

VOS RÉF. : 23INDSVDB764

DATE 26.06.2023

ANNEXE(S) /

CONTACT PATRICK WATERBLEY

E-MAIL : Patrick.Waterbley@health.fgov.be

A l'attention de M. Frank Vandenbroucke
Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

OBJET : « l'infirmier de pratique avancée » – avis du Conseil supérieur des médecins ¹ du 8 juin 2023

Monsieur le Ministre,

Nous nous référons à votre demande d'avis du 2 mai 2023 concernant l'infirmier de pratique avancée², contenant d'autres questions facultatives sur le renforcement du champ de pratique (*scope of practice*) des infirmiers et sur les activités de la vie quotidienne et l'assistance (aidant qualifié).

Le 8 juin 2023, le Conseil supérieur des médecins a rendu par consensus l'avis suivant :

Tout comme à l'étranger, notre secteur des soins de santé fait également face à plusieurs défis. Le vieillissement de la population, l'accroissement des troubles chroniques et l'évolution technologique augmentent la demande en soins.

Il est nécessaire d'adapter l'offre et la méthode de travail pour permettre un déploiement le plus efficace possible des professionnels des soins de santé ainsi que leur motivation par l'éventail de leurs tâches.

Outre l'accessibilité et l'efficacité des soins, leur qualité et sécurité restent les principaux critères lors de discussions sur le *scope of practice* de chaque profession. La formation, les compétences et le contexte sont essentiels à cet égard.

L'application de la technologie d'aide au fonctionnement et la collaboration interdisciplinaire (*team approach*) avec un niveau adapté de formalisation sont pertinentes pour le contexte.

¹ Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes.

² Art. 46/1 de la loi du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé, coordonnée le 10 mai 2015, *MB (MB 18 juin 2015 (1^{re} éd.))*.

Le 28 avril 2016, le Conseil supérieur des médecins a émis un avis sur le profil de compétences spécifiques du médecin, pertinent pour la qualité et la sécurité des soins :

a) La différenciation et le rôle essentiels du médecin consistent en l'expertise médicale spécifique pour la prévention, l'analyse étayée des problèmes, le diagnostic, le diagnostic différentiel, la prise de décision médicale (probabilités pour le diagnostic et évaluation des risques pour la prise en charge), l'élaboration d'un plan de traitement et l'exécution d'interventions complexes, y compris leurs prescriptions, la réadaptation et la palliation.

b) Les compétences du médecin acquises sur la base de la formation garantissent une approche basée sur les données probantes (*evidence-based*) intégrant, le cas échéant, les « preuves médicales » et les « preuves contextuelles » : analyse des problèmes, approche diagnostique et thérapeutique basée sur le suivi de la littérature et de la recherche scientifique et utilisation de *guidelines* validés.

Dans d'autres domaines, le médecin peut et doit s'appuyer sur les meilleures pratiques (*best practices*). Les évaluations dans des domaines complexes encore peu définis et l'innovation relèvent, par excellence, de la mission du médecin. Le diagnostic (médical) est une compétence médicale.

c) Le médecin doit être en mesure de gérer une grande complexité en situation d'urgence ou non : polyopathie qui vient interférer, syndrome ou symptômes atypiques, contre-indications, complications prévisibles ou inattendues, avec leurs aspects épidémiologiques et leurs probabilités.

Il doit être capable de reconnaître rapidement les situations où il est préférable de ne pas (plus) appliquer les *guidelines*, les trajets cliniques et les protocoles (chacun ayant leurs limites) ou encore les procédures de routine.

d) Le vaste arsenal thérapeutique du médecin fait de lui le professionnel le plus indiqué pour envisager des techniques complémentaires ou une offre supplémentaire, y compris les placebo.

e) En conséquence, le médecin dispose par excellence des compétences requises pour procéder à une prise de décision partagée (*shared decision making*) en concertation avec le patient, selon une approche solidement étayée. Cette prise de décision partagée requiert plus qu'un consentement éclairé (plutôt passif pour le patient). Même dans le cas d'un avis évident, le patient doit pouvoir envisager une autre préférence, en ayant conscience de tous les risques habituels sur la base d'une approche étayée scientifiquement.

Les compétences du médecin s'avéreront d'autant plus utiles dans les domaines où il subsiste un degré d'incertitude plus important. La liberté et la responsabilité en matière de diagnostic et de thérapie doivent s'inscrire dans l'intérêt du patient.

Le médecin travaille dans un contexte d'évolution sociétale et y assume ses responsabilités. Il lui appartient ici de signaler les déterminants sociaux (logement-travail-conditions de vie, *advocacy*) et d'évaluer la contribution des soins à la cohésion sociale.

f) Le médecin travaille en équipe où toutes les professions (des soins de santé) respectent la contribution, la spécificité et le profil de compétences de chacun et s'efforcent de créer des synergies.

La flexibilité, le développement et l'innovation doivent toujours être alignés sur la qualité et la sécurité des soins.

Concernant la délégation et le transfert de tâches à d'autres professions de soins :

- une approche interprofessionnelle pour déterminer le *scope of practice* de chaque profession des soins de santé est indiquée.
- en vue d'un fonctionnement harmonieux, un profil de compétences clair de chaque profession des soins de santé doit être connu sur la base de la formation et de l'expérience
- si besoin en est, des études pilotes sont menées (lesquelles sont couvertes d'un point de vue légal en termes de compétences et de responsabilité)
- le contexte est co-déterminant : la différence entre les activités de routine et les situations requérant une vigilance adéquate pour des cas atypiques et/ou urgents et le travail en équipe ou de façon isolée.
- Compte tenu des spécificités et considérations susmentionnées, le médecin doit pouvoir exercer une réelle supervision et avoir un droit d'évocation lui permettant d'indiquer les (ré)orientations nécessaires. Il avertira l'équipe à temps, et *vice-versa*, si la situation ne correspond plus à la planification prévue dans le processus de soins, le trajet clinique ou le protocole, ou bien si le patient ne fonctionne plus comme ce qui a été convenu avec lui. Un *situational leadership* pour certaines activités et pour une phase spécifique du processus de soins par d'autres professions des soins de santé n'est pas en contradiction avec un droit d'évocation et la possibilité de mener une supervision réelle par le médecin. Le patient doit clairement savoir avec quels professionnels des soins de santé il interagit, qui est en charge (qui endosse la responsabilité finale) et il faut éviter « l'effet spectateur »³ (*bystander effect*).

L'avis précité est toujours d'actualité et souligne l'importance de l'innovation dans le processus de soins, l'utilité de la subsidiarité (assignation adaptée des tâches, ce qui permet de se concentrer sur les tâches essentielles et de motiver), sous réserve de toujours garantir la qualité et la sécurité des soins.

Les défis relatifs à la délégation et au transfert des tâches doivent dès lors être relevés de manière extrêmement rigoureuse.

³ Le terme décrit le phénomène où un groupe de personnes observe passivement une situation d'urgence sans intervenir.

Concernant l'infirmier de pratique avancée (art. 46/1 de la LEPSS ⁴), vous renvoyez aux récents avis du Conseil fédéral de l'art infirmier et de la Commission technique, ainsi qu'au rapport de mars 2023 du groupe de travail du cabinet « Différenciation des tâches, délégation de tâches et transfert de tâches ».

Le Conseil supérieur des médecins émet l'avis suivant :

1. **L'avis précité du Conseil supérieur des médecins du 28 avril 2016 reste très pertinent.**

L'innovation, l'efficacité, la flexibilité, l'accessibilité aisée doivent toujours être évaluées à l'aune de la qualité et de la sécurité des soins, de même pour les situations complexes parfois imprévisibles.

Le patient doit occuper une position centrale et être bien informé. Le contexte (*team approach*) et le mélange de compétences (*skill mix*) sûres et de qualité doivent convaincre le patient de la qualité proposée.

2. **Les avis du Conseil fédéral de l'art infirmier et de la Commission technique de l'art infirmier (CFAI-CT) se sont succédés à un rythme très soutenu.**

La matière est toutefois trop importante pour courir le risque d'incertitudes ou d'effets non désirés.

Le 8 juin 2023, le Conseil supérieur des médecins a émis l'avis suivant par consensus en réponse aux avis du Conseil fédéral de l'art infirmier et de la Commission technique de l'art infirmier (CFAI-CT).

a) **L'hygiène terminologique et la simplicité sont de mise pour éviter toute interprétation trop divergente et extrême et pour garantir la clarté.**

La terminologie utilisée dans les avis relatifs aux différentes qualifications d'infirmier, devient extrêmement complexe, même pour les initiés, et encore plus pour le patient.

Le Conseil supérieur des médecins recommande de remplacer les termes « verpleegkundig specialist » et « infirmier de pratique avancée » par « master en soins infirmiers » suivi du domaine de compétence spécifique (oncologie, soins de santé mentale...).

⁴ Art. 46/1 de la loi du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé, coordonnée le 10 mai 2015, MB (MB 18 juin 2015 (1^{re} éd.)).

Cela permet également d'éviter de se référer à tort à des profils étrangers tels que l'« advanced practice nurse », qui intervient également pour des patients qui n'ont pas encore été diagnostiqués par un médecin (pathologie non différenciée). Ce profil qui a été créé comme une sorte de solution d'urgence, par exemple aux États-Unis, n'est pas nécessaire dans notre pays qui dispose d'une pratique de médecine générale bien développée. En outre, le profil d'« advanced practice nurse » suppose une formation beaucoup plus longue et approfondie comparée aux propositions actuellement soumises en faveur du profil d'« infirmier de pratique avancée ».

Il faut éviter de définir de manière superficielle/à la légère le *scope of practice* d'une profession des soins de santé comme une partie non spécifiée du *scope of practice* d'une autre profession des soins de santé.

À la page 5-6 de l'avis du CFAI-CT⁵ concernant l'infirmier de pratique avancée, nous rencontrons des définitions très vagues telles que « La fonction de praticien emprunte une grande partie de son activité à d'autres disciplines dont des actes médicaux. » (en néerlandais : « De praktijkgerichte functie ontleent een deel activiteiten van andere disciplines, waaronder medische handelingen »).

La définition de la fonction clinique/différenciation de l'infirmier de pratique avancée comme l'actualisation continue des soins infirmiers fondés sur des données probantes suggère que d'autres infirmiers accorderaient moins d'attention aux soins infirmiers fondés sur des données probantes ou seraient moins en mesure d'y contribuer.

Le Conseil supérieur des médecins a déjà mis en garde contre l'importance de faciliter l'évolution de carrière de tous les infirmiers. L'examen de proportionnalité devra aussi être suffisamment spécifique pour l'élaboration du profil de l'infirmier de pratique avancée.

Des notions telles que « services dirigés par des infirmiers » (page 5, en néerlandais : *nurse led services*), « leader clinique et professionnel au sein du contexte de soins » (où il est suggéré que les autres professionnels doivent simplement suivre, alors que l'autonomie de l'infirmier de pratique avancée est constamment soulignée dans l'avis) suggèrent l'instauration d'une position hiérarchique pour l'infirmier de pratique avancée et sont en contradiction avec l'approche du travail d'équipe interprofessionnelle.

L'approche axée sur le « situational leadership », proposée par le groupe de travail du cabinet « Différenciation des tâches », est beaucoup plus nuancée et appropriée.

La Belgique doit tendre vers une *team approach*, en accordant un rôle adéquat et tourné vers l'avenir aux infirmiers (dont l'infirmier de pratique avancée) dans le cadre d'une interaction saine avec les médecins et les autres professionnels des soins de santé (cf. avis du Conseil supérieur des médecins, 2016, *supra*).

⁵ CFAI-CT : Conseil fédéral de l'art infirmier et Commission technique

- b) Le point 8 de l'avis du Conseil fédéral de l'art infirmier (p. 11) dresse la liste des activités que l'infirmier de pratique avancée (art. 46/1 de la LEPSS) peut effectuer.

« a) De manière autonome : indiquer et réaliser des prestations médicales et psychologiques en dehors des soins infirmiers classiques + superviser et coordonner les soins nurse-led

b) Dans un cadre interprofessionnel et en accord avec le médecin :

- prendre des décisions en matière de diagnostic, de traitement, d'orientation et de suivi de la prise en charge globale du patient
- prescrire des médicaments et des traitements non pharmaceutiques
- proposer des certificats (en néerlandais : « attesten opstellen »)
- prendre des décisions sur la planification de l'admission et de la sortie. »

Cette liste d'activités n'est pas systématique, ni délimitée, ni bien définie et prête à confusion. Il faut éviter d'ouvrir ainsi un champ de compétences et d'activités illimité (« prestations médicales et psychologiques ») pour l'infirmier de pratique avancée. Il ne ressort de la proposition aucune approche d'équipe qui organiserait le processus de soins de manière rationnelle et dans le respect mutuel des différentes compétences⁶.

En conséquence, il faut supprimer le point a) défini comme « autonome » et pour le cadre interprofessionnel, visé au point b), il faut imposer des conventions de collaboration clairement formalisées pour garantir la qualité, la sécurité et l'utilisation rationnelle des moyens (cf. l'éventuel impact des propositions illimitées de l'avis sur les dépenses de l'assurance maladie obligatoire). Le Conseil supérieur des médecins renvoie à l'avis du 28 avril 2016 en la matière.

- c) Ancienneté versus travail au moment de la demande d'agrément - « maintien de l'agrément »

Dans l'avis du Conseil fédéral de l'art infirmier/de la Commission technique concernant l'infirmier de pratique avancée, il est proposé dans les critères d'agrément d'imposer deux ans d'ancienneté et une activité dans le contexte de soins au moment de la demande d'agrément.

Le Conseil supérieur souligne que l'ancienneté et l'expérience requises peuvent constituer un critère défendable. Mais imposer une activité dans le contexte de soins concerné *au moment* de la demande d'agrément est une restriction d'accès qui ne se justifie pas et peut s'apparenter à du protectionnisme. Les circonstances de la vie peuvent d'ailleurs rendre impossible le respect d'un tel critère.

En outre, le Conseil supérieur souligne qu'il est préférable de remplacer le mécanisme de maintien et de renouvellement de l'agrément sur la base de critères généraux en vigueur (purement) en matière de formation par une évaluation individuelle et une éventuelle correction spécifique à la personne (plan d'amélioration) de l'exercice (portfolio et, le cas échéant, évaluation par la Commission de contrôle⁷).

⁶ Cf. aussi art. 32 de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé, *MB* 14 mai 2019.

⁷ Art. 8 du Chapitre IV de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé, *MB* 14 mai 2019.

d) Secteurs, contextes de soins ou profils à ne pas oublier

Les contextes de soins définis dans les avis sont un choix. Il est nécessaire de continuer à les développer et les détailler avant de formuler une réponse approfondie.

Dans tous les cas, le profil de l'infirmier de pratique avancée sera également utile dans les **maisons de repos et de soins (en tant que partenaire du médecin coordinateur et conseiller - MCC) et en première ligne, par exemple pour les zones ou réseaux de première ligne.**

De plus, l'évolution dans le secteur des soins de santé oblige, dans une large mesure (radicale), à faire appel aux **compétences de profils qui ne sont pas (encore) repris comme profession des soins de santé mais dont l'expertise technique doit se voir accorder une place adaptée et probablement spécifique** : masters en sciences biomédicales, physiciens (par ex. simulation radiothérapie) data scientists, épidémiologistes, sociologues, ...

Ces profils spécifiques contribueront au skill mix requis à l'avenir, qui se concrétisera également par les évolutions dans les rôles des professions des soins de santé existantes comme les pharmaciens, psychologues, ...

3. **Le rapport du groupe de travail du cabinet « Différenciation des tâches, délégation de tâches et transfert de tâches » de mars 2023.**

Il faudra un peu plus de temps pour analyser en profondeur et donner un avis détaillé sur ce rapport.

Dans tous les cas, les principales lignes directrices du rapport semblent constituer un bon point de départ pour une réforme solide et fondée. Les points de départ ne sont pas en contradiction avec l'avis du Conseil supérieur des médecins de 2016 et sont donc approuvés par le Conseil supérieur des médecins : l'approche axée sur le mélange de compétences (*skill mix approach*) dans le cadre d'accords de coopération formalisés qui permet l'exercice d'un leadership clinique situationnel ; l'aspect dynamique du *scope of practice* qui laisse une marge de manœuvre suffisante pour le transfert de tâches ; la flexibilité et l'évolution dans la carrière clinique et l'option de *regulatory sandboxes* lorsqu'une étude pilote est nécessaire pour évaluer la qualité et la sécurité de nouvelles initiatives.

Les réflexions critiques en matière de *privileging* peuvent être approuvées : quoi qu'il en soit, le *privileging* conventionnel ne peut avoir lieu en dehors d'un domaine de compétence réglementé. En conséquence, le *privileging* peut aussi impliquer une restriction du *scope* plutôt que son expansion. Toutefois, le fait de correspondre parfaitement au domaine de compétence réglementé peut éventuellement être conditionné par le contexte (un accord de coopération est par exemple requis).

Dès lors, le Conseil supérieur des médecins est favorable à une collaboration autour de la réforme sûre et de qualité de la réglementation, où l'avis de 2016 ainsi que les orientations et les grandes lignes du rapport du groupe de travail du cabinet de mars 2023 peuvent servir de point de départ.

Compte tenu du champ très élargi de la demande d'avis du 2 mai 2023, le Conseil supérieur des médecins prévoit d'émettre d'autres avis au cours des prochains mois sur des propositions concrètes de modification de la réglementation.

Le Conseil supérieur des médecins participera à la préparation de la réglementation requise en faisant preuve de constructivité et d'ouverture d'esprit, dans l'optique de garantir la sécurité, la qualité et l'efficacité des soins de santé accessibles grâce à la collaboration avec des acteurs motivés dont les compétences peuvent être maximisées. La législation en matière de proportionnalité fournit un cadre approprié à cet effet, notamment en ce qui concerne l'information du et l'interaction avec le patient ainsi que la population au sens plus général.

Veillez croire, Monsieur le Ministre, en l'assurance de ma considération distinguée.

dr. Patrick Waterbley
vice-président/secrétaire
Conseil Supérieur des Médecins