

MANIFESTE POUR UNE RÉFORME DE LA SPÉCIALITÉ DE PUÉRICULTRICE

Dans un contexte de refonte du métier infirmier, d'un processus d'universitarisation de formation des spécialités infirmières, et plus largement d'évolution du métier vers de nouvelles missions interrogeant sur les frontières entre les professions de santé, la situation de la spécialité Infirmière puéricultrice (IPDE) est singulière.

La plus ancienne spécialité infirmière et première spécialité en termes de nombre de professionnels diplômés, qui exercent sur l'ensemble du territoire national, est pourtant la spécialité oubliée des politiques de santé publique depuis 30 ans.

La spécialité d'infirmière puéricultrice attend des réformes depuis de nombreuses années.

Les infirmières puéricultrices n'ont pas connu de réforme de leur formation depuis 1983. Les instituts ont cependant su adapter, faire évoluer leur formation pour répondre aux pratiques, aux besoins des populations et des organisations hospitalières et territoriales.

Aujourd'hui, le champ d'intervention des puéricultrices nécessite une mise en adéquation avec les besoins et les demandes des populations.

Nous assistons depuis des années à une augmentation des productions législatives et réglementaires autour de la santé de l'enfant (ex : protection de l'enfance, accueil inclusif, ratios en service de soins critiques). De nombreux rapports IGAS, HCSP, Cour des comptes, Santé publique France pointent la nécessité de valoriser le rôle de l'IPDE dans le parcours de soin de l'enfant.

La formation des IPDE a toujours su s'adapter à l'évolution des soins et des organisations de santé mais trouve sa limite au bout de 40 ans...

Le CIP a réalisé un travail d'analyse des besoins en termes d'offre de soins et d'évolution de la formation en y associant l'ensemble des associations et syndicats représentant la spécialité de puéricultrice.

Si réformer est aujourd'hui une évidence, le CIP veille à ce que la réforme réponde aux attentes de la profession et des populations. Les IPDE sont prêtes à évoluer, mais exigent une meilleure considération de leur métier et de leur formation, en prônant des réformes qui puissent assurer la place de l'infirmière puéricultrice comme l'experte des soins à l'enfant qu'elle est, et en redéfinissant les contours du métier dans un monde de moins en moins médico-centré, s'appuyant de plus en plus sur les auxiliaires médicaux et notamment les infirmiers.

1 L'IPDE DANS L'ÉVOLUTION DE L'OFFRE DE SOIN

1.1 ANALYSE DES PROBLÉMATIQUES CONCERNANT LE MÉTIER IPDE

1.1.1 Sur le problème de l'identification du métier IPDE et ses conséquences

- **Sur le problème de définition juridique du métier de l'IPDE**

La définition de la profession infirmière par la pratique des actes de soins infirmiers oblige à lister les actes. L'existence d'un décret d'actes rend difficile toute modification des listes d'actes pour que la pratique du métier puisse évoluer avec les besoins de l'offre de soins.

En outre, le principe même de lister les actes crée une distorsion entre le contenu de formation et la définition de la pratique des métiers. En effet, la liste d'actes n'a pas forcément de correspondance dans les contenus d'enseignements en licence. Enfin, les savoirs spécifiques enseignés dans le cadre des formations de spécialités ne sont pas pris en compte dans le cadre des listes d'actes.

Concernant la formation initiale, les enseignements relatifs à l'enfant sont dispensés superficiellement de manière transversale sans que les pathologies infantiles prévalentes soient abordées. Neuf unités d'enseignement¹ comprennent des enseignements relatifs à l'enfant sans pour autant que les compétences soient quantifiables dans l'exercice professionnel IDE.

Il est montré qu'il existe un lien entre la compétence et la qualité des soins par des professionnels formés à la pédiatrie permettant de réduire le risque d'erreur et de diminuer les réadmissions en pédiatrie.²

Concernant plus spécifiquement les IPDE, l'absence de liste d'actes spécifiques réservés au IPDE empêche toute identification de champ de compétence réservé aux IPDE et donc de limite à l'activité de l'IDE auprès de l'enfant et du patient mineur. Il y a une réelle confusion entre le métier IPDE (expert) et IDE (socle).

- **Sur le problème de l'identification de l'infirmier expert**

La connaissance et la reconnaissance de l'identification du métier expert sur le terrain ont des conséquences sur les prises en soins. Il manque des experts IPDE en service de soins critiques et urgences vitales alors qu'un besoin d'expertises techniques en situations complexes est demandé, par exemple, par la Société Française de Néonatalogie.³

De plus, la pratique des ratios IPDE/IDE est déjà reconnue par la réglementation mais sans réelle efficacité sur le terrain par absence de contrôle et de sanction.⁴

¹ UE 1.1 psychologie, sociologie et anthropologie ; UE 1.3 législation éthique et déontologie ; UE 2.2 cycles de la vie et grande fonction ; UE 2.5 maladies infectieuses ; UE 2.6 processus psychopathologique ; UE 2.11 pharmacologie ; UE 4.2 soins relationnels ; UE 4.3 soins d'urgence ; UE 4.4 thérapeutiques et contribution au diagnostic médical

² Avril 2022 HCSP

³ « Près de 80% des services de type 3 comptent au moins 1/3 de leur effectif infirmier ayant moins de 2 ans d'expérience, qui est généralement considéré comme la durée nécessaire pour atteindre un niveau de compétence suffisant pour exercer dans un service de soins critiques néonataux. Il existe un enjeu de fidélisation important : les services qui comptent plus de ¼ d'infirmières de plus de 5 ans d'expérience dans leur effectif sont très marginaux (n=5, 8,8%). A ce manque d'ancienneté des équipes s'ajoute un défaut de formation initiale à la pédiatrie et la néonatalogie. » (Qualité des soins et sécurité des nouveau-nés requérant des soins critiques : état des lieux en 2023, société Française de néonatalogie septembre 2023)

⁴ L'article D6124-33-3 du CSP dispose :

« L'équipe non médicale de l'unité de réanimation pédiatrique de recours comprend au moins :

1.1.2 Sur les difficultés et les besoins dans le parcours de vie et de soin de l'enfant

Afin d'analyser les besoins dans le parcours de soin et de vie de l'enfant, nous proposons de faire des constats sur le temps médical disponible, le suivi de l'enfant et le suivi périnatal.

- **Sur le déclin du temps médical disponible pour le suivi de l'enfant**

Les effectifs de médecins ont diminué d'un quart depuis 2010, avec une baisse annuelle depuis 2016 de 5% (certains départements à 30%)⁵ Cette baisse d'effectifs a des conséquences sur le temps médical disponible, le maillage territorial des médecins et donc l'accès à l'offre de soin.

Le nombre d'internes formés en pédiatrie a été divisé par 3 entre les années universitaires 2006-07 et 2018-19 pour une population en France métropolitaine d'enfants âgés de moins de 15 ans sensiblement identique⁶. La compensation des départs en retraite nécessiterait actuellement la formation d'au moins 600 internes par an.⁷

Conjointement, on observe un recul démographique de la pédiatrie libérale surtout du secteur 1. En 2020, pour exemple, dans huit départements, la densité en pédiatres est inférieure à un pour 100 000 habitants, 85% des enfants de moins de 16 ans sont suivis par un médecin généraliste. De plus, 44% des pédiatres libéraux ont plus de 60 ans.⁸

En conclusion, la démographie médicale est en chute pour les pédiatres et les médecins généralistes ; à cela s'ajoute un maillage territorial très inégal.

- **Sur l'analyse du suivi de la santé de l'enfant**

Engorgement des urgences pédiatriques/défaut d'offre de soins hors hospitalier

Les données de la société française de médecine d'urgence (avril 2023) évoquent une augmentation de passages aux urgences de 14,7 % pour la pédiatrie. Il est noté que cette hausse d'activité relève des difficultés de personnes isolées, de parents mal informés face à un problème de santé ou d'éducation à la santé. La majorité des motifs de consultations ne relève pas d'une cause médicale pour les plus jeunes bien que ces dernières consomment du temps médical.

Ambulatoire

En hospitalisation à domicile, il existe des difficultés de coordination dans la prise en charge des enfants par les médecins spécialistes à l'hôpital et le relais par des médecins de ville qui n'ont pas forcément les compétences spécifiques.

Le statut de puéricultrice libérale n'existe pas. La spécificité (temps passé et actes spécifiques de prévention entre autres) des soins à l'enfant n'est pas valorisée financièrement. Il n'y a pas

1° Deux infirmiers dont au moins un diplômé d'État de puéricultrice pour quatre lits ouverts ;
2° Un aide-soignant ou auxiliaire de puériculture pour quatre lits ouverts ;
3° Un masseur-kinésithérapeute sept jours sur sept, justifiant d'une expérience attestée en soins critiques pédiatriques ;
4° Un psychologue ;
5° En tant que de besoin un orthophoniste, un psychomotricien et un assistant social.
Les personnels mentionnés aux 1° et 2° sont placés sous la responsabilité d'un cadre de santé. »

⁵ Rapport DRESS mars 2022 (étude des résultats 12127)

⁶ Rapport HCSP 2022 : p21

⁷ Afpa, dossier de presse 2017

⁸ Rapport IGAS 2020 parcours de santé de l'enfant

de nomenclature particulière pour coter ces actes. Cela ne permet pas de discriminer l'offre de soins pédiatriques et adultes sur un territoire donné (cas des zones surdotées en IDE).

Protection Maternelle et Infantile

L'offre de service de consultation médicale en PMI est saturée faute de médecins.⁹ Il ne s'agit pas d'un problème de désaffectation des familles pour les consultations de PMI mais bien de saturation de l'offre de service. Des arbitrages ont été faits pour cibler le suivi par la PMI chez le nourrisson jusqu'à deux ans¹⁰ et notamment pour la vaccination. La mission de suivi et de prévention de l'enfant jusqu'à 6 ans n'y est plus assurée que de manière partielle.

Protection de l'enfance

Au moment de l'information préoccupante, il n'y a aujourd'hui aucune obligation réglementaire que l'équipe réalisant l'évaluation de danger comprenne un soignant.

En outre, lors du placement d'un mineur sous protection de l'aide sociale à l'enfance, un bilan pédiatrique, psychique et social est prévu seulement pour les enfants de moins de deux ans.¹¹ Au-delà de deux ans, aucun professionnel de santé ne participe à l'évaluation remise au juge des enfants dans le cadre de l'assistance éducative.

Santé scolaire

Le statut de puéricultrice n'existe pas dans la fonction publique d'État. Les infirmières de l'éducation nationale ont pour mission la réussite scolaire pour chaque enfant. Le volet sanitaire est confié aux médecins scolaires dont la démographie est également en baisse impactant le suivi des enfants porteur de handicap ou de pathologies chroniques.

La continuité entre les modes d'accueil et les établissements scolaires pour ces enfants n'est pas assurée. Le référent santé accueil inclusif n'est prévu que pour les enfants jusqu'à 3 ans dans les modes d'accueil du jeune enfant.¹²

Le Référent Santé Accueil Inclusif, prévoit des missions en autonomie auprès des enfants porteurs de handicap ou de pathologies chroniques, qui peuvent être assurées par une puéricultrice.

• **Sur l'analyse du suivi périnatal**

Des problématiques prévalentes de santé publique autour de la santé mentale des parents, de la prévention des violences faites aux enfants et aux femmes sont en nette augmentation :

- 16,7% des femmes présentent une dépression du post-partum¹³
- Augmentation des consultations pour difficultés psychologiques en cours de grossesse (8,9% en 2021 vs 6,4% en 2016)¹⁴

⁹ DRESS Études et résultats 1227 18 mars 2022 (p 2)

¹⁰ Rapport Peyron (2019) (p72) :

« En 1995, près de 900 000 enfants avaient été vus en consultation de PMI, représentant 2,7 millions d'examen ; en 2016, l'activité ne s'élève plus qu'à 550 000 consultants (1,49 million d'examen), soit une baisse de -45 %, et se concentre sur la tranche des 0-2 ans alors que la PMI est compétente jusqu'à 6 ans ;

- les visites à domicile infantiles par des infirmières puéricultrices ont vu leur nombre presque divisé par 2 en 25 ans (1 million en 1991, 580 000 en 2016) ;

- les visites à domicile maternelles par des sages-femmes de PMI ont également baissé (264 000 en 1995, 188 000 en 2016) »

¹¹ Rapport ONPE 2022 : article 12 et Loi Taquet

¹² Art. R. 2324-39.-I. du CSP

¹³ Enquête nationale périnatale 2021 (SPF)

¹⁴ Rapport SPF 2023

- Augmentation des maltraitances infantiles mortelles : par exemple, victimes du syndrome du bébé secoué, incidence stable en 2020 puis doublée en 2021 et la mortalité multipliée par 9 ¹⁵¹⁶

En 2016, seulement 28,5% des femmes enceintes bénéficient d'un Entretien Périnatal Précoce (EPP).¹⁷ Il est rendu obligatoire en 2020. Pour autant, en 2022, seulement 62%¹⁸ des femmes ont pu en bénéficier, ce qui montre que l'offre de soins des sages-femmes et des médecins généralistes, n'est pas suffisante pour atteindre les objectifs.

L'entretien post-natal précoce, obligatoire depuis le 1^{er} juillet 2022, permet de repérer les premiers signes de dépression post-partum, les facteurs de risque et les besoins des parents en accompagnement. À ce jour, pour obtenir un remboursement partiel de la consultation, les familles ne peuvent s'adresser qu'au médecin traitant, à la sage-femme ou au gynécologue conventionnés par l'assurance maladie. En octobre 2021 un amendement à la loi de finance de la sécurité sociale 2022 visant à financer cet entretien mené par la puéricultrice a été discuté mais finalement non retenu.

L'IPDE est en mesure de réaliser ces entretiens qui pourraient ainsi être proposés par davantage de professionnels.

Par ailleurs, la sage-femme exerce de la consultation d'allaitement financée par l'assurance maladie sur une double cotation mère et enfant. Tandis que la consultation par l'IPDE ne bénéficie pas de la solidarité nationale, alors que l'IPDE est en capacité d'effectuer la consultation d'allaitement maternel de la mise en route jusqu'au sevrage. De plus, l'arrêté autorisant la prescription d'un dispositif de soutien à l'allaitement maternel par l'IPDE est toujours en attente du décret d'application depuis le 24 juillet 2019.¹⁹

1.2 LES MISSIONS DES IPDE EN RÉPONSE AUX BESOINS DU TERRAIN

1.2.1 Sur une identification du métier par missions

Une définition par missions aura l'avantage que l'IPDE puisse s'émanciper des listes d'actes.

Le métier peut se caractériser par l'identification de contenu des savoirs enseignés dans le cadre de sa formation.

Il faut donc identifier les situations professionnelles des IPDE. Deux axes de missions se dégagent.

- La première mission correspond aux activités de soins des IPDE auprès de l'enfant en totale autonomie sur son champ de compétence propre, soit la science infirmière.
- La seconde mission correspond à l'intervention des IPDE dans le cadre de la prise en charge des patients mineurs ayant recours à des soins médicaux (activités invasives/médicamenteuses) en soutien des médecins. L'IPDE agit avec plus ou moins d'autonomie en fonction des actes et/ou activités confiés.

Nous proposons de définir **la première mission** de la manière suivante : « l'IPDE assure les activités et prodigue les soins en lien avec les fonctions d'entretien et de continuité de la vie

¹⁵ INSERM étude du 30/08/22 revue JAMA network open, Necker

¹⁶ 2019 : 512 cas probables et 703 cas possibles (PMSI 2015-2017, issue données hospitalières

¹⁷ (Blondel B, Gonzalez L, Raynaud P. Enquête Nationale Périnatale - Rapport 2016 [Internet]. INSERM, DREES; 2017 oct [cité 30 nov 2017].

¹⁸ Données Assurance Maladie, 2022

¹⁹ Article L. 4311-1 du CSP

et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie des enfants et patients mineurs dans la limite de sa formation. » Cette mission peut être identifiée comme **une mission spécifique IPDE**.

La définition du métier « purement infirmier » (rôle spécifique) de l'IPDE s'identifie par la mission de soins non invasifs et d'accompagnement du patient mineur/enfant. L'autonomie est ici complète. L'articulation avec la mission analogue des IDE se fera naturellement grâce à un parallélisme des missions IDE/IPDE mais limitées pour les deux à leurs enseignements respectifs. Ainsi, selon le domaine de soins et/ou d'interventions, l'âge pivot de répartition des interventions des IDE et IPDE variera selon la répartition des savoirs.

L'existence de savoirs spécifiques à la prise en charge de l'enfant mettant en évidence l'existence d'un rôle spécifique IPDE différent de celui de l'IDE, justifie la création d'une filière **MASTER DE PUERICULTRICE (PDE)** s'appuyant sur deux piliers d'enseignement, les savoirs infirmiers spécifiques et l'enseignement médical notamment de pratique avancée. Ainsi les référentiels de formations IPA actuels ne répondent pas aux besoins d'enseignements des IPDE par une approche trop médicalement centrée et s'appuyant dans l'exercice IPA simplement sur le niveau IDE pour les savoirs infirmiers.

Concernant **la seconde mission**, nous proposons de la définir de la manière suivante : « L'IPDE est le **collaborateur du médecin** qui lui confie dans le respect des conditions requises, des activités médicales ou des actes médicaux auprès des enfants et patients mineurs dans la limite de sa formation ».

La définition du métier sur l'activité médicale de l'IPDE s'identifie par le rôle de collaborateur auprès du médecin toute spécialité confondue auprès des enfants ou patients mineurs.

La logique de la répartition des compétences entre IPDE et IDE reste ainsi la même. C'est le contenu des savoirs enseignés en licence ou dans le cadre du MASTER PDE qui permettra d'articuler les champs de compétences respectifs.

En outre, cette définition présente l'avantage d'envisager autant une collaboration étroite sans autonomie auprès du médecin pour la réalisation d'actes techniques, qu'une collaboration plus autonome en confiant à l'IPDE des activités plus larges de prise en charge médicale.

Cette définition permet d'englober au sein de cette mission une pratique de soins sur la base de la législation des IPA par un véritable transfert de diagnostic médical limité, autant qu'une collaboration autonome sans transfert de diagnostic au sens **de la pratique avancée** mais sur la base de protocoles de soins.

L'articulation des deux modèles de collaboration sur des activités dédiées peut être opérée autour de la prise en charge des enfants ayant une pathologie ou un handicap stabilisé ou aigüe.

Ainsi nous proposons que la prise en charge autonome en collaboration avec le médecin par l'IPDE avec de la pratique avancée se limite à la prise en charge des enfants sains, ou ayant une pathologie chronique ou un handicap stabilisé.

En revanche, l'autonomie des IPDE dans la collaboration médicale pour les phases aiguës des pathologies chroniques ou non, ne pourrait se concevoir que dans le cadre de protocoles de soins médicaux, voire simplement des prescriptions d'actes.

1.2.2 Sur l'identification des activités IPDE répondant aux problématiques dans le parcours de vie et de soin de l'enfant

L'expertise de l'IPDE lui confère un **leadership** dans les soins destinés aux enfants et patients mineurs.

Pour répondre aux besoins et au parcours de soins et de vie de l'enfant, nous proposons de décliner les principales activités de l'IPDE qu'elle pourra mener dans sa mission de collaboration avec le médecin en autonomie avec de la pratique avancée (PA) et/ou dans sa mission spécifique IPDE.

- **Sur le déclin du temps médical disponible pour le suivi de l'enfant**

L'IPDE assure le suivi médical, dont le parcours vaccinal, de l'enfant sain, de l'enfant en situation de maladie chronique stabilisée ou en situation de handicap. (Mission de collaboration avec le médecin en autonomie avec de la PA et mission spécifique IPDE).

L'IPDE assure la coordination du parcours de santé de l'enfant. (Mission de collaboration avec le médecin en autonomie avec de la PA).

L'IPDE intervient en premier recours sur l'ensemble du territoire, concourt à l'évaluation de la santé de l'enfant et au dépistage des troubles du développement et de pathologies, permettant un repérage et une orientation précoces de l'enfant vers un médecin / spécialiste qui mettra en œuvre une prise en soins adaptée. (Mission de collaboration avec le médecin en autonomie avec de la PA).

L'IPDE prescrit ou renouvelle les prescriptions médicales à partir de l'analyse de la situation clinique soit en première consultation soit dans le cadre d'un suivi en relais de consultations médicales en milieu hospitalier ou extrahospitalier. (Mission de collaboration avec le médecin en autonomie avec de la PA).

L'IPDE effectue des évaluations détaillées de l'état de santé des nourrissons, des enfants et des adolescents, en utilisant des compétences avancées en matière de diagnostic et d'évaluation clinique lors de pathologies chroniques stabilisées ou de handicap stabilisé (Mission de collaboration avec le médecin en autonomie avec de la PA).

L'IPDE établit des diagnostics et élabore des plans de soins individualisés pour les patients mineurs, en fonction de leur âge, de leurs besoins et de leur état de santé (mission en collaboration avec le médecin avec en PA et/ou sur protocole, et mission spécifique IPDE).

L'IPDE participe à l'éducation thérapeutique de l'enfant et de son entourage. (Mission spécifique IPDE).

L'IPDE réalise des soins techniques médicaux, sur prescription médicale, dans des services de soins critiques (mission en collaboration avec le médecin avec de la PA et/ou sur protocole).

- **Sur l'analyse du suivi de la santé de l'enfant**

L'IPDE assure les interventions en autonomie de prévention médico-sociales de PMI en faveur des enfants de moins de 6 ans : consultations de nourrissons, bilans de santé en école maternelle (mission en collaboration avec le médecin avec de la PA, et mission spécifique IPDE).

L'IPDE assure les missions du référent santé accueil inclusif (RSAI) au sein des modes d'accueil du jeune enfant jusqu'aux établissements secondaires de l'éducation nationale (mission en collaboration avec le médecin avec de la PA et mission spécifique IPDE).

L'IPDE participe au repérage et à l'évaluation des situations à risque ainsi qu'à la mise en place d'actions contribuant à la protection de l'enfance (mission spécifique IPDE).

L'IPDE participe au suivi médical de l'enfant placé sous protection de l'aide sociale à l'enfance de sa naissance à sa majorité (mission en collaboration avec le médecin avec de la PA et/ou sur protocole, et mission spécifique IPDE).

L'IPDE participe à l'agrément et assure le suivi des assistantes maternelles et familiales (mission spécifique IPDE).

L'IPDE conduit des projets de promotion de la santé dans une approche de santé publique (mission spécifique IPDE).

L'IPDE conçoit, conduit et coordonne des projets de soins et/ou éducatifs de l'enfant. (Mission en collaboration avec le médecin avec de la PA et/ou sur protocole, et mission spécifique IPDE)

- **Sur l'analyse du suivi périnatal**

L'IPDE réalise l'entretien prénatal précoce des femmes enceintes et post-natal précoce (mission spécifique IPDE).

L'IPDE promeut la santé et prévient les maladies pédiatriques en fournissant des conseils sur la nutrition, la vaccination et la sécurité de l'enfant. (Mission spécifique IPDE).

L'IPDE informe les familles sur la gestion de la santé de leurs enfants, en fournissant des informations sur les traitements, les médicaments et les soins à domicile. (Mission spécifique IPDE).

L'IPDE accompagne et soutient les familles dans le processus de parentalité et réalise des interventions de prévention précoce à domicile (IPPAD) (Mission spécifique IPDE).

8

Ainsi, la formation actuelle des IPDE permet de répondre à bon nombre des besoins pour prendre en charge les activités en lien avec la mission spécifique IPDE. En revanche, la mission de collaboration avec les médecins, notamment en pratique avancée, nécessite une évolution du métier et impose une évolution de la formation.

2 SUR LA PORTÉE D'UNE DÉFINITION MÉTIER DE PUÉRICULTRICE EN MISSIONS

2.1 SUR LA NÉCESSAIRE FORMATION DES PUÉRICULTRICES AU SEIN D'UN CURSUS UNIVERSITAIRE

Le renvoi au contenu d'enseignement pour définir le métier de l'IPDE rend nécessaire l'identification des contenus d'enseignement sans pouvoir les lister précisément dans le cadre d'un arrêté.

Il faut donc renvoyer au corps professoral le soin de définir les contenus d'enseignement nécessaires pour remplir les missions en lien avec les savoirs scientifiques de la profession.

Il est donc fondamental que la formation des puéricultrices relève d'un MASTER universitaire qui s'inscrit dans le cadre d'un **département universitaire de sciences infirmières** (DUSI) commun à l'ensemble de la profession infirmière.

Cela permettra une meilleure coordination et répartition des savoirs entre la licence IDE, le MASTER PDE et les autres formations infirmières en spécialité intervenant également, dans leur domaine respectif, auprès de l'enfant et du patient mineur.

Penser la formation PDE dans un cadre global permet d'appuyer le besoin de réintroduire l'enseignement des savoirs en pédiatrie dans la licence IDE.

Afin d'intégrer la formation de PDE dans un cursus universitaire, nous avons analysé deux modèles de formation universitaire.

- **Le modèle de formation IBODE**

À la différence des IPDE, les IBODE définissent le champ spécifique de leur intervention en missions (fonction d'assistant chirurgical) dont le contenu n'est pas défini dans l'exercice professionnel mais renvoyé au contenu des savoirs enseignés dans le cadre du master.

Ainsi la mission principale des IBODE d'assistant chirurgical s'exerce en collaboration et en présence des médecins et non pas dans le cadre d'une pratique avancée.

En conséquence, ce modèle de formation ne répond pas à la mission en collaboration avec le médecin en pratique avancée et/ou sur protocole de la puéricultrice ce qui constituera une différence notable du master d'PDE avec le modèle master IBODE.

Néanmoins, la structure du référentiel de formation IBODE est transposable à la formation PDE :

- ✓ Les blocs 1 et 2 se consacrent à l'enseignement médical nécessaire à la collaboration avec le médecin,
- ✓ Le bloc 3 aux missions spécifiques de la spécialité infirmière concernée
- ✓ Et enfin les contenus transversaux de formation correspondent aux blocs 4 et 5.

- **Le modèle de formation IPA existant**

L'exercice de l'infirmier en Pratique Avancée est tourné exclusivement vers l'exercice médical. L'enseignement nécessaire à cette pratique avancée est par conséquent un contenu de savoir purement médical. Il suffit d'ailleurs de constater qu'à la création de l'ensemble des mentions de pratique avancée, le choix des universités a été de rattacher ce master aux facultés de médecine.

Bien évidemment les IPA restent des infirmiers en exercice médical, ce qui les amène par nature à conduire leur soin en s'appuyant également sur leur savoir infirmier en soins généraux.

En d'autres termes, les IPA exerçant en pratique avancée mobilisent toujours leur rôle propre infirmier. En revanche, la formation en pratique avancée n'apporte aucun savoir supplémentaire au rôle propre infirmier. Il s'agit de la grande différence avec la spécialité PDE. Les IPDE ont besoin de mobiliser des savoirs spécifiques dans la prise en charge de l'enfant et du patient mineur.

Ainsi l'acquisition de l'ensemble des savoirs spécifiques pour l'IPDE requière des enseignements spécifiques infirmiers sur 4 semestres universitaires.

En outre, l'année commune en MASTER 1 n'est pas adaptée à la formation des PDE nécessitant un temps consacré suffisant à l'enseignement des missions spécifiques (rôle spécifique IPDE). L'enseignement des PDE ne peut pas être médico-centré.

Enfin, il est important de rappeler que la formation à la pratique avancée peut être déclinée dans d'autres modèles de formation universitaire, le choix du modèle actuel relevant de la réglementation mais non pas du cadre légal.

Rappelons que l'article L 4301-1 du CSP dispose que :

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

La loi sur les IPA exige ainsi que la formation soit diligentée par l'université sans exiger pour autant que l'enseignement s'inscrive dans le cadre d'un master universitaire. Aujourd'hui, il est vrai que l'ensemble des formations en pratique avancée, ouvertes aux IDE, ont été organisées dans le cadre d'un master universitaire uniforme avec une première année commune. Il s'agit d'un choix réglementaire (R4301 du CSP). Ce choix s'inscrit dans un contexte de création de spécialités dans des domaines nouveaux de la clinique. Ainsi, il peut être imaginé la possibilité de créer des formations universitaires qui appliquent différemment les dispositions légales prévues à l'article L4301-1 du CSP. Par exemple, il peut être envisagé d'intégrer des enseignements de pratique avancée dans le cadre d'un master universitaire de PDE, enseignements s'inscrivant dans un master spécifique **dès la première année**.

- **Vers un modèle hybride entre les formations IPA et IBODE**

En nous basant sur les modèles de formation IPA et IBODE, nous proposons donc une formation hybride.

De ce fait, la maquette de formation comprend (cf ANNEXE) :

- Bloc 1 (ou domaine 1) : compétence en pratique avancée, enseignement assuré par la faculté de médecine pour la théorie et encadré par des médecins sur le terrain (compétences 1 et 2).
- Bloc 2 (ou domaine 2) : une compétence spécifique pour les mises en œuvre de compétences techniques sur prescription en situation complexe (compétence 3)
- Bloc 3 (ou domaine 3) : compétences préparant à la mission spécifique de la puéricultrice (compétences 4, 5 et 6). Enseignement assuré par le corps enseignant des instituts de formation, des départements universitaires en sciences infirmières et experts.
- Blocs 4 et 5 (ou domaines 4 et 5) : blocs transversaux communs aux formations de spécialités et des IPA (tutorat, recherche et amélioration de la qualité).

10

2.2 SUR LA PRISE EN COMPTE DES CONTRAINTES ECONOMIQUES

Le projet de réforme de la spécialité s'inscrit dans un contexte financier contraint.

- **Impact financier d'une formation universitaire en 2 ans sur le financement de la formation professionnelle**

Le modèle de formation proposé peut permettre une approche modulaire pour les IPDE ancien diplôme et les IDE ayant une expérience significative dans les services d'enfants.

Outre une formation initiale, la formation est accessible dans l'exercice professionnel avec une possibilité d'une formation discontinuée dans le temps pour obtenir le master PDE.

La diplomation des IPDE dans le cadre d'une formation master en 2 ans aura des conséquences sur l'organisation de la formation professionnelle des établissements et de son coût.

La possibilité de proposer l'accès à la formation par bloc de compétences, de manière modulaire, dans une moindre durée, permet aux établissements de cibler leurs besoins en professionnels experts, notamment dans l'expertise technique des services de soins critiques.

La proposition du CIP est donc que les deux premiers blocs de compétences soient accessibles aux IDE dans le cadre de financement professionnel afin de pouvoir répondre aux besoins de monter en compétence tout en maîtrisant le ratio Bénéfice/Coût.

Dans le même temps les infirmiers accédant aux deux premiers blocs par la formation professionnelle, auront l'assurance de pouvoir intégrer la formation MASTER PDE sur simple demande et hors quotas pour terminer leur formation de puéricultrice.

L'avantage sera d'encourager le nombre d'IDE avec de l'expérience hospitalière à finaliser leur formation PDE là où aujourd'hui il exerce directement dans le secteur médico-social en tant qu'IDE.

En effet, le nombre d'IDE avec expérience sortant des services de soins critiques renonce à la formation puéricultrice en raison de l'investissement de temps trop long dans le cadre de leur projet d'évolution professionnel (obligation de faire la formation complète).

Cette mesure pourrait répondre au double objectif de monter en compétence technique opérationnel dans le milieu hospitalier tout en incitant les IDE diplômées de ces blocs à **terminer leur formation pour devenir IPDE.**

- La seconde contrainte : limiter le coût de l'offre de soins médicaux.

Les IPDE entendent développer une activité en pratique avancée pour économiser du temps médical en coordination avec les médecins.

Par exemple, les IPDE pourraient assurer les consultations des enfants de moins de 2 ans en première ligne afin de libérer l'agenda du corps médical de ses consultations.

Le coût de la consultation IPDE sera toujours moins important que la cotation médicale de sorte qu'en multipliant l'offre de soins, on assure une maîtrise des coûts.

Cette consultation en pratique avancée aurait un continuum avec la mission du référent santé inclusif dont les missions trouveraient ensuite une continuité avec des consultations d'IPDE en parallèle de la scolarité, permettant tout autant de la prévention que de l'orientation médicale.

Cette prise en soins continue en coordination avec le médecin pourrait être assurée tout autant par des IPDE en libéral qu'au sein d'un établissement médico-social.

En conclusion, nous souhaitons la réingénierie de la formation en MASTER 2 universitaire centrée sur les 2 missions de l'IPDE.

La réflexion et la proposition du CIP permettent d'apporter une réponse au contexte sanitaire et social actuel et futur notamment en ambulatoire. L'IPDE sera positionnée pleinement dans l'expertise des besoins de santé de l'enfant, et dans l'amélioration de la qualité des soins à la fois dans le secteur hospitalier et médico-social. La collaboration avec le médecin et les autres professionnels n'en sera que renforcée et l'IPDE sera une ressource bien identifiée par la population.