étudiants a en effet prévu que l'ensemble des formations conduisant à un diplôme de l'enseignement supérieur seraient progressivement intégrées sur cette plateforme de préinscription.

[19] Le concours aurait toutefois pu être maintenu. Cependant, le constat d'une extrême dispersion de ces concours, organisés par chaque IFSI, couteux pour les élèves qui s'inscrivaient souvent à plusieurs concours, a plaidé pour sa suppression. De surcroît il existait une offre de formation pour préparer le concours très dispersée, dispensée entre autres par les mêmes IFSI ou par de nombreuses officines privées. Ce concours était de plus inefficace, en ce qu'il conduisait à laisser des places vacantes, les élèves non reçus se trouvant alors en situation de s'inscrire dans une année de préparation, en forme de propédeutique au concours de l'année suivante. Cette situation concernait environ un tiers d'une promotion. Ces préparations au concours d'entrée en IFSI, proposées à l'issue du baccalauréat, n'existent plus, de même que les modules de préparation au concours que proposait par exemple la série ST2S en classe de Terminale.

[20] Depuis lors, le succès de cette formation ne s'est pas démenti avec 90 000 vœux en 2021 pour 34 000 places offertes. Environ 90 000 étudiants sont en formation chaque année, répartis sur les trois années qui structurent la formation. Le profil est très féminisé, avec 87 % d'étudiantes. Les attendus pour accéder à la formation, qui permettent aux candidats de guider leur choix, sont les suivants :

- intérêt pour les questions sanitaires et sociales ;
- qualités humaines et capacités relationnelles ;
- compétence en expression écrite et orale ;
- aptitude à la démarche scientifique et maîtrise des bases de l'arithmétique ;
- compétences organisationnelles et savoir-être.

[21] La quarantaine de regroupements²⁶² d'IFSI constitués à l'occasion de l'intégration des IFSI dans la plateforme Parcoursup sont amenés sur ces bases, au sein des CEV, à opérer une analyse de l'ensemble des dossiers des candidats. L'enjeu actuel pour les IFSI est de professionnaliser cette phase de sélection qui conditionnera la réussite des étudiants amenés, au terme de ce processus, à choisir cette formation. Cela suppose, d'une part de mettre en œuvre une véritable stratégie de recrutement, adaptée en fonction de l'environnement de l'IFSI, ou des besoins de son territoire, et d'autre part d'en accélérer le rythme. En effet des réponses tardives aux vœux des élèves amènent ces derniers à se tourner vers d'autres formations qui ont émis leurs propositions plus rapidement, privant les IFSI d'un recrutement potentiel de bons candidats.

2.2 Les modalités de l'universitarisation de la formation d'infirmier

[22] L'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier (DEI) et la circulaire interministérielle du 9 juillet 2009 ont instauré l'intégration du DEI dans le processus LMD (licence, master, doctorat). L'intégration universitaire de la formation infirmière confère l'octroi du grade de licence aux titulaires du DEI²⁶³ à partir de 2012.

²⁶² Ces regroupements sont distincts de la vingtaine de groupements de coopération sanitaire créés en 2009.

²⁶³ Article D636-69 - Code de l'éducation - Légifrance (legifrance.gouv.fr).

[23] L'universitarisation se traduit par un conventionnement²⁶⁴ entre l'université, la région et un groupement de coopération sanitaire²⁶⁵ réunissant les établissements supports des IFSI publics. Les IFSI privés ont été invités à se regrouper pour passer convention avec les universités et la région de rattachement (*Cf.* articles L6133-1 à L6133-10 du code de la santé publique). Des enjeux financiers relatifs à la répartition des charges entre les signataires ont pu retarder leur signature, ou amener à ne les signer que pour des durées limitées, avec des clauses de re examen, pour donner le temps aux discussions entre les acteurs. Tel est le cas par exemple en Île-de-France.

[24] La circulaire interministérielle de 2009 précitée (*cf.* note ci-dessus) prévoit les modalités de regroupement des instituts publics au sein de groupements de coopération sanitaire (GCS) qu'entraîne la signature d'une convention avec l'université. Il existe ainsi une vingtaine de GCS en métropole répartis sur le territoire national, à raison d'au moins un par académie. L'assemblée générale délibère sur la politique du groupement et élit son administrateur. Une commission spécialisée émet un avis consultatif sur tout projet et s'assure du respect des engagements pris dans le cadre du partenariat. Les IFSI privés ont également constitué des groupements aux mêmes fins.

[25] Dans ce cadre, l'université organise et répartit les enseignements universitaires, liste la répartition des cours par semestre avec les heures et les domaines d'intervention, participe aux commissions d'attribution des crédits ainsi qu'au jury régional d'examen. C'est également l'occasion de répertorier l'ensemble des services universitaires auxquels les étudiants infirmiers peuvent, de ce fait, accéder (service de documentation, plate-forme numérique d'enseignement)

[26] Cette formation entre dans le périmètre d'une évaluation du Haut Conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (HCERES), notamment dans les situations où, par conventionnement, une double diplomation est prévue.

[27] L'aboutissement de l'universitarisation devra consister in fine en la création d'une licence délivrée par l'université en lieu et place de l'actuel diplôme d'État.

2.3 Un statut d'étudiant à réaffirmer, préconisation déjà affirmée dans un précédent rapport IGAS/IGESR de 2017

[28] L'intégration universitaire de la formation confère aux élèves infirmiers le statut d'étudiant. Cela entraîne en principe les conséquences suivantes, même si les situations sont variables et donc perfectibles d'une université à l'autre :

- des droits de scolarité alignés sur les droits de licence dans le public, plus variables dans le privé, versés à l'institut de formation. La convention détermine la quote-part de ces droits reversée à l'université ;
- une contribution « vie étudiante et de campus » (CVEC) obligatoire ;
- en contrepartie de ces frais les étudiants des IFSI ont accès à des services fournis par l'université avec laquelle l'IFSI a contractualisé et auprès de laquelle ils sont inscrits (accès à la plateforme numérique d'enseignement, bibliothèque universitaire, service de santé universitaire...);

²⁶⁴ Circulaire interministérielle DHOS/RH1/DGESIP en date du 9 Juillet 2009 relative au conventionnement des IFSI avec l'université et la région dans le cadre de la mise en œuvre du processus Licence-Master-Doctorat (LMD).

²⁶⁵ *Cf.* mémoire de l'École des hautes études en santé publique - 2015 : « Le groupement de coopération sanitaire (GCS) d'institut de formation, une opportunité pour le directeur des soins », Jeanne Moncorger.

- la gestion des bourses sur critères sociaux par les centres régionaux des œuvres universitaires et scolaires (CROUS). Des bourses aujourd’hui instruites et versées par la collectivité régionale sauf dans certaines régions où la gestion a été déjà déléguée au CROUS ;
- l’accès de plein droit aux services offerts par les CROUS, comme prévu par la circulaire interministérielle du 9 juillet 2009 relative à la situation des étudiants inscrits dans les instituts de formation paramédicaux au regard du bénéfice des prestations des œuvres universitaires.

[29] Aller plus loin dans le processus d’universitarisation suppose en conséquence un renforcement des liens contractuels entre IFSI et universités, des efforts importants des universités pour considérer les étudiants des IFSI de la même façon que les autres étudiants, avec les mêmes droits. Des mesures concrètes devront cependant être mises en œuvre pour atténuer les effets liés à l’éloignement de la grande majorité des IFSI des campus universitaires notamment la délocalisation de services ou les coopérations à développer avec des acteurs locaux.

ANNEXE 7 : Le référentiel de formation du diplôme d'État infirmier de 2009

[1] Le référentiel de formation et d'organisation des études du 31 juillet 2009 conduisant au diplôme d'État infirmier (DEI) organise la formation en six semestres autour de l'acquisition de dix compétences²⁶⁶ auxquelles correspondent des unités d'enseignement²⁶⁷ regroupées en six domaines. L'ensemble permet de valider crédits 180 ECTS, conformément au processus de Bologne instaurant le système LMD²⁶⁸.

[2] L'intégration universitaire de la formation infirmière confère l'octroi du grade de licence aux titulaires du DEI²⁶⁹ à partir de 2012. Cette disposition est précisée dans l'introduction de la circulaire interministérielle DHOS/RH1/DGESIP 2009—202 du 9 juillet 2009²⁷⁰ relative au conventionnement des IFSI avec l'université et la région de leur ressort géographique dans le cadre de la mise en œuvre du processus LMD, ouvrant ainsi la possibilité aux titulaires du DEI de poursuivre leurs études en master, voire en doctorat, notamment dans les filières de sciences infirmières créées en octobre 2019²⁷¹.

1 Une formation lourde comportant une charge de travail totale pour l'étudiant de 5 100 heures

[3] L'article 12 de l'arrêté du 31 juillet 2009 précise que la durée de la formation infirmière est de trois années, soit six semestres de vingt semaines chacun, équivalent à 4 200 heures réparties en 2 100 heures de formation théorique (120 ECTS) et 2 100 heures de formation clinique, c'est-à-dire de stages (60 ECTS), auxquels il faut ajouter 900 heures de travail personnel complémentaire²⁷², soit 300 heures par an. La charge de travail totale de l'étudiant est de 5 100 heures ce qui fait de ce cursus infirmier un des plus lourds de l'enseignement supérieur (35 heures par semaine d'enseignement théorique et clinique).

²⁶⁶ L'annexe II du décret du 31 juillet 2009 indique que les référentiels d'activités et de compétences du métier d'infirmier diplômé d'État n'a pas vocation à définir des responsabilités mais décrit les activités du métier conformément au cadre réglementaire et les compétences à acquérir, définies en termes de capacités devant être maîtrisées.

²⁶⁷ Les 59 UE couvrent les 6 domaines suivants : sciences humaines, sociales et droit ; sciences biologiques et médicales ; sciences et techniques infirmières : fondements et méthodes ; sciences et techniques infirmières : interventions ; intégration des savoirs et posture professionnelle infirmière ; méthodes de travail.

²⁶⁸ Décret n°2002-482 du 8 avril 2002 portant application au système français d'enseignement supérieur de la construction de l'Espace européen de l'enseignement supérieur - Légifrance (legifrance.gouv.fr)

²⁶⁹ Article D636-69 - Code de l'éducation - Légifrance (legifrance.gouv.fr)

²⁷⁰ https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2009/09-08/ste_20090008_0100_0106.pdf

²⁷¹ Nouvelle section 92 « sciences infirmières » du Conseil National des Universités introduite par le Décret n° 2019-1107 du 30 octobre 2019 modifiant le décret n° 87-31 du 20 janvier 1987 relatif au Conseil national des universités pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques - Légifrance (legifrance.gouv.fr) et Arrêté du 30 octobre 2019 modifiant l'arrêté du 29 juin 1992 fixant la liste des sections, des sous-sections et des options ainsi que le nombre des membres de chaque section et sous-section des groupes du Conseil national des universités pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques - Légifrance (legifrance.gouv.fr)

²⁷² Le référentiel de formation de l'annexe III du décret du 31 juillet 2009 indique, dans la partie 4 intitulée « Attribution des crédits européens », que la charge de travail de l'étudiant est évaluée à 25 heures par crédit d'enseignement théorique réalisé à l'IFSI et à 35 heures par crédit d'enseignement clinique réalisé en stage. On retrouve ainsi les 5 100 heures de charge de travail pour l'étudiant (120 ECTS d'enseignements théoriques * 25 heures = 3 000 heures et 60 ECTS de stages * 35 heures = 2 100 heures).

[4] Par comparaison, le référentiel de 1992²⁷³ comportait 4 760 heures de formation sur 136 semaines, soit 16 semaines de plus que celui de 2009, réparties entre 2 240 heures d'enseignement théoriques, 2 380 heures d'enseignement clinique et 140 heures de suivi pédagogique.

Synthèse des heures et des ECTS par semestre et par unité d'enseignement du DEI

	Semestre 1				Semestre 2				Semestre 3				Semestre 4				Semestre 5				Semestre 6				Total des 6 semestres				ECTS/UE				
	CM	TD	TPG	Total	CM	TD	TPG	Total	CM	TD	TPG	Total	CM	TD	TPG	Total	CM	TD	TPG	Total	CM	TD	TPG	Total	CM	TD	TPG	Total					
UE 1	60	35		95	45	25		70	20	20		40	30	20		50				0	155	100	0	255					15				
UE 2	150	60		210	45	25		70	75	25		100	30	10		40	90	30		120	0	390	150	0	540			27					
UE 3	15	25		40	10	40		50	15	25		40	30	35		65	10	20		30	20	10	30	100	155	0	255	15					
UE 4	6	34		40	26	63		89	8	57		65	19	77		96	16	74		90	30	20	50	105	325	0	430	25					
UE 5		35		35		20		20		40		40		40		40		50		50		50		50	0	235	0	235	86				
UE 6		45		45		10		10		10		10		5		5		10		10		5		5	0	85	0	85	12				
Total	231	234	60	525	126	183	41	309	118	177	55	295	109	187	54	296	116	184	50	300	50	85	40	135	750	1050	300	1 800	180				
ECTS/semestre				30				30				30				30				30				30				180					
stages (35h/semaine)	5 semaines (5 ECTS)				10 semaines (10 ECTS)				15 semaines (15 ECTS)				60 semaines (60 ECTS)																				
	total TPG année 1				101				total TPG année 2				109				total TPG année 3				90				Total TPG				300				

Légende : le travail personnel guidé (TPG) est un temps de travail durant lequel les étudiants effectuent eux-mêmes certaines recherches ou études, préparent des exposés, des écrits, des projets, réalisent des travaux demandés ou encore rencontrent leur formateur et bénéficient d'entretiens de suivi pédagogique. Ces temps individuels sont encadrés par les formateurs qui vérifient si, les étudiants sont autonomes ou si, au contraire, ils ont besoin d'un suivi de proximité.

Source : mission à partir du référentiel de 2009 de l'annexe IV de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat infirmier

Détail des unités d'enseignement du cursus infirmier organisé en six domaines²⁷⁴

UE 1 – Sciences humaines sociales, et droit (255 heures et 15 ECTS)

UE 1.1 – Psychologie, sociologie, anthropologie → Semestre 1 et 2

UE 1.2 – Santé publique et économie de la santé → Semestre 2 et 3

UE 1.3 – Législation, éthique, déontologie → Semestre 1 et 4

UE 2 – Sciences biologiques et médicales (540 heures et 27 ECTS)

UE 2.1 – Biologie fondamentale → Semestre 1

UE 2.2 – Cycles de la vie et grandes fonctions → Semestre 1

UE 2.3 – Santé, maladie, handicap, accidents de la vie → Semestre 2

UE 2.4 – Processus traumatiques → Semestre 1

UE 2.5 – Processus inflammatoires et infectieux → Semestre 3

UE 2.6 – Processus psychopathologiques → Semestre 2 et 5

UE 2.7 – Défaillances organiques et processus dégénératifs → Semestre 4

UE 2.8 – Processus obstructifs → Semestre 3

UE 2.9 – Processus tumoraux → Semestre 5

UE 2.10 – Infectiologie, hygiène → Semestre 1

UE 2.11 – Pharmacologie et thérapeutiques → Semestre 1, 3 et 5

UE 3 – Sciences et techniques infirmières fondements et méthodes (255 heures et 15 ECTS)

²⁷³ Arrêté du 23 mars 1992 relatif au diplôme d'État infirmier (abrogé depuis le 8 août 2009).

²⁷⁴ Cf. annexe III de l'arrêté du 31 juillet 2009 <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020961044/>

UE 3.1 – Raisonnement et démarche clinique infirmière → Semestre 1 et 2

UE 3.2 – Projet de soins infirmiers → Semestre 2 et 3

UE 3.3 – Rôles infirmiers organisation du travail et inter-professionnalité → Semestre 3 et 5

UE 3.4 – Initiation à la démarche de recherche → Semestre 4 et 6

UE 3.5 – Encadrement des professionnels de soins → Semestre 4

UE 4 – Sciences et techniques infirmières interventions (430 heures et 25 ECTS)

UE 4.1 – Soins de confort et de bien-être → Semestre 1

UE 4.2 – Soins relationnels → Semestre 2, 3 et 5

UE 4.3 – Soins d'urgence → Semestre 2 et 4

UE 4.4 – Thérapeutiques et contribution au diagnostic médical → Semestre 2, 4 et 5

UE 4.5 – Soins infirmiers et gestion des risques → Semestre 2 et 4

UE 4.6 – Soins éducatifs et préventifs → Semestre 3 et 4

UE 4.7 – Soins palliatifs et de fin de vie → Semestre 5

UE 4.8 – Qualités des soins, évaluation des pratiques → Semestre 6

UE 5 – Intégration des savoirs et posture professionnelle infirmière (235 heures et 86 ECTS)

UE 5.1 – Accompagnement de la personne dans la réalisation de ses soins quotidiens → Semestre 1

UE 5.2 – Évaluation d'une situation clinique → Semestre 2

UE 5.3 – Communication et conduite de projet → Semestre 3

UE 5.4 – Soins éducatifs et formation des professionnels et des stagiaires → Semestre 4

UE 5.5 – Mise en œuvre des thérapeutiques et coordination des soins → Semestre 5

UE 5.6 – Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles → Sem 6

UE 5.7 – Optionnelle → Semestre 5 et 6

UE 6 – Méthodes de travail (85 heures et 12 ECTS)

[5] Sur les 1 800 heures d'enseignements théoriques hors travail personnel guidé (300 heures) :

- **les IFSI** sont responsables de la coordination pédagogique de 920 heures d'enseignement relevant des sciences et techniques infirmières (UE 3 et UE 4) ainsi que de l'intégration des savoirs et posture professionnelle infirmière (UE 5) ;
- **les universités** assurent la coordination pédagogique des 880 heures d'enseignements correspondant aux sciences humaines et sociales et droit (UE 1), aux sciences biologiques et médicales (UE 2), aux méthodes de travail (UE 6) ainsi qu'à l'anglais.

[6] Cette répartition distincte de la coordination pédagogique entre IFSI et universités signifie que leurs interventions respectives au sein du cursus infirmier se juxtaposent sans qu'une réelle collaboration entre formateurs et enseignants-chercheurs dans le cadre d'enseignements communs ait été instaurée. De plus, les enseignements universitaires sont souvent dispensés en ligne, notamment dans le cas d'IFSI distants des campus universitaires, ce qui ne favorise pas les rencontres et les échanges avec les formateurs de l'IFSI.

2 Une pédagogie fondée sur l'approche par compétences et sur une formation en alternance dite « intégrative »

[7] L'approche par compétences du référentiel de formation de 2009 se substitue à une pédagogie par objectifs centrée sur des modules d'enseignements regroupés par grandes pathologies dans le référentiel de 1992, comme par exemple, les maladies infectieuses, les affections cardio-vasculaires, les affections respiratoires, les affections traumatologiques et orthopédiques, les affections digestives etc. Certains interlocuteurs de la mission ont regretté la disparition de cette présentation par pathologies qui leur semblait plus porteuse de sens pour les étudiants et les professionnels.

[8] Les dix compétences du référentiel sont classées selon deux catégories comme suit :

- cinq compétences cœur de métier : évaluer une situation clinique et établir un diagnostic infirmier, concevoir et conduire un projet de soins infirmiers, accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens, mettre en œuvre des actions à visée diagnostic et thérapeutique, initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs ;
- cinq compétences transversales : communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins, analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle, rechercher et traiter les données professionnelles et scientifiques, organiser et coordonner des interventions soignantes, informer et former des professionnels et des personnes en formation.

[9] Des critères d'évaluation et des indicateurs sont associés à chaque compétence détaillée dans le référentiel de compétences de l'annexe II de l'arrêté du 31 juillet 2009.

[10] Ces indicateurs sont repris dans un portfolio qui a pour ambition de servir de fil conducteur à la formation et conçu pour être un outil de suivi de l'acquisition des compétences, des actes et activités de soins réalisés par les étudiants lors des stages. Il sert de base aux commissions d'attribution des crédits (CAC) semestrielles.

[11] Néanmoins, ces référentiels ne peuvent à eux seuls construire l'identité professionnelle des futurs diplômés. L'acculturation au monde du soin ne s'apprend pas spontanément et seule l'épreuve des situations de soins rencontrées au niveau individuel et collectif permet d'acquérir une posture et des valeurs de soignants²⁷⁵.

[12] À la fin de chaque semestre, des unités d'intégration visent à l'appréhension globale de situations cliniques de soins en combinant l'ensemble des ressources acquises par l'étudiant à l'IFSI ou en stage. À l'issue de la formation, l'unité d'intégration sanctionne la capacité à analyser cliniquement une situation complexe telle que les infirmiers peuvent en rencontrer au quotidien dans leur exercice. La maîtrise des compétences s'exprime par les différents critères d'évaluation tels que la pertinence, la justesse, la fiabilité, la rigueur des situations décrites.

[13] Sur les six stages de la formation, soit un par semestre, quatre types de stage sont obligatoires et concernent les soins de courte durée (médecine, chirurgie et obstétrique), les soins en santé mentale et psychiatrie, les soins en longue durée et en soins de suite et de réadaptation et les soins individuels ou collectifs sur les lieux de vie. Il est à noter que le stage de pédiatrie n'est plus une discipline obligatoire dans le cursus pratique. De façon obligatoire, le parcours de stages doit être représentatif de « familles de situations », qui sont autant de lieux où l'étudiant se confronte à des

²⁷⁵ Cf. Thierry Piot, « La formation entre universitarisation et professionnalisation : tensions et perspectives dans des métiers de l'interaction humaine », Presses universitaires de Rouen et du Havre, 2018.

spécificités dans la prise en soins. La notion de parcours est fondamentale. Elle permet à l'étudiant de découvrir les différents environnements de travail, de multiplier les occasions d'acquérir des gestes techniques variés ou d'aller à la rencontre de tout type de patient. C'est également l'opportunité de travailler au sein de structures de tailles diverses, avec des professionnels aux expériences et expertises différentes. C'est la complémentarité des situations rencontrées et des gestes appréhendés au fil de ces stages qui permet à l'étudiant d'acquérir des compétences multiples.

[14] L'encadrement des étudiants en stage par des professionnels de terrain, volontaires pour assurer le rôle de tuteurs et en lien avec les formateurs de l'IFSI permet l'acquisition de compétences cliniques. Or, ces tuteurs ne sont pas toujours formés, faute de temps disponible, ce qui ne permet pas de s'assurer de leur capacité à faire, ni de la réalité des apprentissages cliniques des étudiants. De plus, ces formations sont laissées à l'appréciation de chaque IFSI sans aucune harmonisation au niveau national.

[15] L'exemple emblématique de cette difficulté entre le passage de la théorie à la pratique clinique est le portfolio de stage destiné au suivi des étudiants et à leur progression dans l'acquisition des compétences cliniques. Les tuteurs ont indiqué à la mission souvent chercher « à traduire » les items de ce portfolio pour mieux comprendre à quels actes les compétences correspondaient dans leur exercice quotidien pour réussir à évaluer les étudiants de façon objective et efficace.

[16] Un formateur référent est désigné pour chaque stage dans les IFSI. Il accompagne les étudiants dans l'analyse de situations de travail en organisant à l'IFSI des demi-journées d'échanges sur les pratiques professionnelles entre plusieurs étudiants ; ceux rencontrés par la mission ont tous exprimé leur satisfaction et leur intérêt à propos de ce type d'échanges autour de leurs pratiques qui leur permet de progresser dans leurs apprentissages et de compenser le manque d'encadrement des tuteurs professionnels, souvent faute de temps disponible.

[17] Les mises en situations professionnelles du référentiel de 1992 (qui se déroulaient sur l'ensemble de la formation infirmière et consistaient en une prise en charge de deux à dix patients et qui pouvaient durer de deux à quatre heures selon la nature des soins prodigués) ont été supprimées car elles étaient consommatrices de temps soignants et stressantes. De plus, avec ce nouveau référentiel, le formateur peut jouer un autre rôle et n'est plus sur le terrain renvoyant les apprentissages cliniques vers les tuteurs. En effet, depuis 2009, le formateur analyse les situations de travail avec l'étudiant et l'aide à résoudre les éventuelles difficultés au lieu de l'évaluer sur le terrain. Certains interlocuteurs de la mission ont indiqué que ces mises en situation professionnelles relevaient plus d'une forme de mise en scène que d'une évaluation objective de stage.

[18] Les directeurs d'IFSI se sont positionnés en décembre 2020²⁷⁶ sur une nouvelle articulation entre la partie théorique et les stages dans le cursus infirmier en proposant de supprimer des stages en première année et de les remplacer par des ECOS²⁷⁷ ou examens cliniques objectifs et structurés sur le modèle des études de médecine. Ces ECOS sont des mises en situation qui reposent sur des outils de simulation. Les directeurs d'IFSI ont également indiqué que des stages plus

²⁷⁶ Cf. contribution du CEFIEC (comité d'entente des formations infirmières et cadres) adressée à Stéphane Le Bouler dans le cadre de sa mission relative à l'universitarisation des formations paramédicales.

²⁷⁷ Les ECOS ont été introduits dans le cadre de la réforme du second cycle des études de médecine. Ils reposent sur la simulation. Ils ont été développés initialement au Canada puis en Suisse. Seules quelques universités françaises les organisent mais uniquement pour l'évaluation de fin de second cycle. Ainsi à l'université de Lorraine en 2019, les étudiants élaborent eux-mêmes les scénarii par groupes de cinq, chacun encadré et guidé par un tuteur chef de clinique assistant. Lors des mises en situations, chaque étudiant endosse tour à tour le rôle de patient, médecin, observateur et évaluateur. Ce processus pédagogique a permis aux étudiants de mieux appréhender les épreuves et d'en connaître toutes les subtilités. 70 scénarii ont ainsi été élaborés, permettant une diversité des sujets pour les étudiants évalués et la constitution d'une banque de scénarii pour le comité de pilotage.

professionnalisants (dans le sens d'acquérir plus de compétences techniques) pourraient être positionnés en deuxième année. L'enjeu étant de ne pas retarder la confrontation des étudiants aux réalités du métier tout en s'assurant qu'elle se fera après l'acquisition de quelques fondamentaux.

[19] Le recours à la simulation dans les formations en santé remonte à une dizaine d'années²⁷⁸ et a été conforté en avril 2019 par la feuille de route numérique en santé²⁷⁹ et par la HAS²⁸⁰. Ces simulations consistent en l'utilisation de matériels, de réalité virtuelle ou d'un patient dit standardisé, pour reproduire des situations ou des environnements de soins, pour enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques à partir de scénarios plus ou moins complexes²⁸¹. La simulation dans les formations en santé est vue comme une étape obligatoire préalable à la confrontation avec un patient et elle est efficace seulement si elle est suivie d'un débriefing formalisé où les formateurs s'assurent de l'acquisition des compétences par les étudiants.

[20] Selon les professionnels interrogés par l'ANdEP (association nationale des directeurs d'écoles paramédicales) en 2020²⁸², les trois éléments qui font varier la qualité de la formation dispensées d'un IFSI à un autre sont la distance avec un CH/CHU/CHUR, l'implication et l'investissement de l'université partenaire (carte étudiant et services associés) et enfin la qualité des terrains de stage et l'accompagnement par les équipes en incluant la formation des tuteurs, la rémunération de ces fonctions et le temps qu'ils peuvent dégager pour l'exercer.

3 Un déficit de 400 heures par rapport à la réglementation européenne pour une formation infirmière parmi les plus denses de celles relevant du premier cycle d'enseignement supérieur

[21] La formation initiale d'infirmier de soins généraux représente 4 200 heures d'enseignement théorique et clinique à comparer aux 4 600 heures exigées pour ce type de formation par les directives européennes²⁸³. Le constat est donc d'un déficit de 400 heures sachant que la directive européenne précise que l'enseignement théorique doit représenter au moins un tiers des 4 600 heures, soit au moins 1 533 heures et l'enseignement clinique au moins la moitié, soit au moins 2 300 heures.

[22] Une option, toute théorique, consisterait à ne pas se mettre en conformité avec la directive européenne et serait de ne pas modifier le volume horaire de la formation, voire de le réduire pour

²⁷⁸ Rapport (has-sante.fr).

²⁷⁹ Feuille de route « Accélérer le virage numérique en santé » | esante.gouv.fr qui vise à renforcer la gouvernance du numérique en santé autour de 5 axes : intensifier la sécurité et l'interopérabilité des systèmes d'information en santé ; accélérer le déploiement des services numériques socles ; déployer au niveau national des plateformes numériques de santé ; soutenir l'innovation et favoriser l'engagement des acteurs.

²⁸⁰ Haute Autorité de Santé - Simulation en santé (has-sante.fr).

²⁸¹ Projet SimUSanté du CHU d'Amiens qui propose sur 4 000 mètres carrés, 51 espaces de simulation. C'est le plus grand pôle européen dans le domaine de la pédagogie en santé. Il a été financé dans le cadre du programme d'investissement d'avenir, labélisé initiative d'excellence en formation innovante (IFEFI 2012). L'ANR a financé le projet à hauteur de 16,5 M€.

²⁸² Questionnaire relatif à la qualité des formations paramédicales depuis l'universitarisation adressé entre le 20 novembre au 11 décembre 2020. Il y a eu 1372 répondants.

²⁸³ Directive européenne 2005/36/CE du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles qui actualise la directive initiale 77/453/CEE du 27 juin 1977 visant à la coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant les activités de l'infirmier responsable des soins généraux, modifiée par la directive 2013/55/UE du 20 novembre 2013.

se rapprocher pour les enseignements théoriques du volume horaire des formations professionnelles universitaires comme la licence (de 1 800 à 2 000 heures).

[23] Pour être en conformité avec la directive européenne, un premier scénario consisterait à supprimer 200 heures d'enseignement théorique²⁸⁴ avec trois options : transformer six semaines de cours en six semaines de stage, ou considérer 200 heures de formation théorique faites à partir de simulations comme étant des heures de formation clinique ou un mixte entre ces deux options. La difficulté avec ce scénario, est que la partie théorique serait de 1 900 heures²⁸⁵ avec 2 300 heures de stage mais le total des heures de la formation infirmière serait toujours de 4 200 heures et donc présenterait toujours ce même déficit de 400 heures²⁸⁶.

[24] Un second scénario préciserait que 1 800 heures de formation théorique engendrent 450 heures de travail personnel puisque quatre heures de formation impliquent une heure de travail personnel de l'étudiant qui s'ajouteraient alors à la formation comblant ainsi le déficit de 400 heures. la limite de ce scénario est que la Commission européenne ne reconnaît pas ces heures de travail personnel comme des heures d'enseignement.

[25] Un troisième scénario serait centré sur les stages puisque le déficit constaté porte sur les heures d'enseignement clinique avec quatre options :

- instaurer une période obligatoire de trois mois d'adaptation à l'emploi à l'issue des trois années de formation sachant néanmoins que cette période serait difficile à évaluer et à valider dans le système actuel notamment en raison de la multiplicité des lieux d'exercice ;
- ajouter un stage de quatre semaines chaque année ou un travail de simulation en interprofessionnelle²⁸⁷ ;
- renforcer le travail personnel guidé avant et après les stages pour les rendre plus efficaces²⁸⁸ ;
- ajouter 400 heures de stage en allongeant la durée des stages existants chaque année et en réintroduisant des temps de mise en situation professionnelle pour s'assurer de la maîtrise des gestes techniques de base ainsi que de la compétence en pharmacologie.

[26] À partir de ces réflexions et au vu de la mise en demeure de la France, le respect de la directive européenne implique de porter la formation délivrée par les IFSI à 4 600 heures dont 2 300 heures d'enseignements cliniques. L'objectif d'un volume horaire de 4 600 heures serait atteint en augmentant à la fois le volume horaire de l'enseignement clinique et les heures de travail personnel guidé qui deviendrait des heures de travaux personnels et collectifs encadrés. Nous aurions alors une formation d'infirmier de 4 600 heures dont 2 300 heures de formation clinique, stages et exercices de simulation en santé, et 2 300 heures d'enseignement théorique dont 500 heures de travaux personnels et collectifs encadrés.

[27] Ces heures de travaux personnels et collectifs encadrés doivent favoriser l'accompagnement personnalisé, la progression dans la professionnalisation des élèves infirmiers en créant des séquences qui croisent les deux temps de formation spatialement distinctes (instituts / lieux de stage) et obligent à une collaboration active entre formateurs et tuteurs avec les étudiants ;

²⁸⁴ L'enseignement théorique est de 1 800 heures, soient 267 heures de plus que le minimal exigible de 1 533 heures.

²⁸⁵ En accord avec le minimum de 1 533 heures exigé par la directive européenne.

²⁸⁶ 1 600 heures de formation théorique + 300 heures de travail personnel guidé + 2 300 heures de stage = 4 200 heures

²⁸⁷ 4 semaines * 35 heures * 3 années = 420 heures.

²⁸⁸ C'est ce que préconise la DGOS dans sa note du 10 octobre 2019 au titre des solutions de court terme ; solution qu'elle rapproche des dispositifs d'accompagnement pédagogique personnalisé proposés aux étudiants admis dans une formation avec la mention « OUI-SI » via la procédure Parcoursup afin de favoriser leur réussite.

séquences qui participent grandement à la réussite de la formation en alternance. Elles seront également l'espace pour l'organisation d'un travail commun avec des étudiants d'autres filières de santé sous forme de pédagogie par projet.

[28] La mission appelle l'attention sur la lourdeur horaire entraînée par « cette mise en conformité » dans le cadre des trois ans de formation. Afin de préserver la qualité de vie « au travail » pour les étudiants, son organisation veillera à ne pas alourdir excessivement le temps de formation en présentiel et la charge de travail personnel des étudiants. Cette réorganisation a pour conséquence d'augmenter de deux semaines de stage ou simulation par an. Par ailleurs, les travaux personnels et collectifs encadrés doit reposer sur des méthodes pédagogiques innovantes laissant toute liberté à des organisations hybrides et également intégrer les heures de travail personnel des étudiants – conditions pour une formation soutenable pour les étudiants.

ANNEXE 8 : L'intégration universitaire du cursus infirmier

[1] Le mouvement d'intégration universitaire inexorable dont la reconnaissance du grade de licence pour les étudiants ayant obtenu leur diplôme d'État d'infirmier à partir de 2012 et dont l'intégration de l'ensemble des IFSI sur la plateforme Parcoursup en 2019 est le principal marqueur s'est mis en œuvre progressivement depuis 2009 avec une réingénierie de la formation conformément au système LMD autour de six semestres dont la validation permet l'attribution de 180 ECTS.

[2] Au niveau du déroulé de la carrière des infirmiers, un enjeu fort consiste à renforcer l'offre de formation facilitant la poursuite ou la reprise d'études au niveau master, voire doctorat²⁸⁹.

Les jalons de l'intégration universitaire de la formation infirmière

2009 : refonte du référentiel de la formation infirmière pour le rendre conforme au LMD avec reconnaissance du grade de licence aux titulaires du diplôme d'État infirmier

2010 : signature des premières conventions tripartites quinquennales universités, IFSI et régions

2016 : Grande conférence pour la santé, avec la mesure 4 « *favoriser les passerelles entre les formations paramédicales et médicales* » ; la mesure 13 « *confier à court terme aux universités l'encadrement pédagogique des formations paramédicales* » ; la mesure 14 « *étendre la logique d'évaluation de l'enseignement supérieur aux écoles et instituts de formations paramédicales* » et la mesure 15 « *concourir à l'émergence d'un corps d'enseignants-chercheurs pour les formations paramédicales* ».

2017 : rapport IGAS/IGAENR de juin 2017 « pour une meilleure intégration des formations paramédicales à l'université » qui préconise pour la mise en œuvre des mesures 13 et 14 de simplifier le parcours étudiant avec notamment le fait d'habilitier les universités à délivrer à la fois les diplômes d'État et les grades universitaires, de renforcer l'innovation pédagogique interdisciplinaire par le numérique et la simulation, d'achever la réingénierie des formations paramédicales dès la rentrée 2018 pour les inscrire toutes dans le schéma LMD, de favoriser les parcours recherche des professionnels paramédicaux et de créer des corps de bi-appartenants, de repenser la gouvernance des instituts dans le contexte de l'universitarisation.

2018 : entrée en vigueur de la CVEC pour tous les étudiants en incluant ceux des IFSI ; mission dite « Le Bouler » sur l'universitarisation des formations paramédicales à partir de laquelle cinq objectifs prioritaires ont été définis en mars 2018 par le MSP et le MESRI :

- simplification de l'admission dans les formations paramédicales, recrutement d'enseignants-chercheurs notamment en soins infirmiers ;
- établissement d'un cadre national simplifiant les relations institutionnelles et financières entre régions, IFSI et universités ;
- formation aux nouveaux métiers dont la pratique avancée infirmière ;

²⁸⁹ À noter, dès 2011, Aix Marseille Université a ouvert la voie à ce processus d'intégration universitaire en proposant aux infirmiers diplômés d'État, justifiant de quatre années d'exercice, un nouveau master en sciences cliniques infirmières réalisé en partenariat avec l'École des hautes études en santé publique (EHESP) et l'université de Montréal au Canada. Le rapport d'évaluation du HCERES du 29 juin 2017 de cette formation soulignait que les sciences cliniques infirmières constituaient alors un champ en émergence et que ce master, unique et novateur, s'inscrivait dans la dynamique de construction de cette discipline dans le cadre de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé qui reconnaît l'exercice de pratique avancée des auxiliaires médicaux. Certaines unités d'enseignement mutualisées avec le master de santé public existant favorisaient la rencontre entre professionnels de santé.

- réflexion sur les référentiels incluant des temps de formations communs à plusieurs filières ;
- première année universitaire de mise en œuvre du service sanitaire des étudiants en santé qui favorise l'inter-professionnalité et l'interdisciplinarité.

2019 : loi OTSS qui a introduit les expérimentations de parcours croisés entre formations universitaires du premier cycle et le cursus infirmier, suppression du concours d'entrée au profit d'une admission en première année d'IFSI par la procédure Parcoursup, création de la section 92 du CNU « sciences infirmières ».

2020 : réforme de la première année du premier cycle des études de santé (PASS/LAS) qui favorise les passerelles avec les formations paramédicales, première campagne de qualification et de recrutement des enseignants-chercheurs du CNU 92, premiers infirmiers en pratique avancée diplômés d'État ayant le grade de master.

2021 : premières expérimentations de parcours croisés entre des formations universitaires du premier cycle et le cursus infirmier.

2022 : réingénierie de la formation d'infirmières spécialisée (IBODE), poursuite des expérimentations de parcours croisés.

1 Le conventionnement tripartite université, IFSI et région initial de juin 2010 prévoyait une évaluation de la formation qui n'a jamais été mise en place

[3] Les IFSI ou les établissements de santé support des IFSI concluent avec les universités de leur territoire disposant d'une composante de formation en santé et les régions des conventions²⁹⁰, qui fixent notamment la participation des universités aux instances pédagogiques et leurs contributions aux enseignements et aux jurys d'examen. Ces conventions d'une durée initiale de cinq ans renouvelables devaient faire l'objet, en 2022, d'un travail conjoint du ministère de la santé et de celui de l'enseignement supérieur et de la recherche²⁹¹.

[4] Ces conventions, aux termes de la circulaire interministérielle DHOS/RH1/DGESIP n°2009-202 du 9 juillet 2009 relative au conventionnement des IFSI avec l'université et la région dans le cadre de la mise en œuvre du processus LMD, devaient prévoir les modalités selon lesquelles les dossiers d'évaluation des formations devaient être transmis à l'Agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (AERES) devenue HCERES. Ces évaluations devaient être transmises au HCERES par l'université coordinatrice dans le cadre de son dialogue contractuel quinquennal avec l'État. Or, cette évaluation ne s'est jamais mise en place. La feuille de route issue de la Grande Conférence de santé du 11 février 2016 est revenue dans sa mesure 14 sur le fait d'étendre la logique d'évaluation de l'enseignement supérieur aux écoles et instituts de formation paramédicaux. À cette fin, le HCERES a conçu, le 28 mars 2017, un projet de référentiel pour l'évaluation²⁹² externe des

²⁹⁰ Les premières conventions datent de juin 2010.

²⁹¹ Cf. Lettre signées des deux ministres (santé et enseignement supérieur, recherche et innovation) du 7 avril 2022 adressée aux présidents des conseils régionaux, des universités, et aux directeurs des CHU et des CH indiquant qu'une convention-cadre nationale devait être co-construite pour la rentrée 2022 afin de définir les circuits financiers en tenant compte du coût étudiant, le coût de la formation et le coût de la gestion administrative de la certification et de la diplomation.

²⁹² L'évaluation externe des formations s'inscrit dans la construction de l'espace européen de l'enseignement supérieur qui a permis le développement dans chaque État membre, de systèmes d'assurance qualité nationaux (évaluation, accréditation, audit...) basés sur les standards européens. Cette évaluation permet aux équipes de direction des établissements de disposer des éléments pour fonder leur stratégie en matière de formation, d'apporter aux équipes enseignantes des éléments de comparaison afin d'améliorer la qualité du service rendu ; de fournir aux ministères de tutelle, les informations nécessaires à la prise de décisions (attribution de moyens financiers et humains, habilitation des

formations paramédicales qui est resté au stade du document de travail. Pourtant, le rapport IGAS/IGAENR de juin 2017 préconisait une expérimentation dès la rentrée 2017 de ce référentiel HCERES dans le cadre de la vague d'évaluation universitaire à venir ainsi que le fait de conditionner l'autorisation régionale des instituts de formation paramédicaux aux résultats positifs de l'évaluation en l'inscrivant dans les textes réglementaires²⁹³.

[5] Ce référentiel prévoyait d'examiner :

- les finalités de la formation (objectifs de formation, débouchés et poursuites d'études) ;
- le positionnement de la formation (dans l'espace local, régional, national et international, articulation enseignement et recherche, partenariats industriels et culturels, partenariats avec des établissements d'enseignement supérieur étrangers) ;
- l'organisation pédagogique de la formation (structure de la formation et parcours étudiants, contenu de la formation, accompagnement des stages et des projets, compétences additionnelles pour favoriser la poursuite d'études, place du numérique et des innovations pédagogiques, dispositifs d'aide à la réussite, préparation à l'international, VAE,) ;
- pilotage de la formation (équipe pédagogique, modalités de pilotage et planification, contribution des étudiants, diffusion des modalités d'évaluation des connaissances aux étudiants, suivi de l'acquisition des compétences, effectifs de la formation, différents régime de scolarité, devenir des étudiants diplômés, qualité de l'insertion professionnelle, qualité éthique et déontologique).

[6] À noter, la formation infirmière fait l'objet d'une certification Qualiopi²⁹⁴ qui atteste de la qualité du processus mis en œuvre par les prestataires d'actions concourant au développement des compétences et qui doit permettre une plus grande lisibilité de l'offre de formation auprès des entreprises et des usagers.

[7] L'essor de la simulation²⁹⁵ dans les formations en santé et la structuration de la recherche en sciences infirmières sont les gages d'une plus forte implication de l'université dans la formation infirmière. Ces évolutions conduiront nécessairement à revoir les stratégies managériales et pédagogiques des IFSI en lien avec les expérimentations menées au titre de l'article 39 de la loi n°2013-660 du 22 juillet 2013 relative à l'enseignement supérieur et à la recherche²⁹⁶ - dans sa rédaction issue de la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (OTSS). Ces expérimentations débutées à la rentrée 2020 interrogent la répartition des interventions entre universités et IFSI. Aujourd'hui, ces dernières sont organisées de façon strictement étanche dans le cadre du référentiel du cursus infirmier de 2009 qui les juxtapose plus qu'il ne les mutualise (aucune UE n'est mutualisée).

formations...) ; de proposer aux étudiants des informations utiles à leurs choix d'orientation ; de répondre aux besoins d'information des entreprises sur la qualité des formations et des diplômes et sur les compétences des diplômés ; d'informer de façon fiable et transparente la société civile sur les activités des établissements.

²⁹³ Cf. recommandation n°29 et 30 du rapport IGAS n°2016-123R/IGAENR n°2017-043 de juin 2017.

²⁹⁴ La loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel prévoit dans son article 6 une obligation de certification, par un organisme tiers, des organismes réalisant des actions concourant au développement des compétences sur la base d'un référentiel national unique, s'ils veulent bénéficier de fonds publics ou mutualisés. La marque « Qualiopi » est délivrée par des organismes certificateurs accrédités ou autorisés par le Comité français d'accréditation (Cofrac) sur la base du référentiel national qualité.

²⁹⁵ Haute Autorité de Santé - Simulation en santé (has-sante.fr).

²⁹⁶ Article 39 - LOI n° 2013-660 du 22 juillet 2013 relative à l'enseignement supérieur et à la recherche (1) - Légifrance (legifrance.gouv.fr).

2 Le recrutement d'enseignants-chercheurs en sciences infirmières conduira, à terme, à une modification des équipes de formation

[8] Une première campagne de qualification et de recrutement d'enseignants-chercheurs a été ouverte à partir de mars 2020 durant laquelle dix-neuf candidats ont été qualifiés pour le seul poste de maître de conférences ouvert par l'université d'Angers et deux qualifications pour les fonctions de professeur des universités. Des candidatures ont été écartées car elles ne correspondaient pas aux exigences de publications scientifiques. Les disciplines les plus représentées parmi les candidats sont les sciences de l'éducation, la santé publique et la sociologie.

[9] L'enjeu pour les universités est de réussir à valoriser le recrutement et la gestion des carrières de ces enseignants-chercheurs issus de cette nouvelle filière en sciences infirmières. Si, pour le collège des maîtres de conférences des universités ce sont des infirmiers qui ont été nommés pour siéger dans cette nouvelle section 92 du CNU, cela n'est pas le cas pour le collège des professeurs des universités où les trois membres sont respectivement pharmacien, sociologue et médecin²⁹⁷.

[10] L'objectif consiste à disposer progressivement d'un corps d'enseignants-chercheurs bi-appartenants relevant des sections de santé du conseil national des universités, en élargissant dans une première étape aux sciences infirmières, le corps des enseignants-chercheurs (maîtres de conférences et professeurs des universités) de médecine générale universitaire introduit par la loi de 2008 ; qui permet d'exercer en sus des activités d'enseignement et de recherche, des activités cliniques y compris dans le secteur libéral. Cette bi-appartenance est un atout pour associer étroitement enseignement, recherche et pratique clinique et aussi pour nouer un lien entre enseignants-chercheurs intervenant dans toutes les autres formations de santé universitaire, approfondissant ainsi la réflexion sur les activités de soins.

[11] À ce jour, pour être formateur en IFSI, il est nécessaire d'être titulaire du DEI et du diplôme de cadre de santé ou d'un des certificats de cadre auxquels il s'est substitué ou d'un diplôme reconnu équivalent ou encore d'un diplôme ou titre universitaire à finalité professionnelle dans les domaines de la santé, des sciences de l'éducation ou des sciences humaines et sociales au moins égal au niveau licence²⁹⁸. Néanmoins, certains infirmiers font fonction de cadre formateurs dans un contexte de difficultés de recrutement de formateurs liés à l'augmentation des quotas. Tous les formateurs ont en commun le fait d'avoir exercé la profession infirmière. La même formation de cadre de santé²⁹⁹ conduit à deux métiers distincts : celui d'encadrant d'unité de soins d'activités paramédicales et celui de formateur des professionnels de santé comme indiqué dans le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière.

[12] Le rapport IGAS n°2016-123R/IGAENR n°2017-043 de juin 2017 relatif à la meilleure intégration universitaire des formations paramédicales proposait, outre de supprimer la référence au diplôme de cadre de santé dans les critères d'agrément des directeurs d'IFSI, de maintenir la durée de formation des cadres de santé à une année correspondant à un master 2 en faisant précéder celle-ci par une année en tant que faisant-fonction qui permettrait, par une procédure de VAE, d'acquérir 60 ECTS correspondant à un master 1 de management en santé. La référence au diplôme de cadre de santé disparaîtrait à terme au profit d'un diplôme universitaire de niveau I (cad de niveau 7 dans la nouvelle nomenclature issue de l'article 31 de la loi du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir

²⁹⁷ Arrêté du 6 décembre 2019 portant nomination au Conseil national des universités pour les disciplines de santé - Légifrance ([legifrance.gouv.fr](https://www.legifrance.gouv.fr)).

²⁹⁸ Article 11 de l'arrêté du 10 juin 2021 portant dispositions relatives aux autorisations des instituts et écoles de formation paramédicales et à l'agrément des directeurs en application des articles R. 4383-2 et R. 4383-4 du code de la santé publique.

²⁹⁹ 00STEP000706Y (solidarites-sante.gouv.fr).

son avenir professionnel)³⁰⁰. À terme, les cadres dans les établissements de santé et médico-sociaux seraient titulaires d'un master de management en santé et les formateurs en IFSI seraient titulaires d'un master en soins infirmiers et seraient encouragés pour poursuivre en doctorat. L'enjeu est de pouvoir acquérir une activité de recherche irriguant ainsi leur communauté universitaire nouvellement constituée tout en conservant une activité clinique en plus de leur activité d'enseignement. À l'issue de cette transformation, les formateurs ne seraient plus coupés de l'exercice professionnel comme c'est le cas des actuels formateurs en IFSI dont la mobilité est faible voire inexistante.

3 Les services universitaires proposés aux étudiants infirmiers différent selon les sites d'implantation des IFSI

[13] Si la formation infirmière attire de plus en plus de bacheliers, les problématiques de logement et de transport peuvent conduire des bacheliers admis dans un IFSI éloigné du domicile parental et/ou situé dans une zone peu dense au niveau du réseau de transports publics à renoncer à suivre leur formation au bénéfice d'une toute autre formation située dans une zone mieux desservie ou plus proche de chez eux.

[14] Les étudiants de l'IFSI inscrits à l'université peuvent accéder à tous les services de vie étudiante disponibles sur les campus universitaires comme les bibliothèques (avoir accès au catalogue des ressources documentaires disponibles sur place ou en ligne, disposer d'un espace de travail, faire des photocopies et des impressions), le CROUS (repas pour 3,30 euros voire 1 euro s'ils sont boursiers), les cours du SUAPS (service universitaire des activités physiques et sportives). Ils peuvent aussi bénéficier des services de santé des étudiants (SSE) avec des consultations de spécialistes, le cas échéant ainsi que des entretiens avec des assistantes sociales. Enfin, ils peuvent avoir accès aux épiceries sociales et solidaires ainsi qu'à toutes les associations étudiantes et services proposant des activités culturelles.

[15] Cependant, la participation des étudiants infirmiers à la gouvernance de l'université ainsi que l'accès à des locaux spécifiques (bibliothèques ou encore services de santé étudiante) reste encore compliquée pour nombre d'entre eux, notamment ceux qui sont éloignés des sites universitaires.

[16] Les barèmes des bourses sur critères sociaux ont été harmonisés à l'échelle nationale depuis 2017³⁰¹ entre les bourses attribuées par les régions aux étudiants des formations sanitaires et sociales et celles attribuées par les CROUS mais sans qu'un portail unique³⁰²³⁰³ facilite l'accès des

³⁰⁰ Article 9 de l'arrêté du 10 juin 2021 cité ci-dessus précise que pour être agréé, un directeur d'IFSI doit être titulaire du DEI et être directeur des soins ou titulaire du diplôme de cadre de santé ou des certificats auxquels il s'est substitué ou d'un diplôme ou titre universitaire à finalité professionnelle et de recherche de niveau 7 (master, cinq années d'études après le baccalauréat) dans les domaines de la santé, des sciences de l'éducation ou du management.

³⁰¹ Décret n° 2016-1901 du 28 décembre 2016 relatif aux bourses accordées aux étudiants inscrits dans les instituts et écoles de formation de certaines professions de santé - Légifrance (legifrance.gouv.fr) faisant suite à la Grande conférence de santé de 2016.

³⁰² Cf. rapport IGAS n°2016-123R/IGAENR n°2017-043 de juin 2017 relatif à une intégration des formations paramédicales à l'universités, recommandation n°1 : « engager une réflexion sur le retour à la dévolution de l'ensemble des aides et prestations par les CROUS. A défaut, prévoir un portail numérique partagé entre régions et CROUS pour assurer un guichet unique. »

³⁰³ Sauf en Normandie où, depuis la rentrée 2022, le conseil régional a confié au CROUS de Normandie (Pôle de Caen) la gestion et la mise en paiement des aides pour les étudiants et élèves des formations sanitaires, sociales et de santé reposant sur une instruction unique à partir du dossier social étudiant.

étudiants à ces aides, ni de prise en compte des étudiants infirmiers dans un schéma global de restauration universitaire³⁰⁴.

³⁰⁴ Cf. rapport IGAS/IGANER de juin 2017, recommandation n°2 : « intégrer les instituts de formation paramédicaux aux schémas globaux de restauration universitaires. »

ANNEXE 9 : Les domaines d'évolution possible des compétences des infirmiers : les exemples de la prévention et de la coordination

[1] La présente annexe propose des éléments d'analyse de deux domaines majeurs dans lesquels une évolution des compétences des infirmiers paraît envisageable : la prévention et la coordination. Cela ne signifie pas que d'autres domaines ne peuvent pas être concernés, comme indiqué dans le rapport de synthèse (soins de proximité, formation...).

1 La prévention et l'éducation à la santé

[2] La **prévention** consiste à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités³⁰⁵ :

- La prévention **primaire** agit en amont de la maladie (action sur les facteurs de risque, vaccination...),
- La prévention **secondaire** agit à un stade précoce de son évolution (dépistages),
- La prévention **tertiaire** agit sur les complications et les risques de récurrence.

[3] L'**éducation à la santé** comprend les moyens pédagogiques susceptibles de faciliter l'accès des individus, groupes, collectivités aux connaissances utiles pour leur santé et de permettre l'acquisition de savoir-faire permettant de la conserver et de la développer³⁰⁶. L'éducation à la santé comprend notamment l'éducation thérapeutique (ETP) qui vise à aider les patients à gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique.

[4] Le champ de la prévention est aujourd'hui largement considéré comme pouvant faire l'objet d'un investissement renforcé des professionnels de santé, parmi lesquels les infirmiers. D'une part, les marges de progression importantes du système de santé français en matière de prévention font l'objet d'un large consensus renforcé par la crise sanitaire du COVID. Ce diagnostic figure notamment dans le rapport « La politique de prévention en santé » de la Cour des comptes qui met en avant des résultats relativement médiocres de la politique de prévention pour une part du PIB consacré à la prévention comparable à celle d'autres pays (Allemagne, Royaume Uni, Etats Unis). D'autre part, les infirmiers exercent déjà des missions de prévention et sont directement au contact des patients à domicile. Dans l'activité quotidienne des infirmiers, par exemple au cours de leurs interventions à domicile auprès de personnes âgées ou souffrant de maladies chroniques, les actions de prévention et d'éducation à la santé sont souvent liées aux activités de soins qu'ils réalisent³⁰⁷. En outre, ces

³⁰⁵ Selon les termes de la définition proposée par la HAS.

³⁰⁶ Définition par la HAS.

³⁰⁷ Au vu du champ de la mission, les infirmiers en santé au travail et les infirmiers scolaires ne sont pas traités dans cette annexe, malgré le rôle qu'ils jouent en matière de prévention et plus globalement dans le cadre de la politique de santé publique.

actions de santé publique ne dépendent pas nécessairement d'un diagnostic médical préalable, ce qui en fait des missions plus simples à partager entre les médecins et d'autres professionnels de santé.

1.1 Les bases réglementaires des actions de prévention des infirmiers

1.1.1 Des mentions qui restent assez générales au niveau législatif et réglementaire

[5] L'article L. 4311-1 dispose que « l'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation à la santé, de formation et d'encadrement ». Le même article mentionne la possibilité pour l'infirmier d'effectuer certaines vaccinations sans prescription médicale. La « participation » de l'infirmier aux « actions de prévention, de dépistage et d'éducation à la santé » est de nouveau mentionnée au niveau réglementaire, à l'article R. 4311-1 qui définit les composantes de l'exercice de la profession infirmière. Cette notion de « participation » semble indiquer que l'infirmier n'intervient jamais en autonomie dans ce champ de la prévention, mais toujours en lien avec un autre professionnel de santé.

[6] **Au-delà de cette mention générale, peu de précisions sont apportées sur le rôle joué par l'infirmier en matière de prévention, même si les différents articles réglementaires comportent certaines dispositions pouvant y être rapportées :**

- Art. R 4311-2 sur les soins infirmiers : les soins infirmiers sont définis comme « préventifs, curatifs ou palliatifs ». Ils sont dispensés « dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé ». Ils doivent « protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ».
- Article R 4311-5 précisant le rôle propre de l'infirmier : certains actes peuvent être rattachés à la prévention (prévention des escarres) mais toujours en lien avec un soin dispensé par l'infirmière.
- Article R 4311-13 qui précise les actes dispensés en priorité par une infirmière puéricultrice : notamment, « suivi de l'enfant dans son développement et son milieu de vie » et « prévention et dépistage précoce des inadaptations et des handicaps ».

[7] Plus globalement, l'article R. 4311-15 du CSP liste divers domaines dans lesquels l'infirmier « propose des actions, les organise ou y participe ». Il s'agit, entre autres, du champ « formation, éducation, prévention et dépistage notamment dans le domaine des soins de santé primaires et communautaires ». Ce même article mentionne « la participation à des actions de santé publique » ou encore l'« éducation à la sexualité ». Enfin, le dépistage, l'orientation et la prévention font partie des actions ouvertes aux IPA dans le cadre de leurs « domaines d'intervention en pratique avancée » mentionnés par les articles L. 4301-1 et R. 4301-3 du code de la santé publique.

[8] **Ainsi, les actions de l'infirmier dans le domaine de la prévention et de l'éducation à la santé disposent d'une base réglementaire peu précise, surtout si on la compare aux activités de soin, très précisément listées dans les deux articles R. 4311-5 et R. 4311-7 relatifs au rôle propre de l'infirmier et à son rôle prescrit.**

1.1.2 Les soins éducatifs et préventifs sont mentionnés parmi les compétences listées dans le référentiel de formation de 2009

[9] A l'issue de sa formation, l'infirmier doit notamment être compétent pour « initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs » sur la base des référentiels d'activités et de

compétences précisés par les annexes I et II de l'arrêté du 31 juillet 2009 modifié relatif au diplôme d'État d'infirmier. En particulier, les infirmiers doivent être en mesure de « concevoir et mettre en œuvre » des actions de conseil, de promotion de la santé et de prévention répondant aux besoins de populations ciblées, parmi lesquels la « réalisation de soins à visée préventive ». Aussi le référentiel de formation des infirmières figurant en annexe III de l'arrêté de 2009 précise-t-il que l'étudiant suit des unités d'enseignement obligatoires intitulées « Santé publique et économie de la santé » et « Soins éducatifs et préventifs », qui constituent des bases pour pouvoir exercer ces activités, le cas échéant en s'appuyant sur des actions de formation continue.

1.2 La prévention et l'éducation à la santé font déjà l'objet d'un investissement des infirmiers

L'investissement croissant des infirmiers dans le domaine de la prévention se traduit par certaines évolutions réglementaires, par des expérimentations mais aussi dans la pratique quotidienne des professionnels.

1.2.1 Une évolution réglementaire encore inachevée sur la vaccination

[10] La compétence vaccinale des infirmiers a fait l'objet d'une extension dans le cadre du décret du 21 avril 2022 relatif aux compétences vaccinales des infirmiers et des pharmaciens d'officine. Si l'injection peut désormais être réalisée en autonomie par l'infirmier, le vaccin doit toujours faire l'objet d'une prescription médicale, ce qui limite le caractère d'avancée de cette évolution réglementaire. Par ailleurs, le décret n. 2022-611 relatif aux compétences vaccinales des sages-femmes permet désormais à ces professionnelles de prescrire l'ensemble des vaccins prévus à l'article L. 4151-2 aux femmes enceintes, aux nouveau-nés et aux personnes de leur entourage. Selon la DGOS, l'évolution législative permettant l'ouverture aux infirmiers de la compétence de prescription des vaccins devrait intervenir dans le cadre de la LFSS pour 2023³⁰⁸.

[11] **Cette évolution attendue vers une prescription par les infirmières serait conforme aux recommandations de la HAS qui, dans son avis du 22 janvier 2022, avait proposé l'extension de leur compétence de prescription à tous les vaccins prévus au calendrier vaccinal (sauf vaccin contre la rage).** L'avis de la HAS précise que le précédent constitué par la crise COVID a montré l'intérêt d'un élargissement des prescripteurs pour assurer une bonne couverture vaccinale de la population. La HAS a proposé d'inscrire cette démarche dans le cadre d'un « parcours de soins de prévention » et d'accompagner ces mesures d'extension des compétences des professionnels de santé par des campagnes de sensibilisation et d'information sur la vaccination.

[12] **Dans la lignée de cet accent de la HAS sur un parcours de prévention, il paraîtrait logique que la prescription en autonomie des vaccins, en favorisant l'accès des patients aux infirmiers pour la vaccination, conduise plus globalement à renforcer le rôle infirmier en matière de prévention.** Ainsi, les contacts avec les patients à l'occasion d'une vaccination pourraient être mis à profit pour un entretien conduit par l'infirmière sur le respect par la personne de son calendrier vaccinal ou plus globalement sur la prévention des maladies chroniques, des addictions... Cette hypothèse de mise en place de « consultations infirmières de prévention » devra s'intégrer dans les annonces gouvernementales de septembre 2022 visant à des « consultations médicales de prévention » à des âges clés de la vie (cf. infra).

³⁰⁸ Concernant la vaccination anti- COVID, les infirmières peuvent d'ores et déjà prescrire et administrer le vaccin depuis juin 2021.

1.2.2 Plusieurs protocoles de coopération et expérimentations « article 51 » concernant l'action des infirmiers en matière de prévention et d'éducation à la santé

[13] L'article L. 4011-1 du code de la santé publique indique que les protocoles de coopération consistent en des « transferts d'activités ou d'actes de soins ou de prévention ».

[14] **Parmi les protocoles pouvant être rapportés aux champs de la prévention, du dépistage et de l'éducation à la santé**, le plus important sur le plan numérique est le protocole Asalee³⁰⁹. Celui-ci comporte le suivi et la prise en charge de patients, l'éducation thérapeutique mais aussi certains dépistages. Ainsi, les infirmières déléguées à la santé publique d'Asalee réalisent des séances d'éducation thérapeutique de patients atteints de certaines pathologies chroniques en partenariat avec le médecin traitant. Elles participent à des campagnes de dépistage (cancer du sein et cancer colorectal).

[15] **En dehors d'Asalee, plusieurs protocoles de coopération renforçant le rôle des infirmiers dans le champ de la prévention sont en cours de mise en œuvre.** Si on ne dispose pas, à ce stade, d'éléments d'évaluation des résultats de ces protocoles, ils illustrent la diversité des champs susceptibles d'être investis par les infirmières dans le domaine de la prévention :

- La première consultation d'alcoologie par une infirmière pour des patients adressés par un service des urgences ;
- La réalisation du frottis cervico-utérin de dépistage du cancer du col de l'utérus par l'infirmière du centre de santé ;
- La consultation de santé sexuelle en CeGIDD ;
- L'intervention d'infirmières libérales à domicile pour diagnostiquer et initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé.

[16] En lien avec ce dernier protocole, on peut noter que plusieurs expérimentations sont conduites dans le domaine du repérage des signes de fragilité et de perte d'autonomie liées au vieillissement dans la lignée du programme ICOPE³¹⁰ porté par l'organisation mondiale de la santé. Dans ce cadre, les infirmiers font partie des professionnels de soins primaires qui peuvent intervenir auprès de la personne pour l'évaluation de sa situation, le dépistage et le suivi.

[17] **Outre les protocoles de coopération, des expérimentations autorisées et financées au titre de l'article 51 de la LFSS pour 2018 mobilisent des infirmiers dans le champ de la prévention ou de l'éducation thérapeutique.** C'est le cas par exemple du projet "Expérimentation de suivi à domicile des patients atteints d'un cancer et traités par immunothérapie" qui implique les infirmières libérales dans le suivi du parcours de soins de la personne mais les mobilise également dans la réalisation d'ateliers d'éducation thérapeutique au domicile³¹¹.

[18] **Il faut globalement** souligner que ces protocoles et expérimentations, malgré tout l'intérêt qu'ils représentent, restent limités du point de vue du nombre de professionnels impliqués. Dans son rapport de novembre 2021 sur la politique de prévention, la Cour des comptes soulignait un « rythme

³⁰⁹ Une vingtaine de protocoles de coopération concernent la prévention et l'éducation à la santé, mais tous n'i

³¹⁰ Integrated Care for older People. Expérimentation conduite par exemple en Occitanie en lien avec le gérontopôle de Toulouse.

³¹¹ Projet soutenu par l'ARS AURA, l'assurance maladie et le Centre Léon Bérard de Lyon en partenariat avec les URPS Infirmiers et Médecins et le dispositif ONCO AURA.

de montée en charge actuellement très lent » et invitait à « dépasser le cadre de l'expérimentation pour les protocoles entre professionnels portant sur la prévention ».

1.2.3 La prévention et l'éducation à la santé sont des composantes de la pratique quotidienne des infirmiers y compris en dehors des protocoles de coopération

[19] Dans le champ libéral, le fait pour l'infirmier de se rendre au domicile des patients âgés ou souffrant de maladies chroniques en fait un acteur potentiellement central de la prévention. Parmi les missions qui reposent en particulier sur les infirmiers, on peut citer le repérage des fragilités ou encore l'observance thérapeutique. Ces missions peuvent être exercées du fait de la présence régulière des infirmiers au domicile des patients âgés ou fragiles. Ces missions sont déjà pour partie exercées sur le terrain par les infirmières libérales, mais non reconnues car non valorisées dans le cadre de la NGAP.

[20] La mise en place du bilan de soins infirmiers (BSI) par l'avenant 6 de la convention nationale infirmière, applicable aux patients en perte d'autonomie³¹², constitue cependant une avancée en ce qu'il conduit l'infirmier à établir un plan de soins personnalisé qui sera soumis au médecin ayant prescrit le BSI. Au-delà, la valorisation des actions de prévention pourrait passer par des modalités de rémunération adaptées du type de celles expérimentées dans le cadre de l'article 51, par exemple un financement forfaitaire du professionnel et/ou le financement de structures de coordination.

1.3 Des analyses convergentes visant à un renforcement du rôle des infirmiers dans le domaine de la prévention

[21] Au sein de la politique prioritaire « santé et prévention », le premier objectif affiché par le gouvernement consiste à « accélérer le virage préventif de notre système de santé, en agissant dans le quotidien des Français tout au long de la vie »³¹³. Cette priorité est susceptible de s'appuyer notamment sur l'action des infirmiers.

1.3.1 La réflexion sur le devenir du système de santé publique a conduit à proposer de mobiliser davantage les infirmiers sur certains axes prioritaires

[22] Plusieurs contributions récentes se rejoignent pour proposer de renforcer le rôle des infirmiers dans le domaine de la santé publique, souvent dans le cadre d'une réflexion plus globale sur le devenir de cette politique en sortie de crise Covid. C'est le cas en particulier du rapport de Franck Chauvin, président du haut conseil de la santé publique, « Dessiner la santé publique de demain », qui vise à proposer des scénarios de réorganisation de la santé publique en tenant compte des leçons de la crise sanitaire.

[23] La direction générale de la santé identifie plusieurs volets sur lesquels la contribution des infirmiers pourrait être renforcée. Sont cités notamment la santé des femmes et des enfants, le dépistage des cancers, l'accompagnement à l'observance des traitements, le repérage de la douleur chronique...

³¹² Pour la tarification des soins au forfait BSI, le seuil d'âge de 90 ans a été ramené à 85 ans à partir de septembre 2022 et concernera tous les patients dépendants en avril 2023, conformément à l'avenant 8 signé en novembre 2021.

³¹³ « Séminaire gouvernemental, agir au service des Français », 31 août 2022.

[24] Parmi les axes qui font l'objet de réflexions plus particulièrement abouties, on peut citer par exemple :

- **Le dépistage organisé du cancer** : le rapport IGAS de 2022³¹⁴ a mis en avant les mauvais résultats français en termes de participation de la population au dépistage. Pour y remédier, il est proposé d'élargir le champ des professionnels impliqués dans les politiques de dépistage au-delà des seuls médecins. Concernant les infirmiers, cela pourrait concerner :
 - La remise à la personne du kit de dépistage du cancer colorectal³¹⁵
 - La réalisation de certains actes de dépistage. A titre d'exemple, un protocole de coopération national permet désormais la réalisation de frottis cervico-utérins par des infirmiers en centre de santé.
 - Plus globalement, la réalisation d'actions dites d'« aller vers » les populations les plus éloignées des politiques de dépistage afin de les sensibiliser à l'importance de réaliser les tests régulièrement voire de les appuyer dans la prise de rendez-vous (mammographie par exemple).
- **Le domaine de la santé sexuelle**. Sur ce champ, l'extension de la compétence des infirmières est d'ores et déjà prévue par le ministère de la santé : la feuille de route « stratégie nationale santé sexuelle 2021-2024 » prévoit l'engagement d'une concertation en 2022 en vue d'étendre les compétences des infirmiers en matière de prévention et d'éducation à la santé sexuelle ; il est également prévu d'ici 2023 de modifier le décret d'actes pour élargir les compétences des infirmiers en matière de prescription (la contraception d'urgence est réservée aux infirmières scolaires à ce jour). Une telle extension devra se faire en cohérence avec les compétences des autres professionnels de santé, en particulier les sages-femmes.

[25] Dans tous les cas, le développement de ces missions supposera des prérequis en termes de formation initiale (si elles devaient intégrer le socle de compétence des infirmières) ou de formation continue.

1.3.2 Des modalités diverses sont envisagées pour mobiliser davantage les infirmiers dans le champ de la prévention et de l'éducation à la santé

[26] Dans le cadre des travaux administratifs récents sur le champ de la prévention, plusieurs hypothèses sont envisagées afin de renforcer l'action des infirmiers dans ce domaine :

- **le partage de compétences** entre professionnels concernant les missions de prévention (y compris la prescription d'actes de prévention par les infirmiers). La première proposition du rapport parlementaire Isaac-Sibille vise ainsi à ouvrir très largement la faculté de « prescrire des actes de prévention » aux professionnels paramédicaux.
- **Des consultations en accès direct pour les IPA** : le rapport issu de la concertation sur la pratique avancée infirmière propose ainsi de mettre en place l'accès direct aux IPA pour les missions d'orientation, de prévention, d'éducation et de dépistage.
- La **participation des infirmiers à des équipes territoriales chargées spécifiquement de missions de santé publique**. Le rapport de Franck Chauvin propose ainsi de structurer une

³¹⁴ « Le dépistage organisé des cancers en France », IGAS, janvier 2022.

³¹⁵ Seuls les médecins peuvent le remettre aujourd'hui, ainsi que les pharmaciens depuis le premier semestre 2022.

« force d'intervention » au niveau territorial sur des objectifs d'amélioration de la santé de la population (vaccination, dépistage, prévention primaire ou tertiaire, etc.). Cela passerait notamment par un « contrat à temps partiel de praticien de santé publique » portant sur des missions de santé publique, contrat proposé aux médecins généralistes libéraux, mais aussi aux infirmiers libéraux, sages-femmes libérales et services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), ainsi qu'aux pharmaciens volontaires.

[27] Ces différentes modalités d'intervention seraient indissociables d'un renforcement de la formation des infirmiers dans le domaine de la prévention et de l'éducation à la santé. Ainsi, le rapport de Franck Chauvin envisage l'hypothèse d'IPA de promotion de la santé, formés spécifiquement sur des méthodes d'« aller vers » et sur la lutte contre les inégalités de santé. Un renforcement de la formation initiale sur les thématiques de prévention « afin d'intégrer une approche plus holistique de la santé » (selon les termes de la direction générale de la santé) paraît également nécessaire.

[28] Ces différentes propositions orientent la réflexion vers deux directions différentes mais compatibles : soit vers un métier spécifique et spécialisé, dans l'esprit des propositions du rapport Chauvin sur des « infirmiers de santé publique », soit vers le renforcement du socle de compétences en santé publique des infirmiers dans leur ensemble.

[29] Ce contexte global a conduit les représentants de la profession infirmière à demander la reconnaissance d'un rôle renforcé pour l'infirmier en matière de prévention et d'éducation à la santé. Les organisations représentant la profession se rejoignent sur des champs qui pourraient être ouverts davantage à l'action des infirmiers :

- Des actions de repérage et de dépistage, notamment pour prévenir les conséquences du vieillissement : évaluation de l'humeur, nutritionnelle... le dépistage de la déshydratation ;
- L'observance thérapeutique ;
- L'hygiène de vie, la prescription de compléments alimentaires... ;
- Le dépistage précoce du diabète, de l'hypertension artérielle ;
- La santé sexuelle : prescription et réalisation de tests sérologiques, actions d'éducation thérapeutique, prescription de contraception au-delà du seul renouvellement prévu aujourd'hui dans l'article L. 4311-1 du code de la santé publique.

[30] Cette reconnaissance du rôle infirmier pourrait aussi passer par l'attribution de missions propres de prévention dans les textes, alors qu'aujourd'hui l'infirmier est simplement décrit comme « participant » aux missions de prévention.

1.3.3 Le développement des missions de prévention est indissociable d'une réflexion sur leur rémunération

[31] **Pour développer les missions de prévention des infirmiers, la question de leur mode de rémunération apparaît au moins aussi importante que celle de leur champ de compétence.** Le rôle de la convention signée avec l'assurance maladie est donc central. Certaines expérimentations lancées dans le cadre de l'article 51 permettent de revoir le mode de rémunération des interventions des infirmières ce qui leur permet de disposer de plus de temps à consacrer à une vision « holistique » de la situation de la personne, et donc notamment de réaliser des missions de prévention ou

d'éducation à la santé. C'est le cas en particulier de l'expérimentation « Équilibres » qui prévoit une rémunération au forfait du temps passé par l'infirmier à domicile.

[32] Par ailleurs, concernant les pharmaciens, la convention signée avec l'assurance maladie le 9 mars 2022 prévoit des avancées dans les actes de ces professionnels donnant lieu à rémunération qui pourraient inspirer les évolutions à venir concernant les infirmiers : remise du kit de dépistage organisé du cancer colorectal, dépistage et prise en charge des cystites aiguës chez les femmes, sensibilisation des femmes enceintes sur la prise de médicaments pendant la grossesse.

1.4 Plusieurs voies pour développer le rôle des infirmiers dans le domaine de la prévention

[33] **La mission estime ainsi que la prévention et l'éducation à la santé constituent l'un des champs prioritaires en termes d'évolution des compétences des infirmiers en raison de leur impact sur la santé de la population.** La priorité doit être de multiplier le nombre de professionnels de santé susceptibles de réaliser ces missions. La nécessité de développer les actions d'« aller vers » en matière de prévention, notamment à destination des populations précaires les plus éloignées du système de santé, gagnerait à s'appuyer sur la ressource que constituent les infirmières du fait à la fois de leur importance numérique, de leur présence territoriale et de leur formation clinique. Du reste, le mouvement est déjà largement engagé : les avancées récentes en matière de vaccination renforcent d'ores et déjà le rôle de l'infirmière dans le champ de la prévention. Autre exemple, l'ouverture aux infirmiers de la prescription de substituts nicotiques s'est traduite par une mobilisation faisant des infirmières la deuxième profession prescriptrice derrière les médecins³¹⁶.

[34] Dans cette perspective d'un élargissement des compétences, les pistes à privilégier peuvent être rassemblées en **différents axes**.

[35] Une première avancée essentiellement symbolique serait la **reconnaissance dans les textes du rôle infirmier dans la prévention**. Ce serait par exemple le cas d'une évolution de la rédaction actuelle du code sur la « participation » des infirmiers aux actions de prévention pour en faire des missions propres des infirmiers ; il pourrait par exemple être prévu que l'infirmier « conduit » (ou « assure ») des actions de prévention ou d'éducation à la santé.

[36] Un second type d'avancée aurait trait aux **consultations infirmières de prévention** :

- Cela pourrait passer par exemple par des consultations de prévention réalisées par ces professionnels, sur adressage des médecins traitants dans le cadre de structures coordonnées (MSP, centres de santé) ou de CPTS. Ainsi, le médecin traitant pourrait prescrire un bilan de prévention à réaliser par un infirmier, à la manière de la prescription médicale d'un bilan de soins infirmiers pour les personnes en perte d'autonomie. Cette mesure devrait s'articuler avec l'annonce de consultations médicales de prévention à trois âges clés de la vie (25 ans, 45 ans, 65 ans). Ces consultations médicales pourraient s'appuyer sur un binôme médecin / infirmier, ce qui permettrait de les démultiplier. A titre d'exemple, au Royaume-Uni, les médecins généralistes doivent offrir un bilan de santé annuel à leurs patients de plus de 75 ans. Il a été observé qu'au sein des cabinets de soins primaires, ce bilan a été pris en charge principalement par un infirmier dans 37 % des cabinets, principalement par un médecin dans 38 % des cabinets, la charge étant répartie entre les deux professionnels dans les autres cas.

³¹⁶ 5 600 infirmiers ont prescrit des substituts nicotiques en 2020 selon la DGS.

- Au-delà de cet adressage par un médecin pour des consultations de prévention, l'accès direct à l'infirmier pour un entretien de prévention pourrait être réservé, à ce stade, aux infirmiers en pratique avancée. Pour mémoire, le rapport issu de la concertation sur la pratique infirmière avancée a proposé la mise en place d'un accès direct aux IPA pour ce type de consultation (prévention, éducation, dépistage, orientation).
- A moyen terme, la mise en place d'un statut d'infirmier de premier recours ou d'infirmier de famille qui conduirait, entre autres, à confier des missions de prévention à ce type de professionnel.

[37] Un troisième type d'avancées **concernerait les compétences de prescription** sur le modèle de ce qui s'est fait en matière de prescription de substituts nicotiniques ; il pourrait s'agir par exemple de la prescription de certains examens de contrôle (biologie) ;

[38] Enfin, la **rémunération des actions de prévention** des infirmiers devra faire l'objet d'une réflexion spécifique :

- soit sur les actes : par exemple, rémunération d'un acte spécifique de l'infirmier dans la remise du kit de dépistage du cancer colo-rectal (remise rémunérée à 5 euros par kit pour les pharmaciens)
- soit sur des modes de rémunération alternatifs (forfait, rémunération sur objectifs de santé publique) ce qui semble davantage correspondre à l'esprit même de la promotion de la santé.

[39] Dans l'ensemble de ces hypothèses, le développement du rôle de l'infirmier en matière de prévention doit se faire en coordination étroite avec les autres professions de santé, en premier lieu les médecins traitants.

2 La coordination

2.1 Un besoin majeur de coordination dans le système de santé qui implique un rôle central des médecins traitants et des infirmiers

[40] **Le terme de coordination renvoie à des acceptions diverses** : coordination entre professionnels de santé, en structures coordonnées ou non, coordination du parcours de la personne qui comporte une dimension clinique mais aussi une dimension de coordination administrative... La Haute autorité de santé, tout en recensant de nombreuses définitions de la coordination dans le champ de la santé, en propose la définition suivante : « l'organisation délibérée des activités de soins à un patient entre plusieurs acteurs du système de santé »³¹⁷, l'objectif étant de permettre à la personne de bénéficier de la bonne réponse au bon moment. Inversement, les défauts de coordination entre professionnels ou entre structures de soins sont à l'origine d'erreurs évitables dans la prise en charge et donc de pertes de chance pour les patients.

³¹⁷ « L'organisation délibérée des activités de soins à un patient entre plusieurs acteurs du système de santé. Elle implique la mobilisation de personnels et d'autres ressources nécessaires à la prise en charge du patient et est souvent gérée par l'échange d'informations entre les participants responsables de différents aspects des soins ».

[41] Plusieurs facteurs expliquent le besoin croissant de coordination dans le système de santé :

- La montée des maladies chroniques, nécessitant un travail accru de coordination du parcours par différents professionnels qui ne se connaissent pas nécessairement et ne partagent pas toujours la même culture professionnelle.
- La complexité des prises en charge souvent au croisement de plusieurs champs : ville / hôpital, mais aussi sanitaire / médico-social / social. L'enjeu est alors d'assurer la continuité du parcours y compris dans des situations complexes.
- La montée en puissance du numérique en santé, qui peut être un levier puissant pour communiquer entre pairs et décloisonner les prises en charge.

[42] **Depuis 2004, le code de la santé publique attribue au médecin traitant un rôle majeur dans le « parcours coordonné du patient » dans le cadre de son suivi médical.** En outre, des dispositifs d'appui sont apparus face à la difficulté à faire reposer la coordination du parcours sur le seul médecin (situations complexes à gérer au carrefour avec le social ou le médico-social, situation des personnes sans médecin traitant...). Il s'est agi des MAIA³¹⁸ et PAERPA³¹⁹ aujourd'hui regroupés dans les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) qui interviennent en appui des professionnels de santé, mais uniquement sur les situations les plus complexes. La promotion de l'exercice coordonné entre professionnels est également une constante des vingt dernières années, jusqu'à la stratégie « ma santé 2022 » qui ambitionnait de « faire de l'exercice isolé de la médecine une exception » à horizon 2022³²⁰.

[43] **L'exercice de la coordination ne peut pas être l'apanage d'une seule catégorie de professionnels de santé.** Qu'ils exercent ou non en structures coordonnées, l'ensemble des professionnels contribuent à la coordination des parcours, même si les besoins de coordination conduisent à des initiatives comme les équipes de soins coordonnés autour du patient (ESCAP), dans lesquelles l'ensemble des intervenants auprès du patient auront vocation à se coordonner via une application mobile³²¹.

[44] Pour autant, s'ils n'ont pas le monopole de la coordination, certains professionnels ont un rôle particulier à jouer en la matière du fait de leur vision globale du patient : c'est le cas au premier chef des médecins traitants, souvent médecins généralistes, mais aussi des infirmiers. C'est la raison pour laquelle le HCAAM insiste sur ce « noyau » constitué du médecin et de l'infirmier dans l'organisation des soins de proximité qu'il appelle de ses vœux. Le HCAAM évoque ainsi un « premier niveau d'équipe » constitué des médecins traitants, infirmiers et assistants médicaux ; parmi les missions assurées par ces équipes, « l'orientation et la gestion des parcours des patients »³²².

³¹⁸ Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie.

³¹⁹ Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie

³²⁰ Voir l'annexe 4 sur les structures d'exercice coordonné.

³²¹ Projet porté par l'Union nationale des professionnels de santé

³²² « Organisation des soins de proximité : garantir l'accès de tous à des soins de qualité », HCAAM, septembre 2022.

2.2 Les mentions du rôle de coordination des infirmiers dans la réglementation

2.2.1 Dans la réglementation, le rôle de coordination de l'infirmier est principalement défini comme l'encadrement d'autres professionnels

[45] L'article L. 4311-1 du code de la santé publique évoque les actions de l'infirmier en matière de prévention, d'éducation à la santé, de formation et d'encadrement. Les actions de coordination ne sont pas mentionnées dans cet article ; seul l'exercice coordonné est évoqué dans l'alinéa sur les protocoles de coopération.

[46] Au niveau réglementaire, plusieurs dispositions du CSP soulignent que l'infirmier agit en interaction avec les autres professionnels de santé. L'article R. 4311-1 dispose que les infirmiers « exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif ». L'infirmière « participe à toute action coordonnée des professions de santé et des professions sociales conduisant à une prise en charge globale des personnes » (R 4311-15). L'article R. 4312-36 prévoit plus précisément que « l'infirmier chargé de toute fonction de coordination ou d'encadrement veille à la bonne exécution des actes accomplis par les personnes dont il coordonne ou encadre l'activité, qu'il s'agisse d'infirmiers, d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture, d'aides médico-psychologiques, d'étudiants en soins infirmiers ou de toute autre personne placée sous sa responsabilité. »³²³

[47] **En dehors de l'article R. 4312-36, la fonction d'infirmier coordonnateur (IDEC), répandue dans les services hospitaliers ou les structures médico-sociales, n'est pas définie dans la réglementation.** Les missions de l'IDEC du SSIAD font exception : elles sont définies comme concernant notamment la coordination du fonctionnement interne du service et la coordination avec l'environnement (ESMS, établissements de santé...) ³²⁴. A l'inverse, les missions de l'infirmier coordonnateur en EHPAD ne sont pas fixées dans un texte réglementaire ce qui suscite une demande de reconnaissance de la part de ces professionnels et des travaux en cours animés par la DGCS.

2.2.2 La coordination est mentionnée comme une activité et une compétence à part entière de l'infirmier dans le référentiel de 2009

[48] **L'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier identifie, parmi les neuf activités principales de l'infirmier, une activité de « coordination et organisation des activités et des soins ».** Selon le référentiel, celle-ci se compose de l'organisation des soins (formalisation d'un projet de soins, répartition de l'activité entre membres d'une équipe de soins...), de la coordination des prises en charge entre les champs sanitaire, médico-social, le domicile, de l'enregistrement et de la transmission des données sur le patient, de la traçabilité des opérations réalisées, de la transmission orale et écrite d'informations aux autres professionnels, aux proches, etc.

³²³ Le même article dispose que l'infirmier « est responsable des actes qu'il assure avec la collaboration des professionnels qu'il encadre. Il veille à la compétence des personnes qui lui apportent leur concours. »

³²⁴ Décret n°2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile.

[49] **Cette activité est traduite dans la compétence du référentiel de 2009 « organiser et coordonner des interventions soignantes ».** Celle-ci comporte différentes composantes, principalement :

- Identifier les acteurs intervenant auprès des personnes (santé, social, médico-social, associatif...);
- Choisir les outils de transmission de l'information adaptés ;
- Coordonner les actions et les soins auprès de la personne soignée avec les différents acteurs de la santé, du social et de l'aide à domicile ;
- Coopérer au sein d'une équipe pluriprofessionnelle dans un souci d'optimisation de la prise en charge sanitaire et médico-sociale ;
- Coordonner le traitement des informations apportées par les différents acteurs afin d'assurer la continuité et la sécurité des soins.

[50] **Ainsi, plusieurs dimensions de la compétence de coordination sont particulièrement mises en avant dans l'arrêté de 2009 : l'identification des acteurs pertinents, le traitement et la transmission des informations sur le patient, le travail en équipe.**

2.3 Le rôle de coordination des infirmiers diffère selon les lieux d'exercice

[51] Le constat d'un enjeu majeur de coordination des parcours est déjà ancien. Le rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire citait en 2011 la « coordination des parcours (inter et intra structures de soins) » parmi les champs à développer. Les investigations de la mission confirment l'évolution des pratiques des infirmiers d'une activité tournée essentiellement vers les soins cliniques au chevet du patient vers une activité comprenant une « dimension organisationnelle » de plus en plus forte³²⁵. Cette évolution vaut pour l'ensemble des lieux d'exercice même si les modalités du travail et de collaboration entre professionnels diffèrent selon que l'infirmier intervient à domicile ou en établissement.

2.3.1 Un rôle spécifique exercé par les infirmiers libéraux au domicile du patient

[52] **La fonction de coordination au domicile du patient est d'ores et déjà exercée pour partie par les infirmiers intervenant à domicile, du fait de leur présence régulière chez le patient et de leur compétence clinique.** C'est particulièrement le cas chez les patients en incapacité à se déplacer du fait de leur âge ou de leur état de santé. Ces patients peuvent bénéficier de l'intervention de plusieurs types de professionnels à domicile mais l'infirmier joue, de fait, un rôle spécifique du fait de sa mission globale d'évaluation clinique de la personne. Pour l'infirmier à domicile, la coordination peut impliquer l'aide à la prise de rendez-vous, l'identification du professionnel auquel recourir, le contact avec les autres intervenants à domicile et plus globalement l'ensemble des acteurs pertinents du champ sanitaire mais aussi du champ social. Il s'agit au final de l'organisation du parcours de la personne, en lien avec le médecin traitant. Les dispositifs d'appui à la coordination se concentrent sur les cas complexes, conformément à leurs missions, mais le besoin d'appui à la coordination existe

³²⁵ « Activité des infirmiers de coordination des parcours complexes, proposition de typologie », Fatima Yatin, Jihai Sebai, Management et Avenir santé, 2020.

aussi pour les situations qui ne sont pas considérées comme complexes, d'où le rôle que les infirmiers peuvent jouer auprès des personnes concernées.

[53] **En pratique, même si chaque intervenant doit contribuer à la coordination du parcours de la personne, il apparaît donc que les infirmiers endossent un rôle particulier dans ce domaine.** Le médecin traitant joue un rôle premier en matière de coordination mais la mise en œuvre de cette mission se heurte en pratique au manque de temps, ce qui conduit à s'appuyer sur les infirmiers. Cela est confirmé par l'analyse de certaines expérimentations dites « article 51 » impliquant des infirmiers, qui leur attribuent souvent un rôle central à domicile pour évaluer la situation des patients fragiles et adapter le cas échéant les interventions auprès du patient, en lien avec le médecin traitant. L'expérimentation Equilibres déjà citée repose ainsi sur un rôle de coordination joué par l'infirmier en lien avec le médecin traitant³²⁶. Cette fonction de coordination est toujours liée à une évaluation clinique des besoins de la personne.

[54] **Les infirmiers libéraux rencontrés par la mission insistent sur le fait que cette fonction de coordination est chronophage sans pour autant faire l'objet d'une reconnaissance sur le plan réglementaire ni tarifaire.** Globalement, la fonction de coordination est prise en charge dans le cadre du financement des structures d'exercice coordonné (MSP, CPTS) mais non dans la rémunération des professionnels de santé.

2.3.2 Les infirmiers ont également un rôle pivot dans le fonctionnement des services de soins et dans l'articulation avec la ville

[55] A l'hôpital comme en ville, la coordination des interventions auprès du patient est loin de reposer exclusivement sur les infirmiers, mais ceux-ci exercent un rôle important en la matière. **La mission a pu constater le rôle de coordination exercé par l'infirmier à l'hôpital lors de ses déplacements comme lors des échanges organisés avec les fédérations d'établissements de santé.** Ainsi, les infirmiers occupent une place majeure dans l'accompagnement du parcours du patient en cancérologie, au sein de l'établissement de santé et dans l'articulation avec la ville ou les ESMS³²⁷. Le parcours en cancérologie implique potentiellement un nombre très élevé d'intervenants, ce qui suscite un besoin pour la personne de disposer d'un interlocuteur dédié qui ait une bonne connaissance de sa situation, d'où le rôle exercé par les infirmiers dans certains établissements. Plus globalement, une étude portant sur le rôle des infirmières de coordination dans le domaine de la cancérologie a identifié leurs principaux domaines d'intervention³²⁸. Il s'agit d'évaluer les besoins du patient et en particulier d'organiser sa sortie, de suivre le patient, de lui expliquer le protocole et les techniques de soin, de l'aider à comprendre et gérer son parcours et de collecter et transmettre les données.

[56] Ce rôle s'étend aussi à la **gestion des sorties d'hôpital** qui constituent un moment essentiel pour assurer la continuité des soins. L'accompagnement du retour à domicile des patients est une mission cruciale pour assurer la continuité des soins. Elle ne repose pas nécessairement de façon exclusive sur les infirmiers mais leur compétence est souvent mobilisée dans ce cadre : c'est le cas

³²⁶ Voir aussi l'expérimentation RSMO en région Pays de la Loire qui repose sur un binôme médecin/ infirmier au sein d'une maison de santé.

³²⁷ Une fiche de poste spécifique d'« infirmier spécialisé » a même été construite au niveau de la fédération Unicancer. Avec pour mission principale la coordination transversale des activités.

³²⁸ « Activité des infirmiers de coordination des parcours complexes, proposition de typologie », Fatima Yatin, Jihai Sebai, Management et Avenir santé, 2020

par exemple à l'APHP avec une expérimentation de suivi des patients par un infirmier coordonnateur des sorties³²⁹.

2.3.3 Les infirmiers coordinateurs jouent un rôle central en EHPAD

[57] La fonction d'IDEC en EHPAD conduit l'infirmier à coordonner l'ensemble de la prise en charge des résidents, par le personnel de l'établissement, en lien avec la direction et le médecin coordonnateur. Cette fonction comporte donc une dimension d'organisation du travail et de management forte, notamment vis-à-vis des aides-soignants. Cependant, les missions de l'IDEC ne sont pas définies par la réglementation, contrairement à celles du médecin coordonnateur, ce qui donne lieu à une demande de reconnaissance formulée par des représentants des professionnels.

[58] En EHPAD, la fonction de coordination ne repose pas sur les seuls IDEC mais est exercée par l'ensemble des infirmiers, en lien avec les aides-soignants.

2.4 Une fonction de coordination qui pourrait se traduire par la mise en place d'infirmiers référents sur certaines pathologies

[59] Comme on l'a vu, la mission de coordination ne consiste pas seulement à faire le lien entre différents professionnels ou établissements impliqués dans le parcours du patient : il s'agit plus globalement d'accompagner son parcours en se fondant sur une évaluation de la situation clinique de la personne, domaine dans lequel l'infirmier paraît particulièrement qualifié du fait de sa compétence clinique.

[60] **Le rôle de coordination joué par les infirmiers conduit à une demande de reconnaissance par les professionnels et leurs représentants qui se réfèrent notamment à la notion d'infirmiers référents (ou de famille)** portée au niveau international. Les infirmiers référents, ou de famille, auraient en particulier une fonction de coordination. Ils assureraient le suivi du patient, prendraient en charge la coordination de son parcours et pourraient prescrire ou réaliser certains actes directement. La demande de « consultation infirmière » portée par certains représentants des infirmiers se réclame également de cette notion d'infirmier de famille. La consultation infirmière est présentée notamment comme une réponse au besoin de coordination des interventions auprès du patient.

La notion d'infirmier de famille et celle d'infirmier référent

La mise en place d'infirmiers de famille est mentionnée dans le programme de l'OMS « Santé 21 ». Selon les conclusions de la deuxième conférence ministérielle de l'OMS sur les soins infirmiers et obstétricaux en Europe, la notion de soins infirmiers de famille « combine promotion de la santé, prévention des maladies et soins cliniques, le but étant d'aider l'individu et la famille à affronter la maladie, l'incapacité ou le stress, de mettre en garde contre les risques liés au mode de vie et à certains comportements, et de favoriser un dépistage et un traitement précoces des problèmes de santé. (...) La nouveauté de cette notion tient à la façon dont ces différents éléments sont combinés, une place particulière étant accordée à la famille (prise au sens large) et au ménage (...). Elle tient également à la façon dont les professionnels s'efforcent d'aller à la rencontre des individus dans des cadres très divers, en adoptant toute une variété de stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies. »³³⁰

³²⁹ Cette mission est externalisée dans le cas précis de l'expérimentation citée.

³³⁰ Rapport de la deuxième conférence ministérielle de l'OMS sur les soins infirmiers et obstétricaux en Europe, 2000.

Un amendement a été adopté en première lecture du PLFSS 2019 par le Sénat, afin d'introduire dans le CSP la fonction d'infirmier « référent », en s'appuyant notamment sur la notion d'infirmier de famille défendue par l'OMS. L'amendement prévoyait que « l'infirmière ou l'infirmier, en dehors du cadre des coopérations prévues à l'article L. 4011-1 du code de la santé publique, peut être désigné comme référent au sein d'une équipe de soins par le patient en perte d'autonomie ou en affection de longue durée, afin d'assurer la coordination clinique de proximité en lien étroit avec le médecin traitant et le pharmacien correspondant. L'infirmière ou l'infirmier référent, le médecin traitant et le pharmacien correspondant sont signataires d'un projet de santé au sens des articles L. 1411-11-1, L. 1434-12, L. 6323-1 ou L. 6323-3. »

[61] **La fonction de coordination ne peut pas être assurée efficacement par l'infirmier de manière isolée par rapport aux autres professionnels.** Dès lors, le développement de cette fonction suppose que les infirmiers concernés soient eux-mêmes engagés dans des structures garantissant leur articulation avec les autres professionnels. C'est le sens des expérimentations « article 51 » en cours impliquant des infirmières, l'engagement du professionnel à s'intégrer dans un exercice collectif étant un prérequis, qu'il s'agisse de l'expérimentation Équilibres ou RSMO.

[62] Au-delà de ces expérimentations qui restent assez ponctuelles au regard du nombre d'infirmiers et même du nombre de structures d'exercice coordonné concernées, il pourrait être envisagé que pour certaines pathologies, un infirmier référent soit désigné pour le suivi du patient, toujours dans le cadre d'un dispositif de coordination afin de garantir son articulation avec le médecin traitant (MSP, centre de santé, CPTS). Cette logique se rapprocherait de celle mise en œuvre par les infirmières Asalee sur certaines maladies chroniques. En effet, l'action des infirmières Asalee comporte une dimension de coordination : dialogue constant avec le médecin, appui au patient, recueil de données...

[63] **Si cette fonction d'infirmier référent en structure coordonnée devait intégrer le « socle » de compétences des infirmiers, cela nécessiterait de renforcer les compétences associées dans la maquette de la formation initiale,** même si ces compétences sont en réalité déjà présentes dans le référentiel de 2009, en particulier sous l'item « organiser et coordonner des interventions soignantes ». Une telle mission de coordination suppose en effet une bonne connaissance par l'infirmier du réseau d'acteurs en ville et à l'hôpital, dans le champ sanitaire mais aussi social. Cette connaissance s'acquiert tout au long de la carrière professionnelle de l'infirmier, mais elle doit pouvoir aussi s'appuyer sur les acquis de la formation initiale. Les professionnels rencontrés par la mission soulignent que ces connaissances de base ne sont pas toujours présentes en sortie d'école. Il paraît donc nécessaire que l'évolution du référentiel puisse prévoir un renforcement du référentiel dans ce domaine.

ANNEXE 10 : Les expérimentations entre les formations de santé et le cursus infirmier

1 Des expérimentations pour renforcer l'intégration universitaire du cursus infirmier en mutualisant des enseignements et en créant des passerelles entre formations

[1] Une première application de mutualisation d'enseignements entre les formations a été introduite avec le décret n°2018-472 du 12 juin 2018 relatif au service sanitaire des étudiants de santé³³¹ qui a instauré depuis la rentrée 2018 l'équivalent d'une période de six semaines dans les maquettes. Les étudiants des différentes formations en santé³³² sont ainsi appelés à mener ensemble des actions de prévention auprès de publics identifiés comme prioritaires. Le cursus infirmier a été adapté en conséquence par l'arrêté du 12 juin 2018³³³ pour que certaines UE relèvent désormais du service sanitaire et représentent au moins 5 ECTS³³⁴.

[2] La loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé a modifié l'article 39 de la loi n°2013-660 du 22 juillet 2013 relative à l'enseignement supérieur et à la recherche en introduisant la possibilité de mener des expérimentations entre l'année universitaire 2020-2021 et l'année 2025-2026, c'est-à-dire pour une durée de six ans, concernant l'organisation des formations de santé. Il s'agit de renforcer les échanges entre les différentes filières de formations de santé avec la mise en place d'enseignements communs et de passerelles. Le décret n°2020-553 du 11 mai 2020³³⁵ précise les modalités dans lesquelles ces expérimentations seront autorisées par les deux ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur avec dépôt de dossiers et examen des candidatures. Il est prévu que chaque université porteuse d'une expérimentation informe l'ARS et le conseil régional sur les objectifs et les conditions de mises en œuvre de ces expérimentations.

[3] Les universités devront, en outre, lors de chaque rentrée universitaire suivant le début de l'expérimentation dresser un bilan des dispositifs mis en place et le communiquer aux deux ministres compétents. Un rapport d'évaluation – présenté devant le CNESER et le HCPP pour être adressé au Parlement revêtu des avis des deux instances - devra être rédigé pour le premier semestre 2026 portant sur toutes les expérimentations réalisées afin de mesurer leur impact et l'intérêt d'une éventuelle généralisation pour une plusieurs d'entre elles.

³³¹ Décret n° 2018-472 du 12 juin 2018 relatif au service sanitaire des étudiants en santé - Légifrance ([legifrance.gouv.fr](https://www.legifrance.gouv.fr))

³³² Médecine, pharmacie, odontologie, maïeutique, masso-kinésithérapie et soins infirmiers.

³³³ Arrêté du 12 juin 2018 relatif au service sanitaire pour les étudiants en santé - Légifrance ([legifrance.gouv.fr](https://www.legifrance.gouv.fr))

³³⁴ UE 1.2 du S2 et du S3 « santé publique et économie de la santé » et UE 4.6 du S3 « soins éducatifs individuels ou collectifs sur les lieux de vie ».

³³⁵ Décret n° 2020-553 du 11 mai 2020 relatif à l'expérimentation des modalités permettant le renforcement des échanges entre les formations de santé, la mise en place d'enseignements communs et l'accès à la formation par la recherche - Légifrance ([legifrance.gouv.fr](https://www.legifrance.gouv.fr))

1.1 Une vingtaine d'universités a été autorisée à mener les premières expérimentations dès la rentrée 2020 dont une dizaine concerne le cursus infirmier

[4] Les expérimentations qui se sont mises en place à compter de la rentrée 2020 pour une durée maximale de six années se veulent une traduction de cette volonté de développer la transversalité entre les différents cursus en santé pour permettre aux étudiants d'acquérir des connaissances et des compétences relevant de domaines disciplinaires communs à plusieurs professions de santé pour *in fine* améliorer leur capacité à travailler ensemble au sein d'équipes pluridisciplinaires.

[5] L'arrêté du 9 septembre 2021³³⁶ autorise près d'une vingtaine d'universités, dans le cadre d'une première vague, à mener de telles expérimentations pour des durées allant de 4 à 6 ans à compter de la rentrée 2020 et de la rentrée 2021. Onze de ces expérimentations concernent le diplôme d'État infirmier en créant, soit un double cursus avec une licence de sciences pour la santé (Grenoble-Alpes, Saint-Etienne) avec la mineure du PASS en sciences pour la santé (Rennes 1, Paris Cité, Caen, Rouen, Toulouse III et Angers en partenariat avec Le Mans) ou avec une licence sciences sanitaires et sociales (université de Bretagne occidentale), soit en permettant aux étudiants issus de PASS et de LAS qui ont validé 60 ECTS mais n'ont pas intégré une des quatre filières de santé MMOP³³⁷ d'accéder directement par une passerelle à la seconde année d'IFSI (Paris Est Créteil et Toulouse III) ou au second semestre de la première année d'IFSI (Reims Champagne Ardennes).

[6] L'arrêté du 26 avril 2022³³⁸ autorise neuf universités dans le cadre d'une seconde vague, à mener une telle expérimentation à compter de la rentrée 2022 pour une durée de quatre ans. Six de ces expérimentations concernent le cursus infirmier en permettant à des étudiants de PASS et de LAS d'accéder à la seconde année d'IFSI (UBO, Lille avec une mineure du PASS en sciences infirmières, Picardie avec une mineure du PASS en sciences du soin, Limoges, Aix Marseille Université) ou en créant un double cursus de licence en science pour la santé (AMU et Toulouse III).

[7] L'élargissement de passerelles déjà existantes avec les formations de santé permettent l'accès direct en seconde année d'IFSI à des étudiants de santé (PASS et LAS³³⁹) ayant validé 60 ECTS mais n'ayant pas intégré une des quatre filières MMOP. Ces étudiants pourront alors continuer leur cursus jusqu'au diplôme d'État infirmier. Ils pourront choisir exercer leur deuxième chance d'intégrer MMOP à l'issue de la seconde ou de la troisième année d'IFSI. Des possibilités de mutualiser des enseignements sont également apparues avec la création d'une mineure en sciences infirmières dans le PASS, gage d'une meilleure intégration universitaire entre universités et IFSI.

³³⁶ Arrêté du 9 septembre 2021 portant autorisation d'expérimentations relatives aux modalités permettant le renforcement des échanges entre les formations de santé, la mise en place d'enseignements communs et l'accès à la formation par la recherche - Légifrance ([legifrance.gouv.fr](https://www.legifrance.gouv.fr)).

³³⁷ Médecine, Maïeutique, Odontologie et Pharmacie.

³³⁸ Arrêté du 26 avril 2022 portant autorisation d'expérimentations relatives aux modalités permettant le renforcement des échanges entre les formations de santé, la mise en place d'enseignements communs et l'accès à la formation par la recherche, et modifiant l'arrêté du 9 septembre 2021 portant autorisation d'expérimentations relatives aux modalités permettant le renforcement des échanges entre les formations de santé, la mise en place d'enseignements communs et l'accès à la formation par la recherche - Légifrance ([legifrance.gouv.fr](https://www.legifrance.gouv.fr)).

³³⁹ La réforme de l'accès au premier cycle des études de santé a prévu la mise en place de plusieurs parcours se substituant à la première année commune aux études de santé (PACES) : le parcours d'accès santé spécifique (PASS) avec une mineure d'une autre discipline et la licence option accès santé (LAS) avec une mineure santé, ou un accès depuis une formation paramédicale. Cette réforme est entrée en vigueur à la rentrée universitaire 2020.

[8] Un des intérêts de ces passerelles est l'enrichissement des promotions infirmières avec l'apport d'autres profils étudiants avec le fait que ces étudiants viennent occuper des places laissées vacantes par des abandons en cours de première année et maintiennent ainsi le nombre de diplômés de chaque promotion conformément aux besoins du système de santé.

1.2 Les expérimentations de double cursus infirmier et licence en sciences pour la santé mettent l'accent sur la fragilité du grade de licence accordé aux titulaires du DEI tout en favorisant leur intégration universitaire

[9] Depuis la mise en œuvre du référentiel de 2009, universités et IFSI se sont répartis les UE du cursus infirmier de façon stricte au lieu de chercher à les construire ensemble. La formation infirmière procède d'une juxtaposition plus que d'une mutualisation.

[10] La création des doubles cursus qui conduisent, pour les titulaires du DEI, à la délivrance conjointe d'une licence en sciences pour la santé, est le signe que le grade de licence seul, pourtant reconnu aux titulaires du DEI depuis 2009, ne suffisait pas pour que les étudiants infirmiers diplômés puissent effectivement poursuivre leurs études à l'université. Ces expérimentations confortent l'intégration universitaire du cursus infirmier puisqu'elles vont faciliter la sélection des étudiants infirmiers dans le second, voire le troisième cycle universitaire (master et de doctorat). Cette poursuite d'études sera d'autant plus encouragée qu'elle alimentera la filière universitaire des sciences infirmières permettant la constitution de vivier de futurs enseignants-chercheurs. Ces enseignants-chercheurs assureront ensuite les enseignements du cursus infirmier.

2 L'exemple de Rennes 1 : un parcours avec accès sante (PASS) proposant une option en sciences infirmières et une licence en sciences pour la santé (LAS) avec une mention sciences infirmières

[11] L'université de Rennes 1³⁴⁰ et les dix IFSI des trois départements des Côtes d'Armor, d'Ille-et-Vilaine et du Morbihan ont construit autour du cursus infirmier deux expérimentations : une option (100 heures et 10 ECTS) en sciences infirmières pour le PASS et une mention sciences infirmières pour la licence en sciences pour la santé (LAS) qui sera suivi par certains étudiants de première année des dix IFSI partenaires.

2.1 Le PASS avec une option en sciences infirmières depuis la rentrée 2021 facilite le passage des étudiants en santé vers le cursus infirmier

[12] L'option en sciences infirmières a été construite en rapprochant des contenus du PASS et ceux de la première année du cursus infirmier en laissant de côté les cours d'anatomie ou de connaissances du médicament pour aborder les soins infirmiers. Cette option offre 200 places à la rentrée 2022 réparties comme suit : 41 à Lorient, 22 à Pontivy, 70 à Rennes, 45 à Saint-Brieuc et 22 à Vannes.

³⁴⁰ La mission s'est entretenue avec les équipes de Rennes 1 et des IFSI qui ont construit ces expérimentations qui résultent du travail d'une équipe de près de 80 formateurs et de 2 ingénieurs pédagogiques qui ont piloté les nouvelles maquettes de formation.

[13] Cette option de 100 heures (extraites des 1 800 heures de formation théorique du référentiel de 2009) est dispensée en ligne via des séquences filmées et comporte des séances de remédiation en visioconférence avec des mises en situation, du raisonnement clinique, des modules dédiés à l'approche relationnelle du patient, des enseignements sur les soins d'hygiène et de confort et des tutoriels sur les gestes techniques comme les injections.

[14] Selon les interlocuteurs de la mission, les étudiants ont choisi cette option en sciences infirmières car ils considèrent qu'elle est plus complémentaire que d'autres options comme les mathématiques ou le droit. De plus, les enseignements liés à la dimension psychologique du soin sont appréciés par les étudiants.

[15] L'option en sciences infirmières de la première année des études de santé permet de compléter l'approche médicale et facilite le passage vers le cursus infirmier si l'accès aux études de santé n'est pas possible. Aucun stage n'est programmé au cours de cette année de PASS option sciences infirmières mais un accompagnement spécifique est prévu pour les étudiants qui poursuivront en seconde année de cursus infirmier en 2022-2023.

2.2 La mention sciences infirmières de la licence en sciences pour la santé (LAS), ouverte à la rentrée 2022, initiatrice d'une évolution attendue du cursus infirmier

[16] Cette licence propose la même option santé que les autres LAS qui permettent l'accès aux filières de santé (médecine et maïeutique). Les étudiants sélectionnés par les dix IFSI faisant pour faire partie de l'expérimentation sont inscrits dans cette LAS et réciproquement, les étudiants de cette LAS sont inscrits en IFSI. Sur les 180 ECTS du cursus infirmier, 60 ECTS sont assurés par l'université dans le cadre de cette licence en sciences pour la santé.

[17] La mention sciences infirmière permet de proposer des apports académiques en sciences contributives (domaines 1 et 2 du référentiel infirmier de 2009) avec des UE comme les processus inflammatoires et infectieux, les processus dégénératifs et les défaillances organiques, le droit et la vulnérabilité, la santé publique ou encore l'anglais afin de permettre aux étudiants d'IFSI de se présenter à l'accès aux deux filières santé à l'issue de leur première année. Ils pourront également après les trois années, plus facilement poursuivre leurs études avec un parcours universitaire spécifique dans un master en sciences pour la santé, mention sciences infirmières qui sera développé à cet effet à la rentrée 2023 (trois parcours : expertise clinique, recherches en sciences infirmières et santé publique).

[18] Les étudiants inscrits dans ce double cursus ont accès à un programme de tutorat organisé par les étudiants en santé de l'université de Rennes 1 qui comprend une pré-rentrée à distance, des forums, des visioconférences, l'accès à des photocopies de cours et l'organisation d'examens blancs.

[19] Cette expérimentation repose à ce stade sur un double cursus en IFSI et en sciences pour la santé et aboutira à deux diplômes : le DEI et la licence sciences pour la santé. À terme, elle montre la voie vers une intégration universitaire complète du cursus infirmier avec l'évolution du diplôme d'État vers un diplôme national de licence délivré par l'université permettant l'exercice de la profession infirmière.

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

- **Assemblée nationale**

Mme Annie Chapelier, députée de la 4^{ème} circonscription du Gard

Dr Cyrille Isaac-Sibille, député de la 12^{ème} circonscription du Rhône

- **Cabinets des ministres**

- Cabinet du ministre des solidarités et de la santé

Dr Sébastien Delescluse, conseiller formation et enseignement supérieur

Mme Bénédicte Roquette, chargée de l'offre de soins, des ressources humaines et de l'organisation territoriale

- Cabinet de la ministre de la santé et de la prévention

Mme Carole Bousquet Berard, directrice de cabinet

M. Guillaume Du Chaffaut, directeur de cabinet adjoint

Madame Sandrine Williaume, conseillère sur l'évolution et l'attractivité des métiers paramédicaux

- Cabinet du ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation

Mme Christine Ammirati, conseillère chargée de la santé et de la formation

M. Olivier Laboux, conseiller spécial santé

- Cabinet de la ministre de l'organisation territoriale et des professions de santé

Mme Sophie Epailard, directrice du cabinet

Dr Sophie Augros, conseillère médicale

- **Ministère des solidarités et de la santé (MSS)**

- Secrétariat général

Mme Nathalie Hanet, coordonnatrice nationale métiers du soin et de l'accompagnement

Mme Natacha Lemaire, rapporteure générale de l'article 51

- Direction générale de l'offre de soins (DGOS)

Mme Cécile Lambert, directrice par intérim

Mme Brigitte Feuillebois, conseillère experte pour les professions paramédicales.

M. Eric Maurus, chef du bureau exercice et déontologie des professionnels de santé

Mme Sandrine Jaumier, cheffe du bureau démographie et formations initiales

Mme Marine Lamarche, chargé de mission concernant les professions d'infirmiers

Mme Caroline Collin, adjointe au chef du bureau exercice et déontologie des professions de santé

Dr. Michel Varroud Vial, conseiller médical

Mme Sophie Lepand, cheffe adjointe du bureau démographie et formations initiales

M. Philippe Charpentier, sous-directeur des ressources humaines du système de santé

Mme Mélanie Marquer, sous-directrice adjointe des ressources humaines du système de santé

- Direction générale de la santé (DGS)

M. Patrick Ambroise, sous-directeur de la santé des populations et de la prévention des maladies chroniques

Dr. Pierre Buttet, chef du bureau des maladies chroniques non transmissibles

M. Olivier Semama, chef du bureau santé sexuelle

Mme Caroline Bussiere, chef bureau santé des populations et de la politique vaccinale

- Direction de la sécurité sociale (DSS)

M. Nicolas Labrune, sous-directeur au financement des soins

Mme Manon Flandrois, chargée de mission au bureau des relations avec les professionnels de santé (questions exercices coordonnés)

Mme Marie Descamps, chargé de mission au bureau des relations avec les professionnels de santé (profession paramédicales)

Mme Ursula Nicolas, adjointe au chef de bureau des relations avec les professionnels de santé

M. Aurélien Lecomte, chargée de mission au bureau des relations avec les professionnelles de santé

- Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)

Mme Florence Allot, adjointe à la DGCS et cheffe du service des politiques d'appui.

M. Jean Robert Jourdan, sous-directeur à la SD4 profession, emploi et territoire

Mme Emmanuelle Colleu, cheffe de bureau emploi et politique salariale

Mme Catherine Morin, adjointe au sous-directeur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées

Mme Louise Cadin, cheffe du bureau de la prévention de la perte d'autonomie et du parcours de vie des personnes âgées

- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

Mme Jehanne Richet, chargée de mission au bureau des professions de santé

- Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS)

Pr. Emmanuel Touzé, président de l'ONDPS

Mme Agnès Bocognano, Secrétaire générale de l'ONDPS

Mme Christine d'Autume, inspectrice générale des affaires sociales en appui à l'ONDPS

- Inspection générale des affaires sociales (IGAS)

M Mathias Albertone, inspecteur général

Mme Nicole Bohic, inspectrice générale

Mme Katia Julienne, inspectrice générale

Mme Cécile Courrèges, inspectrice générale

M. Jean Debeaupuis, inspecteur général

Mme Anne-Caroline Sandeau-Gruber, inspectrice générale

- Haute autorité de la santé (HAS)

Pr Dominique Le Guludec, présidente

M. Alexandre Fonty, directeur de cabinet

Mme Amélie Lansiaux, directrice de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

M. Hubert Galmiche, directeur adjoint de l'évaluation et de l'accès à l'innovation.

M. Pierre Gabach, chef du service des bonnes pratiques

Mme Valérie Ertel-Pau, cheffe adjointe du service des bonnes pratiques

M. Cédric Carbonneil, chef du service des évaluations des actes professionnels

- Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM)

Mme Marguerite Cazeneuve, directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins

Mme Julie Pougheon, directrice de l'offre de soins

Mme Claire Traon, responsable adjointe du département des professions de santé

M. Thibaud Zaccherini, responsable du département des professionnels de santé

M. Ayden Tajahmady, directeur adjoint des études et statistiques.

Stéphanie Deschaume, directrice adjointe aux assurés

Aurélie Olivier, directrice adjointe de l'offre de soins

Céline Rybicki, référente nationale des exercices coordonnés

- **Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche (MESR)**

- Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle (DGESIP)

M. Jérôme Teillard, chef de projet « Parcoursup »

M. François Couraud, conseiller scientifique

M. Xavier Tripoteau, adjoint à la cheffe du service stratégie des formations et de la vie étudiante

Mme Muriel Pochard, sous-directrice stratégie et qualité des formations

Mme Isabelle Prat, cheffe du service stratégie des formations et de la vie étudiante, adjointe à la directrice générale

Mme Clémence Misseboupko, adjointe au chef du département des formations de santé

- Inspection générale de l'éducation du sport et de la recherche (IGÉSR)

M. Patrice Blémont, inspecteur général

- **France Universités (FU)**

Mme Macha Woronoff, présidente de la commission santé

M. Yvon Berland, PU PH émérite, conseiller santé

Mme Marie-Amélie Cuny, chargée de mission, commission santé et numérique

- **Conférence des doyens des facultés de médecine**

M. Didier Samuel, président

M. Benoît Veber, vice-président

- **Haut Conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (HCERES)**

M. Stéphane Le Bouler, secrétaire général

- **Régions de France**

Mme Françoise Jeanson, vice-présidente santé et silver-économie du conseil régional Nouvelle-Aquitaine

Mme Béatrice Noël, responsable de service des formations sanitaires et sociales du conseil régional d'Occitanie

- **Ordre national des infirmiers (ONI)**

M. Patrick Chamboderon, président

- **Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM)**

Dr François Simon, président de la section exercice professionnel

Dr Odile Conty-Henrion, élue à la section de l'exercice professionnel

M. Francisco Jornet, conseiller juridique

Mme Isabelle Jouanet, responsable du service des contrats

Dr François Arnault, président depuis juin 2022

Dr René-Pierre Labarrière, président de la section exercice professionnel

Dr Leila Ouraci, médecin généraliste en Bourgogne Franche Comté

- **Conseil national de l'ordre des pharmaciens (CNOP)**

Mme Karine Bole, présidente

Mme Anne Berthelot, directrice adjointe

- **Académie de médecine**

Pr François Richard, membre de l'académie de médecine

Pr Dominique Bertrand, membre de l'académie de médecine

- **Association nationale française des infirmières et infirmiers diplômés et des étudiants (ANFIIDE)**

Mme Brigitte Lecointre, présidente

- **Association nationale des directeurs d'écoles paramédicales (ANDEP)**

Mme Florence Girard, présidente, directrice IFSI d'Ussel

- **Union nationale des professions de santé (UNPS)**

M. William Joubert, président

M. John Pinte, vice-président

M. Daniel Guillerm, vice-président

Mme Mathilde Guest, directrice générale

Mme Anne Dehêtre, secrétaire générale

M. Émilien Bernard, chargé de mission

- **Association française des directeurs des soins (AFDS)**

M. Francis Mangeonjean, président

M. Pascal Boudin, vice-président

Mme Carol Gendy, trésorière

Mme Marie Chantal Guillaume, secrétaire

- **Commission ressources humaines soins des centres hospitaliers et universitaires**

Mme Véronique Desjardins, présidente et directrice générale de CHU de Rouen

M. Mathieu Girier, membre et directeur du pôle ressources humaines, DRH du CHU de Bordeaux

Mme Christine Liaudois, membre et coordinatrice des soins du CHR d'Orléans

- **Syndicat national des infirmiers libéraux (SNIIL)**

M. John Pinte, président

Mme Magalie Quinton, administratrice nationale

- **Confédération générale des travailleurs (CGT)**

Mme Annick Pickard, syndicaliste

M. Alexandre Lebarbey, syndicaliste membre du HCTS

Mme Marie-Ange Milocheau, syndicaliste

- **Confédération française démocratique du travail (CFDT)**

Mme Florence Dedieu, syndicaliste

M. Romuald Foltz, syndicaliste

M. William Moncel, syndicaliste

- **L'Union syndicale Solidaires (SUD)**

Mme Caroline Avril, secrétaire fédérale

- **Force ouvrière (FO)**

M. Gilles Gadier, secrétaire fédéral

Mme Nathalie Rieux-Sicard, déléguée syndicale

- **Union nationale des syndicats (UNSA)**

M. Eric Boucharel, secrétaire du Val d'Oise

M. Philippe Laurent, membre de la fédération nationale santé

M. Jean-Claude Stutz, conseiller technique

M. Maxime Sorin, syndicaliste

- **Convergence Infirmière (CI)**

Mme Ghislaine Sicre, présidente

M. Judicaël Feigueux, 1er vice-président

- **Collège de médecine générale (CMG)**

Mme Julie Chastang, secrétaire générale adjointe

- **Fédération nationale des infirmiers (FNI)**

M. Daniel Guillerm, président

Mme Pascale Lejeune, secrétaire générale

- **Conseil national professionnel infirmier (CNPI)**

Mme Evelyne Malaquin-Payan, présidente

M. Thierry Amouroux, vice-président

Mme Gilberte Hue, membre du conseil d'administration et présidente de l'académie des sciences infirmières

M. David Draussin, secrétaire adjoint

- **Comité d'entente des écoles d'infirmières (CEFIEC)**

Mme Michèle Appelshaeuser, présidente

M. Régis Bernard, vice-président

- **Fédération hospitalière française (FHF)**

Mme Zaynab Riet, déléguée générale

M. Quentin Henaff, responsable adjoint au pôle ressources humaines

- **Conseil national professionnel des infirmiers en pratique avancée (CNP IPA)**

Mme Julie Devictor, présidente

Mme Pierrette Meury Abraham, secrétaire

Mme Claire Rivière

- **Union nationale des infirmières en pratique avancée (UNIPA)**

Mme Tatiana Henriot, présidente

- **Association nationale des infirmières en pratique avancée (ANFIPA)**

Mme Ludivine Videloup, présidente

Mme Katie Galois, collègue pathologies chroniques stabilisées, ANFIPA

- **Association nationale des infirmiers sapeurs-pompiers (ANISP)**

M. David Draussin, président

M. Jérémie Bourel, infirmier sapeur-pompier

- **France Assos Santé (FAS)**

Mme Agnès Bourdon, administratrice

- **Action de santé libérale en équipe (ASALEE)**

Mme Véronique Bonniol, infirmière

Mme Isabelle Amoros, médecin

M. Amaury Derville, délégué général

M. Laurent Quessard, président du comité économique et social

- **Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (Unicancer)**

Mme Sophie Beaupere, déléguée générale

Mme Nicole Bouwyn, directrice des ressources humaines

M. Michael Canovas, directeur de cabinet

M. Cédric Guillaumon, directeur des soins et des services médicotechniques à l'Institut du Cancer de Montpellier (CLCC)

Mme Sylvie Arnaud, directrice des soins à l'Institut Curie (CLCC)

- **Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne privés solidaires (FEHAP)**

Mme Anne Lecoq, conseillère médicale

Mme Sophie Poirson, directrice de la formation

- **Fédération Française des Infirmières Diplômées d'État Coordinatrices (FFIDEC)**

Mme Helene Dechone, présidente

Mme Nathalie Soria, infirmière diplômée d'état coordinatrice

Mme Sandrine Kerva, infirmière diplômée d'état coordinatrice

- **Autres personnes rencontrées**

M. Alexandre Demagny, cadre formateur en IFSI

Mme Vergnolle, patiente experte

Mme Sophie BOYS, inspectrice d'académie-Inspectrice pédagogique régional de sciences médico-sociales et biotechnologies santé-environnement, académies de Lille et d'Amiens

Mme Sonia FESQUET, inspectrice d'académie-Inspectrice pédagogique régional de sciences médico-sociales et biotechnologies santé-environnement académies de Versailles et d'Orléans-Tours

M. Yannis KYPRAIOS, inspecteur d'académie-Inspecteur pédagogique régional de sciences médico-sociales et biotechnologies santé-environnement académies de Poitiers et de Limoges

Mme Elina NITSCHELM, inspectrice d'académie-Inspectrice pédagogique régional de sciences médico-sociales et biotechnologies santé-environnement académies de Strasbourg, Reims, La Réunion, Mayotte

- **Fédération des Maisons et Pôles de Santé en Île-de-France (FEMASIF)**

M. Jacques Cittée, secrétaire général

Mme Fatima Said-Dauvergne, présidente

- **Fédération Nationale des Étudiants en Sciences infirmières (FNESI)**

Mme Mathilde Padilla, présidente

Mme Alexandrine Lefèvre-Gaillard, vice-présidente

- **Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)**

Mme Christine Schibler, déléguée générale

Mme Fabienne Seguenot, déléguée aux ressources humaines

- **Déplacements :**

- Agence régionale de santé Bretagne

M. Stéphane Mulliez, directeur général

M. Julien Longi, responsable du département formation santé

Mme Marine Chauvet, directrice adjointe soins et proximité de formation

Mme Anne-Briac Bili, directrice de cabinet

- Centre hospitalier universitaire de Rennes (CHUR)

Mme Véronique Anatole-Touzet, directrice générale

M. Frédéric Rimattei, directeur général adjoint

M. Vivien Normand directeur chargé du projet de nouveau CHU

Mme Chrystèle Fiorini, directrice adjointe opérationnelle

Mme Nathalie Giovannaci, directrice adjointe de la qualité, gestion des risques et relations avec les usagers

Mme Mylène Coulaud, directrice des soins

M. Gildas Le Borgne, directeur de cabinet

M. Erwann Paul, directeur des ressources humaines

Jean Philippe Borello, directeur des soins adjoint

Mme Aline Corvol, gériatre

Romain Mathieu, urologue

Matthieu Revest, infectiologue

Mme Amélie Ryckewaert, pédiatre

Jean Bellec, cadre supérieur de santé

Mme Elisabeth Bougeard, cadre supérieure de santé

Mme Yolaine Gautier, cadre supérieur de santé

Mme Anne Tardivel, cadre supérieure de santé

Mme Sophie Massot, cadre de santé

Mme Véronique Tourillon, cadre de santé

Mme Laetitia Tizon, cadre de santé

Mme Julie Saliot, cadre de santé

Mme Solène Evrard, infirmière en pratique avancée

Mme Solen Coatrieux, infirmière diplômée d'état

Mme Nadia Collet, infirmière diplômée d'état

Mme Anaëlle Rouille, infirmière diplômée d'état

M. Antoine Journée, infirmier diplômé d'état

Maelys Drouaud, infirmière diplômée d'état

Mme Morgane Chevalier, infirmière diplômée d'état

Mme Marie-Laure Nicol, infirmière diplômée d'état

Mme Alexandra Audren, infirmière diplômée d'état

Mme Nolwenn Monnier, infirmière diplômée d'état

Mme Julie Frin, infirmière diplômée d'état

Mme Magali Granger, infirmière diplômée d'état

- Centre hospitalier des Marches de Bretagne (CHMP)
-

M. David Chambon, directeur général hôpital de Fougères

M. Vincent Morel, directeur délégué

Mme Adila Bonnet, directrice des ressources humaines

Mme Sandrine Daviau, directrice de la qualité et de la coordination des soins

Mme Ghislaine Villoin, présidente de la commission médicale d'établissement

Mme Marieke Salacroup, médecin généraliste

Mme Nadine Lucas, cadre supérieure de santé

Mme Martine Hubert, cadre de santé

Mme Sophie Tumoine, cadre de santé

Mme Helene Kerdiles, infirmière en pratique avancée

Mme Christelle Masset, infirmière diplômée d'état

Mme Isabelle Henri, infirmière diplômée d'état

Mme Marie Chapron, infirmière diplômée d'état

Mme Elodie Leroi, infirmière diplômée d'état

M. Benoit Meheust, infirmier diplômé d'état

Mme Stéphanie Feon, infirmière diplômée d'état

Mme Nelly Talva, infirmière diplômée d'état

Mme Nathalie Chapel, aide-soignante

- Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) santé nord Montgermont / Montreuil-sur-Ille

M. David Fortune, président

Mme Marie-Laure Lecat, cadre de santé

Mme Fabienne Lucas, infirmière diplômée d'état

Mme Laetitia Le Borgne, infirmière diplômée d'état

- Polyclinique Saint-Laurent (PSL)

Mme Céline Lemaitre, directrice

M. Jacques Morantin, directeur des opérations en charge des projets et des coopérations

Mme Cécile El Mekaoui, directrice des soins

Mme Mireille Vallee-Denoual, coordinatrice des soins

M. Sébastien Plonquet, chef de bloc

Mme Margaux Coignard, infirmière diplômée d'état

Mme Clémence Mehault, infirmière diplômée d'état

Mme Isabelle Goudin, infirmière diplômée d'état

Mme Karine Senechal, infirmière diplômée d'état

Mme Marie Illand, infirmière diplômée d'état

Mme Juliette Audoin, infirmière diplômée d'état

Mme Emma Hospital, infirmière diplômée d'état

Mme Jacqueline Lizzaraga, infirmière diplômée d'état

Mme Ludivine Dubre, infirmière de bloc opératoire diplômée d'état

- Maison de santé pluridisciplinaire Villejean (MSPV)

Mme Anne Collore, infirmière diplômée d'état libérale

- Autres : infirmiers diplômés d'État en libéral (IDEL)

Mme Alexandra Marc, infirmière diplômée d'état libérale

Mme Delphine Dochter Palleau infirmière diplômée d'état libérale

Fabien Soreau, infirmier diplômé d'état

- Institut de formation des soins infirmiers de Rennes (IFSI)

Mme Séverine Fesnoux, formatrice

Mme Pascale Mancheron, cadre de santé

M. Christophe Maleyran, formateur

Mme Sophie Bor, cadre de santé

Mme Kelig Auger-Duclos, cadre de santé

Mme Caroline Bagot-Simon, cadre de santé

Une dizaine d'étudiants infirmiers inscrits dans les trois années du cursus

- Institut de formation des professionnels de santé de Lorient (IFPS)

Mme Véronique Lescop, directrice et présidente du collège des directeurs GCS IFSI Bretagne

- Académie de Rennes

M. Florent Della Valle, délégué régional académique à la recherche et à l'innovation

M. Arnaud Devillez, conseiller enseignement supérieur

M. Pascal Brasselet, chef du service académique d'information et d'orientation

Mme Laurence Lechat, doyenne des inspecteurs de l'Éducation nationale

M. Alain Le Roux, responsable de la division de l'enseignement supérieur

- Université de Rennes 1

M. Eric Belissant, doyen de la faculté de médecine

Mme Patricia Ame, directrice du département des formations paramédicales

Mme Aline Corvol, maîtresse de conférences des universités-praticienne hospitalier et responsable du master IPA

M. Xavier Palard maître de conférences des universités-praticien hospitalier et responsable du master IPA

Mme Laurence Malpot, responsable administrative des unités de formations et de recherche

- Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes

Mme Muriel Vidalenc, directrice générale adjointe de l'ARS

Mme Isabelle Danielou, conseillère technique régionale

Mme Sophie Gehin, cheffe de pôle sur la formation médicale et paramédicale

- Centre Léon Bérard (Lyon)

Mme, Anne-Sophie Nicoloso, directrice des ressources humaines

Mme Christelle Galvez, directrice des soins et des parcours

Mme Pascale Sontag, adjointe à la direction des parcours

Mme Martine Simon, adjointe à la directrice des soins

Mme Jocelyne Leblanc, responsable de la formation continue

M. Olivier Foubert, manager pédagogique

Mme Astrid Guerrero, manager pédagogique

Mme Emma Julien, infirmière diplômée d'état

Mme Martine Taharo, cadre de santé

Mme Mathilde Belmonte, infirmière diplômée d'état

M. Sébastien Thomas, infirmier diplômé d'état

Mme Jennifer Thollin, infirmière diplômée d'état coordinatrice

Mme Camille Demare, infirmière diplômée d'état

- EHPAD / SSIAD de Pollionnay

M. Christophe Russier, directeur de la Résidence Jean Villard de Pollionnay

M Nicolas Fraisse, IDEC

Mme Delphine Badoux, IDEC du SSIAD

Mme Valérie Favrichon, infirmière

- Centre hospitalier Le Vinatier

M. Mariotti, directeur du centre hospitalier et des infirmiers du centre hospitalier

- IFSI du Vinatier

Mme Nicole Dauvergne, directrice

Mme Marie Chantal Durier, membre de l'équipe de direction

M. Pierre Cote, membre de l'équipe de direction

Mme Béatrice PEREL, formatrice

Mme Carine MARCELLIN, formatrice

M. Pierre YVES FOURNIER, formateur

Mme Magali CHAFFRINGEON, formatrice

Mme Cindy CHARMAY, formatrice

Mme Sophie DIRY, formatrice

M. Didier REYNES, formateur

Mme Marie Hélène GENTIHOMME, formatrice

Mme Clara SAMBRUGARO, étudiante

Mme Léa GARCIA, étudiante

Mme Tatiana THAUVOYE, étudiante

- Centre hospitalier universitaire de Grenoble Alpes

Mme Monique Sorrentino, directrice générale du CHU

M. Sébastien Vial, directeur général adjoint du CHU

Mme Claire Alborghetti, directrice des soins du site de Voiron, coordination des soins des établissements direction commune du CHU

Mme Marie. Mayeux, Directeur, coordonnateur général des soins du CHU

Mme Agnès Verdetti, coordinatrice générale des écoles et des instituts de formation du CHU

Mme Anne Tonoli, directrice des soins

M. François Verdun, directeur des ressources humaines

Mme Delphine Fugier, cadre de santé

Mme Séverine Corona, cadre de santé

Mme Sofia Kowalski, cadre supérieur de santé

Mme Fanny Pasquier, cadre supérieur de santé.

Dr Hélène Bouvaist, cardiologue

Pr Anne-Laure Borel, endocrinologue
Pr Olivier Detante, neurologue
Dr Odile Cezard, gériatre
Mme E Moussi, cadre de santé
Mme E Combeau, cadre de santé
M. C Lyon, cadre de santé
Mme V Seiller, cadre de santé
Dr Véronique Equy, vice-présidente de la CME
Les représentants CGT, FO, DEFIS

- Académie de Lyon

M. Yves Flammier, directeur régional académique de l'information et de l'orientation de la région académique Auvergne-Rhône Alpes.

M. Christophe Maillard, inspecteur d'académie -inspecteur pédagogique régional de Sciences médico-sociales et Biotechnologies santé-environnement, académie de Lyon, académie de Grenoble en extension de mission

- Région Auvergne-Rhône-Alpes

M. Olivier Faure, chef du service des formations sanitaires et sociales

- Université Lyon 1

Mme Fabienne Dureuil, directrice générale adjointe, en charge du pôle Santé

M. Gilles Rode, doyen de la faculté de médecine Lyon Est

Mme Céline Brochier, vice-présidente formation de l'université Lyon 1

Mme Anne Claire Lukaszczwicz, enseignante chercheure en charge du dossier universitarisation de la formation des infirmières

M. Jean François Guérin, professeur émérite

- Agence régionale de santé Île-de-France

Mme Laure Wallon, directrice du pôle ressources humaines en santé

- Assistance publique des hôpitaux de Paris (AP-HP)

M. Rémi Salomon, président de la commission médicale d'établissement

Mme Laetitia BUFFET, directrice générale adjointe

M. Loïc Morvan, conseiller paramédical

Mme Vanessa Fage-Moreel, directrice des ressources humaines de l'AP-HP

- Hôpital Mondor

Pr Bertrand Godeau, président de la commission médicale d'établissement

Mme Elisabeth Dos Santos, cadre paramédicale du département médico-universitaire(DMU)

Mme Nathalie Kervella, cadre supérieur de santé, service d'endocrinologie

Mme Muriel Legroux, cadre de santé, service d'endocrinologie

- Hôpital Paul Brousse – centre hépato-biliaire(CHB)

Dr Audrey Coilly, maître de conférences des universités-praticienne hospitalier

Mme Davima Bouchoucha, cadre supérieur de santé

Mme Nicole Gastiaburu, cadre supérieur de santé

Mme Lucie Gautron, infirmière

Mme Alicia Prempain, infirmière

- Hôpital Robert Debré

Pr Stéphane Dauger, chef de service réanimation pédiatrique spécialisée

Mme Sylvie Vernois, cadre supérieur service hématologie clinique

Mme Marion Rouiller, infirmière, référente en soins en pédiatrie générale chargée de la formation des étudiants en soins infirmiers et des nouveaux arrivants

- Centre de la formation et du développement des compétences de l'AP-HP

Mme Michèle Jarraya, directrice du centre de formation et de développement des compétences (CFDC)

Mme Catherine Didier, coordinatrice générale des soins, directrice IFSI Ambroise Paré

Mme Laurence Melique, directrice des soins, coordinatrice des instituts Avicenne-Jean-Verdier

Mme Géraldine Pascher, cadre supérieur de santé

Monsieur Christophe Lambart, chargé de mission à la coordination des instituts de formation et écoles spécialisées

- Région Île-de-France

Mme Alix De La Coste, directrice générale adjointe, en charge du pôle TRESOR

Mme Catherine Ladoy, directrice des formations sanitaire et sociales

M. Simon Larger, directeur adjoint pôle TRESOR

- Université de Versailles Saint-Quentin

M. Djillali Annane, doyen de l'UFR de sciences de la santé

M. Laurent Lechowski, professeur des universités, praticien hospitalier, référent formation pour les formations infirmières

M. Loïc Josserand, vice doyen en charge des parcours PAS – LAS

- Université Sorbonne Paris Nord

M Olivier Oudar, vice-président formation de l'université

Mme Angela Sutton, maitresse de conférences, praticienne hospitalière

Mme Nathalie Charnaux, professeur des universités

- Université Paris Cité

Mme Emmanuelle Cartron, maitresse de conférences en sciences infirmières

SIGLES UTILISES

ACI : Accord conventionnel interprofessionnel
AERES : Agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur
AIS : Actes infirmiers de soins
ALD : Affection de longue durée
AMI : Actes médicaux infirmiers
AMU : Aix Marseille université
ANdEP : Association nationale des directeurs d'écoles paramédicales
ANSIP : Association nationale des sapeurs-pompiers
AP-HP : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris
APL : Accessibilité potentielle localisée
ANFH : Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier
ARS : Agence régionale de santé
AS : Aide-soignant
ASALEE : Action de santé libérale en équipe
BSI : Bilan de soins infirmiers
CAC : Commission d'attribution des crédits
CARUM : Club des anesthésistes réanimateurs et urgentistes militaires
CCNI : Comité national des coopérations interprofessionnels
CEFIEC : Comité d'entente des formations infirmières et cadres
CeGIDD : Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic
CEV : Commission d'examen des vœux
CFRC : Conseil français de réanimation cardio-pulmonaire
CH : Centre hospitalier
CHU : Centre hospitalier universitaire
CHUR : Centre hospitalier et universitaire de référence
CIO : centre d'information et d'orientation
CLCC : Centre de lutte contre le cancer
CNAM : Caisse nationale d'assurance maladie
CNESER : Conseil national de l'enseignement supérieur et de la recherche
CNU : Conseil national des universités
CPEF : Centre de planification et d'éducation familiale
CPER : Contrat de plan état région
CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé
CROUS : centre régional des œuvres universitaires et scolaires

CS : Centre de santé
CSP : Code de la santé publique
CVEC : Contribution vie étudiante et de campus
DAC : dispositif d'appui à la coordination
DARES : Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques
DE: Diplôme d'état
DEI : Diplôme d'état d'infirmier
DGESIP : Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle
DGOS : Direction générale de l'offre de soins
DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins
DIO : dispositif intra osseux
DRAIO : Direction régionale académique à l'information et à l'orientation
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DREETS : direction régionale de l'économie, de l'emploi du travail et des solidarités
DSS : Direction de la sécurité sociale
DU : Diplôme universitaire
DUSI : département universitaire en science infirmière
ECOS : Examens cliniques objectifs et structurés
ECTS : European credit transfer and accumulation system ou crédits européens
EDS : Episode de soins
ESCAP : Equipe de soins coordonnés autour du patient
ETP : Equivalent temps plein
EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EIG : Evènement indésirable grave
EPLÉ : Etablissement public local d'enseignement
ESCAP : Equipe de soins coordonnée avec le patient
FHF : Fédération hospitalière de France
FPC : Formation professionnelle continue
GCS : Groupement de coopération sanitaire
HAS : Haute autorité de santé
HCAAM : Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
HCERES : Haut conseil de l'évaluation, de la recherche et de l'enseignement supérieur
HCPP : Haut conseil des professions paramédicales
HPST : Hôpital Patient Santé Territoire
HPV : Human Papillomavirus
IADE : Infirmier anesthésiste diplômé d'état
IBODE : Infirmier de bloc opératoire

ICOPE : Integrated care for older people
IDE : Infirmier diplômé d'état
IDEC : Infirmier diplômé d'état coordonnateur
IDEL : Infirmier diplômé d'état libéral
IDF : Ile de France
IFSI : Institut de formation en soins infirmiers
IGAS : Inspection générale des affaires sociales
IGESR : Inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche
INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
IOA : Infirmier organisateur de l'accueil
IPA : Infirmier en pratique avancée
IPEP : Incitation à une prise en charge partagée
IRDES : Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
ISP : Infirmier de sapeur-pompier
IUT : Institut universitaire de technologie
LAS : licence accès santé
LMD : Licence-Master-Doctorat
MAIA : Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
MESR : Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche
MESRI : Ministère de l'enseignement supérieur de la recherche et de l'innovation
MSP : Maison de santé pluri professionnelle
MSP : Ministère de la santé et de la prévention
NGAP : Nomenclature générale des actes professionnels
NHS : National Health Service
OCDE : Organisation de coopération et de développement économique
OMS : Organisation mondiale de la santé
ONDAM : objectif national des dépenses de santé
ONDPS : Observatoire national de la démographie des professions de santé
OPCO : Opérateur de compétence
ONI : Ordre national des infirmiers
OTSS : Organisation et transformation du système de santé
PA : Pratique avancée
PACA : Provence Alpes Côte d'Azur
PAERPA : Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie
PASS : Parcours d'accès spécifique santé
PCR : Polymérase Chain reaction
PCS : Profession et catégories socioprofessionnelles

PEPS : Paiement en équipe des professionnels de santé
PISU : protocole infirmier de soins d'urgence
PLFSS : Projet de loi de financement de la sécurité sociale
PPA : Parité pouvoir d'achat
QVT : Qualité de vie au travail
RNCP : Répertoire national des compétences professionnelles
RPPS : répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé
RSMO : Réseau de santé Le Mans Ouest
SAMU : Service d'aide médicale urgente
SDIS : Service départemental d'incendie et de secours
SEMSP : Société européenne de sapeurs-pompiers
SFAR : société française d'anesthésie et de réanimation
SFMU : société française de médecine d'urgence
SIES : Système d'information et études statistiques
SISA : société interprofessionnelle de soins ambulatoires
SISE : Système d'information sur le suivi de l'étudiant
SMUR : Service mobile d'urgence et de réanimation
SSE : Service de santé des étudiants
SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile
SUAPS : Service universitaire des activités physiques et sportives
TPG : travail personnel guidé
UBO : Université de Bretagne O
UE : Unité d'enseignement
UFR : Unité de formation et de recherche
UNIPA : Union nationale des infirmiers de pratique avancée
VAE : Validation des acquis de l'expérience
VLM : véhicule léger médicalisé