

DU infirmier en thérapeutiques anti-infectieuses

Implantation en téléexpertise d'un infirmier d'équipe multidisciplinaire en antibiothérapie : faisabilité et pertinence

Mémoire présenté par Guillaume ARNOU, infirmier au CH d'Angoulême
Sous la direction de Marine GROSSET, infectiologue au CH d'Angoulême

Membre du jury :

Pr Mathieu REVEST, PU-PH au CHU de Rennes

Laëtitia ROLLAND, infirmière au CHU de Rennes

Université de Rennes

Année 2024 – 2025

Promotion Cerise



DU infirmier en thérapeutiques anti-infectieuses

Implantation en téléexpertise d'un infirmier d'équipe multidisciplinaire en antibiothérapie : faisabilité et pertinence

Mémoire présenté par Guillaume ARNOU, infirmier au CH d'Angoulême
Sous la direction de Marine GROSSET, infectiologue au CH d'Angoulême

Membre du jury :

Pr Mathieu REVEST, PU-PH au CHU de Rennes
Laëtitia ROLLAND, infirmière au CHU de Rennes

Université de Rennes
Année 2024 – 2025
Promotion Cerise

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier ma directrice de mémoire docteur GROSSET, infectiologue au centre hospitalier d'Angoulême pour son accompagnement et son écoute.

Mes remerciements vont également au professeur REVEST coordinateur du diplôme universitaire « thérapeutiques anti-infectieuses », à la cadre de santé Muriel KI ZERBO référente pédagogique, et à l'ensemble des professeurs, médecins et infirmiers.ères pour la qualité de leur enseignement.

Je souhaite remercier les infirmiers.ères d'avoir répondu à l'enquête de ce mémoire.

Merci également à mes camarades de promotion pour leur entrain et leur entraide.

Un merci spécial au docteur RICHÉ, cheffe de service d'infectiologie au centre hospitalier d'Angoulême de m'avoir accordé sa confiance tout au long de ces années et d'avoir retenu ma candidature au poste d'EMA. Merci au docteur MALÈS dont je me réjouis d'avoir fait la rencontre et docteur NGO BELL pour son application et sa bienveillance.

Merci à Arnaud LAPORTE, IDE à Périgueux pour sa vision de l'exercice infirmier en EMA, et à Laurent SALSAC, IPA juriste à Tours pour son avis éclairé sur la confusion entre protocole de coopération et pratique avancée infirmière. Merci à Thierry MIRA, IPA M.Sc,Ph.Dc RETINES à Nice pour sa relecture.

Je ne saurai oublier ma famille, notamment ma mère à qui je dédie ce travail ; et que j'espère avoir rendue fière.

RESUME

Introduction : Les équipes multidisciplinaires en antibiothérapie (EMA) encouragent le bon usage des antibiotiques ; enjeu majeur de santé publique. L'objectif ici est d'évaluer la faisabilité et la pertinence pour un infirmier (IDE) d'EMA de donner des avis en téléexpertise. Dans quelle mesure peut-il tenir ce rôle innovant ? L'hypothèse est que cette mission d'expertise, se rapprochant de la pratique avancée, apporte une réponse territoriale, légale et financière.

Méthode : L'analyse en sous-groupe des réponses à une enquête diffusée auprès des IDE de Charente évalue les besoins locaux et la possibilité d'autofinancement du poste.

Résultats : 160 IDE ont participé à l'enquête. Leur intérêt pour la gestion des antibiotiques et des cathéters est réel avec 39% de leurs réponses (146/376) - tout comme la gestion des plaies et cicatrisation à 32% (120/376). Les IDE éligibles à un avis financé pensent générer 1996 avis cumulés à l'année ; soit une recette de 39.680€. La marge de progression est importante car 56% des répondants (89/160) ne connaissent pas, ou pas vraiment la téléexpertise ; sans parler de ceux n'ayant pas répondu. 9% (15/160) ont laissé leur mail car sont intéressées par le montage d'un réseau ville-hôpital. Des idées ont d'ailleurs été proposées pour sa création.

Discussion : Déjà reconnue en pratique avancée, la démarche clinique infirmière sera encadrée ici par un protocole de coopération en EMA. Il permettra à l'infectiologue de transférer réglementairement une partie de son activité la plus simple à l'IDE, qui lui, aura été formé spécifiquement. La pratique avancée est légitime dans ce dispositif. Elle permet d'ailleurs l'autonomie nécessaire pour proposer une offre de soin égale sur tout le département.

Cette innovation en santé numérique répond au besoin d'expertise en infectiologie qu'expriment les IDE charentaises, en terme de coordination réseau ville-hôpital. Une sous-analyse conclut à l'autofinancement du mi-temps infirmier d'EMA, voire plus en tenant compte d'autres sources de revenu : formation, cotation de consultation et téléconsultation, hospitalisation de jour, voire cotation en pratique avancée.

Conclusion : Quand le protocole de coopération d'EMA autorisant la télémédecine sera validé, la téléexpertise en infectiologie pourra s'ouvrir aux IDE charentaises et une campagne de communication sera possible et nécessaire. Un prochain travail pourra alors vérifier la viabilité du projet avec des données en vie réelle.

Table des matières

RESUME.....	
INTRODUCTION.....	1
1 CONTEXTE.....	3
1.1 EMA : politique nationale et bilan local.....	3
1.2 Téléexpertise : De l'offre médicale à l'innovation infirmière.....	4
1.3 Encadrement législatif à l'exercice infirmier en téléexpertise	9
2 METHODE	13
2.1 Objectifs de l'enquête	13
2.2 Traitement des données	13
2.3 Ethique et confidentialité.....	13
3 RESULTATS	15
3.1 Profil sociodémographique et professionnel des répondants	15
3.2 Niveau de connaissance et d'usage de la téléexpertise	16
3.3 Identification des besoins en termes de parcours de soins	16
3.4 Fréquence d'utilisation projetée	17
3.5 Potentielle implication dans le projet de téléexpertise infirmière.....	17
3.6 Projection d'activité.....	18
4 DISCUSSION	21
4.1 Exercice infirmier hybride.....	21
4.2 IDE d'EMA en téléexpertise : une réponse à un besoin territorial.....	22
4.3 Projection financière	23
4.4 Perspectives 2026	23
CONCLUSION	25
BIBLIOGRAPHIE	I
ANNEXES	VII

Table des illustrations et des tableaux

Figure 1: Répartition des spécialités dans les avis en TE infectieuse au CH d'Angoulême	6
Figure 2: Répartition des spécialités infirmières ayant répondues à l'enquête.....	15
Figure 3: Répartition des lieux d'exercice des IDE ayant répondues à l'enquête.....	15
Figure 4: Besoins identifiés par les répondantes si la TE leur était ouverte en infectiologie .	16
Figure 5: Besoins identifiés en parcours de soin hors infectiologie.....	17
Figure 6: Carte mentale du verbatim utilisé	18
Tableau 1: Calcul du nombre de TE infirmières, quel que soit le parcours de soin.....	18
Tableau 2 : Nombre de TE calculés pouvant générer un financement	19

INTRODUCTION

L'antibiorésistance est appelée à devenir la première cause de mortalité à l'horizon 2050. Dans ce contexte, les équipes multidisciplinaires en antibiothérapie (EMA) ont pour mission de promouvoir le bon usage des antibiotiques, en lien avec les politiques publiques nationales et les dynamiques locales.

Depuis 2022, le groupement hospitalier de Territoire de Charente porte une EMA intégrée au service d'infectiologie. Cette équipe propose déjà des avis spécialisés, notamment via un dispositif de téléexpertise. Face aux tensions en ressources médicales, une réflexion est engagée sur l'évolution du rôle infirmier au sein de cette équipe, et en particulier sur la possibilité innovante pour un infirmier d'EMA de donner des avis en téléexpertise, dans un cadre sécurisé et pérenne.

La problématique de ce mémoire est donc la suivante :

Dans quelle mesure un infirmier d'EMA peut-il intégrer un dispositif de téléexpertise en tant qu'expert en infectiologie, dans le respect du cadre réglementaire et avec un modèle organisationnel et économique viable ?

L'hypothèse explorée est qu'un exercice associant protocole de coopération et pratique avancée autorise un infirmier d'EMA à répondre à des avis en téléexpertise, avec un impact favorable sur l'accès au soin et sa qualité, ainsi que l'autofinancement du poste.

L'objectif principal est d'évaluer la faisabilité et la pertinence de l'intégration d'un infirmier d'EMA dans un dispositif de téléexpertise. L'objectif secondaire est d'identifier les besoins infirmiers en Charente en terme de téléexpertise infirmière, notamment en infectiologie.

Dans un premier temps, l'EMA, la téléexpertise et l'expertise, ainsi que le volet législatif seront définis. Dans une seconde partie, la méthodologie de l'enquête diffusée sera décrite. En troisième partie, l'analyse des résultats établira un diagnostic territorial avec le profil des répondants.es, ainsi que la connaissance qu'ils ou elles ont de la téléexpertise, et enfin leurs attentes quant à ce dispositif ainsi qu'une projection d'activité. Enfin, la discussion éclairera sur le type d'exercice infirmier à adopter en téléexpertise, et vérifiera la pertinence du projet en lien avec les besoins exprimés des infirmiers charentais.

1 CONTEXTE

La Charente est l'un des départements de Nouvelle Aquitaine où le revenu médian par habitant est le plus bas, bien en dessous de la moyenne régionale et nationale[1] ; 40% des enfants d'Angoulême vivent sous le seuil de pauvreté. La Charente compte 350.000 habitants[2]. Son premier employeur, le groupement hospitalier de territoire de la Charente ([GHT16](#)) dispose de 375 équivalents temps plein (ETP) médicaux et 3800 ETP non médical ; soit 2100 agents.

1.1 EMA : politique nationale et bilan local

1.1.1 Politique nationale sur l'antibiorésistance

L'antibiorésistance est un enjeu de santé publique à envisager dans le cadre du concept One Health[3]. Ce concept éclaire l'interdépendance entre la santé environnementale, la médecine humaine et vétérinaire. En France, l'antibiorésistance est à l'origine de plus de 120.000 cas et 5500 décès par an[4]. Pour réduire ce fardeau de morbidité et mortalité sont, entre autre, promus l'hygiène, l'asepsie, la vaccination et le bon usage des antibiotiques ([BUA](#)). Les plans nationaux et régionaux insistent sur la nécessité de structurer une réponse territoriale : notamment la nouvelle feuille de route interministérielle 2025-2027 de télésanté[5] et les directives de l'agence Régionale de Santé (ARS) Nouvelle Aquitaine[6] [7].

La lutte contre l'antibiorésistance, et le BUA sont régis par les Centres régionaux de lutte contre l'antibiorésistance ([CrATB](#)) dont les [EMA](#) sont les effecteurs locaux. Elles travaillent de concert avec les équipes opérationnelles hospitalières ([EOH](#)) pour l'action intrahospitalière et l'équipe mobile d'hygiène ([EMH](#)) pour l'action extrahospitalière (EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes), clinique privée, libéraux). Elles sont pilotées par les centres de prévention des infections associées au soin ([CPIas](#)).

Les EMA sont généralement composées d'un infectiologue, un pharmacien, un microbiologiste et un infirmier formé en infectiologie. Leurs missions incluent le conseil, la consultation et la mise en œuvre de stratégies pour une utilisation appropriée des antibiotiques.

1.1.2 Bilan d'activité au GHT16

Au niveau local, le GHT16 porte l'EMA depuis 2022 via le service de médecine interne de l'hôpital d'Angoulême. Cette EMA finance un 0.5 ETP d'infectiologue, et un 0.5 ETP d'IDE non pourvu. En lien avec le BUA, les missions sont cliniques et transversales : filière ostéite-pansement, avis médicaux, surveillance microbiologique, participation à la commission des anti-infectieux. Trois axes prioritaires ont été retenus pour 2026 : réduire les ECBU inutiles

(*Examen CytoBactériologique des Urines*), promouvoir les tests rapides et éviter les prélèvements cutanés inutiles.

1.2 Télexpertise : De l'offre médicale à l'innovation infirmière

1.2.1 Numérique en santé

La télésanté^[8], encore appelée e-santé ou santé numérique, regroupe l'ensemble des pratiques de soins intégrants les technologies de l'information et de la communication. Elle s'impose aujourd'hui comme un levier majeur dans la modernisation du système de santé, en facilitant l'accès aux soins et en optimisant le suivi des patients. Cette évolution redéfinit aussi profondément la pratique infirmière. Son apprentissage est désormais obligatoire dans les instituts de formation en soins infirmiers.

La télésanté renvoie à deux notions [9] : le **télésoin** pour les activités réalisées à distance par un pharmacien ou un professionnel paramédical¹, et la **télémédecine** réalisée par un professionnel médical cette fois-ci. Elles se déclinent depuis 2010 en téléconsultation²[10], télésurveillance³[11], téléassistance⁴[12], régulation⁵ et télexpertise⁶[13].

1.2.2 Télexpertise

Premier pays à la rembourser pour tous les médecins, la France lance la télexpertise (TE) en 2018 de façon expérimentale, puis complètement le 10 février 2019. Elle n'était destinée au début qu'à certains patients, mais cette restriction n'existe désormais plus : ALD, résidants en zone sous-denses, atteints de maladies rares, EHPAD, détenus, patients présentant des signes de CoVID ou positifs au CoVID. Depuis le 01/04/2022, il n'existe plus qu'un seul niveau d'expertise alors qu'auparavant le niveau 1 renvoyait à une question simple et le niveau 2 à une situation plus complexe. [14]

Modalités d'une demande de TE

Contrairement à la téléconsultation, la TE fonctionne de façon asynchrone. Un professionnel de santé médical ou paramédical⁷ (le **demandeur ou requérant**) sollicite par messagerie

¹ [infirmier](#), orthophonie, rééducation, conseil thérapeutique, eETP: [Apizee](#), [Telepharmacie](#), [Norm'Uni](#).

² Echange synchrone à distance entre le médecin et le patient, éventuellement assisté d'un soignant : 4500 dispositifs en France : [Qare](#), [Livi](#), [Medadom](#), [Médecin direct](#), [MaQuestionMédicale](#), ...

³ Interprétation des données de santé ([Présence verte](#), [Vitaris](#), [Bonjourn senior](#), ...), cardiologie ([Télérythmologie](#), [USICAR](#), [Cardio-online](#), [Careline-Medtronic](#) ...), diabétologie ([My diabby](#), [DIABe-care](#), ...), oncologie ([CUREETY](#))

⁴ Un professionnel médical assiste à distance un confrère dans la réalisation d'un acte : [Healphi](#), [Idomed](#)

⁵ SAMU : apporte une réponse médicale à distance et orienter le patient dans son parcours de soin

⁶ Echange asynchrone à distance entre deux professionnels.

⁷ Sage-femme, pharmacien, orthophoniste[15], podologue, infirmier[10] depuis 2022, ...

sécurisée, l'avis médical d'un expert⁸ (le **répondant ou requis**) face à une situation donnée[18] : aide au diagnostic, interprétation de résultats, avis sur un traitement ... Le patient n'a pas à être connu du répondant, mais son consentement (écrit ou oral) doit être tracé dans son dossier. Les IDE peuvent demander un avis depuis 2022, mais ne sont pas autorisés ou pas reconnus.es comme suffisamment experts.es pour donner un avis en TE. Ou peut-être est-ce dû à la tradition infirmière ; basée sur une transmission orale de leur savoir [19]. Pourtant, traduire ce savoir à l'écrit en TE permettrait de gagner en traçabilité et clarté.

Déclinaison en plateformes privées

Il existe de nombreuses plateformes de TE françaises⁹. En Nouvelle Aquitaine, l'ARS encourage son usage avec [ESEA](#) [21]. Le GHT16, opte pour OMNIDOC depuis décembre 2021. 12 disciplines sont désormais représentées [dont l'infectiologie](#) et les 4 infectiologues répondent aux avis en tant qu'expert. Du fait d'un manque de temps médical, le service d'infectiologie n'autorise pas les demandes d'avis infirmier.

En 2024, 2947 avis de TE ont été donnés au centre hospitalier dont 551 avis en infectiologie avec 169 demandeurs différents dont la répartition est représentée sur le graphique suivant (source OMNIDOC) :

⁸ Médecin[16], sage-femme[17] ou chirurgien-dentiste

⁹ [ConexSanté](#), [TéléDiag](#), [MEDAVIZ](#), [CGM CompuGroup Medical](#), [PARCEO](#), [ROFIM](#), [TELENA](#), [COVALIA](#), [Norm'Uni](#), [Gériatris](#)[20], [OMNIDOC](#), [PLAIETILE](#), et [TéléMédecine360](#) qui peut accompagner les établissements de santé dans leur projet de télémédecine, télésanté et santé numérique

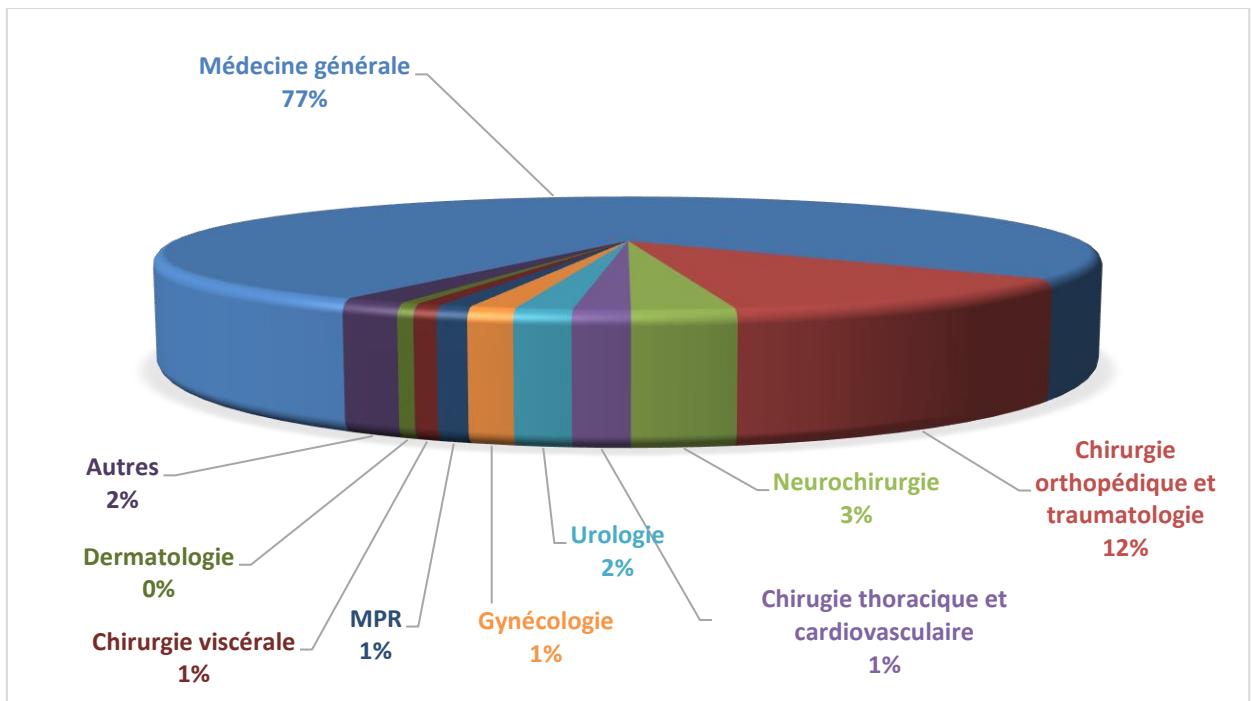


Figure 1: Répartition des spécialités dans les avis en TE infectieuse au CH d'Angoulême

Circuit économique [10]

L'inscription est gratuite pour le requérant avec un acte RQD : 10 € par avis, maximum 4 par an par patient¹⁰. L'établissement de santé du répondant doit s'acquitter de l'inscription : 50€ par spécialité, et 20€ par expert. L'acte est côté TE2 : 20€ par avis, maximum 4 par an par patient. En cas d'exercice en établissement médico-social, c'est la structure qui empoche le forfait ; et en privé, le professionnel lui-même. L'avis d'expert est transmis au médecin traitant et au requérant. L'activité de TE ne doit pas dépasser 20% de l'activité totale du praticien.

La rémunération de la TE est possible en médecine de ville au titre des Actes et Consultations externes. A l'hôpital, il n'est autorisé que pour les patients en consultation ; le financement étant compris dans le forfait hospitalier. Sinon une Prestation Inter-Etablissement est facturée entre l'établissement requérant et l'établissement requis dans le cadre d'une convention. Les EHPAD soumis à dotation globale peuvent coter les avis ; sauf en gériatrie, déjà compris dans leur forfait. Il est possible de facturer une TE entre deux médecins du même GHT lors de consultations avancées. A noter qu'Omnidoc détecte automatiquement tous ces différents cas.

¹⁰ Des logiciels métier permettent la rémunération automatique des IDE libérales ([La Ruche](#)). Le compte-rendu est archivé dans le Dossier Médical du Patient (DMP) intégré dans "Mon espace santé". L'infirmière peut également rédiger un compte rendu structuré dans son application [agathe YOU](#) grâce à [Opaline Pro](#).

Pour résumer, les principaux intérêts de la TE sont de :

- Tracer et archiver les avis en cas d'oubli, d'incertitude ou de litige,
- Poser un diagnostic plus sûr et rapide avec un avis de deuxième ligne,
- Réduire la morbidité des patients, raccourcir le délai de consultation si besoin, éviter les hospitalisations ou réhospitalisations et baisser les frais de santé
- Réduire les inégalités territoriales d'accès au soin et améliorer le lien ville-hôpital,
- Valoriser l'activité du requérant et du requis par un système de cotation

La TE respecte la cybersécurité en stockant les données de santé sur des hébergeurs agréés CNIL selon le RGPD.

1.2.3 Expertise

Nous pouvons nous demander à quoi tient l'expertise. Est-elle liée à la formation, à la spécialité, à l'acquisition de compétences médicales quand on est IDE, l'expérience, au fait d'enseigner ou de former, à la participation à la recherche médicale ou paramédicale et au nombre de publication ou communication scientifique, à la reconnaissance par ses pairs et à l'appartenance à un réseau d'experts, à une autoévaluation et se reconnaître soi-même expert, à une approche réflexive de sa pratique, à la recherche de sens, au territoire : locorégionale, nationale ou international ?

On pense naturellement que la posture d'expertise est dévolue au médecin. Mais rappelons que la profession infirmière s'émancipe de sa tutelle médicale pour gagner en autonomie. En effet, elle a créé sa propre [structure ordinaire](#) et sa formation est désormais universitaire avec l'enseignement des sciences infirmières[22] et de la recherche infirmière[23]. Le nouveau décret[24] autorise la consultation infirmière[25] et le diagnostic infirmier[26], s'appuyant sur l'evidence based nursing[27], notion parallèle au champ médecinal (Evidence based medecine). Mais, l'enseignement universitaire et l'exercice infirmier basés sur les sciences infirmières suffisent-ils à parler d'expertise infirmière [28] [29] ?

1.2.4 Expertise infirmière

Les formations qualifiantes d'une à deux années après la formation initiale renomment les IDE en « IDE spécialisés »¹¹. Mais ces masters ne leur confèrent pas l'attribut d'expert. Les IDE avec diplôme universitaire sont qualifiés de « référents » (tabac, douleur, plaie et cicatrisation, santé environnementale, ...). Beaucoup de qualificatifs sont en fait employés pour définir un IDE qui maîtrise particulièrement son sujet : chevronné, maîtrise approfondie, hautement

¹¹ Cadre de santé, puériculture, bloc opératoire, anesthésie ou pratique avancée

qualifié, spécialisé, référent, expert. Il existe « une ambiguïté et une confusion autour de la terminologie et des définitions associées aux infirmières expertes » (Hutchinson, 2009) [30].

Même si la recherche infirmière n'est pas suffisamment développée[31], une recherche bibliographique sur le sujet rapporte souvent les mêmes critères. Hubert Lederer DREYFUS¹² distingue en 1986 5 niveaux de compétences¹³[32] que Patricia BENNER¹⁴ applique en 1984 à la profession infirmière[33] avec la capacité à « saisir les situations cliniques dans leur globalité, l'intuition clinique et l'adaptation souple à des situations complexes ». Une étude de 1998 sur des IDE urgentistes anglaises montre qu'elles caractérisent la pratique experte comme un « niveau élevé de connaissances empiriques, un esprit d'équipe positif, un leadership clinique affirmé et une implication centrée sur le patient »[34]. Une étude australienne de 2021 évoque les « qualités de connaissance, compassion, motivation, expérience et communication »[35]. Plus récemment en 2005, Thérèse PSIUK¹⁵ avance les arguments d'expérience et d'apprentissage[36]. Pascal VASSEUR¹⁶ la définit en 2011 comme « le résultat de la confrontation entre la connaissance (...) et l'expérience en tant que pratique »[37]. On parle maintenant de leadership infirmier avec Diane Morin¹⁷ qui évoque un « processus circonstancié ayant comme fonction d'exercer de l'influence afin d'atteindre une finalité, un but, un objectif ancré dans une vision partagée »[38]. Susan WELSH¹⁸ en 2025 pense que « l'expertise en pratique infirmière pourrait, en plus de la formation de la pratique approfondie, s'enrichir en intégrant des concepts pédagogiques et des connaissances situées dans la compréhension des compétences et de l'expertise »[39]. Je pense qu'elle fait là référence au concept de réflexivité du soin.

Retenons la définition de David VASSEUR¹⁹ en 2009 [40] qui collige les notions de **compétence clinique avancée** (prise de décision, raisonnement clinique, intuition), **leadership professionnel** (autonomie, prise d'initiative, veille bibliographique, proposition de projet innovant), **éducation et encadrement** (transmission des savoirs), **reconnaissance par les pairs** et **pratique réflexive** (évaluation des pratiques professionnelles). Le concept d'expertise infirmière continue de se structurer ; il sous-tend la légitimité de la TE infirmière.

¹² Professeur américain de philosophie - université de Californie (15/10/1929-22/04/2017)

¹³ Novice, débutant, avancé, performant et expert

¹⁴ Théoricienne en soins infirmiers - université de Californie (août 1942-...)

¹⁵ Directrice pédagogique à CESIFORM - Lille

¹⁶ Infirmier consultant expert - Marseille

¹⁷ Professeure émérite – université Laval

¹⁸ Infirmière praticienne - université d'Alabama

¹⁹ Cadre de santé infirmier de bloc opératoire, formateur consultant à l'université d'Amiens

1.2.5 Téléexpertise infirmière

Maintenant définie l'expertise infirmière, voyons si, et comment elle se décline en TE infirmière. Si un IDE a le droit de demander un avis, il ne lui est toujours pas permis d'y répondre de façon autonome, même si celui-ci d'ailleurs est demandé par un infirmier. Au-delà de cette législation, de quel retour d'expérience dispose-t-on en France ?

Questionnées sur le sujet, aucune de mes collègues du [DU TAI](#) (Diplôme Universitaire de Thérapeutiques Anti-Infectieuses) n'a rapporté dans leur centre l'existence d'IDE en EMA dans un rôle de répondant en TE – ni aucun service d'infectiologie des CHU de Nouvelle Aquitaine, Cornouaille, Montpellier, Perpignan, Périgueux. Une recherche bibliographique sur PUBMED avec les mots-clés « teleexpertise, nurse, nurses ou nursing » ou « téléexpertise infirmière », ramène seulement cinq résultats[41] [42] [43] [44] [45] ne traitant en fait pas du sujet de la TE avec un IDE expert, sauf le cas d'une infirmière de pratique avancée (IPA) en dermatologie à Angers [46]. Les mêmes mots-clés sur Google scholar font simplement référence à un projet canadien d'inclure les infirmières praticiennes et les internes dans la TE dermatologique[47]. L'intelligence artificielle avec ChatGPT rapporte un exemple de téléconsultation d'IDE indiennes sur les effets cardiovasculaires du Covid19[48] et de télémédecine par une IDE spécialisée au Canada en 2020[49] avec toutefois peu de recours des IDE à la e-santé [50].

Il n'est donc pas possible de s'inspirer de pratique existante à l'international ni en France où un IDE d'EMA intervient dans un dispositif de TE en tant qu'expert répondant à un avis. On retrouve simplement l'expérience de l'IPA du CHU d'Angers ; pas en EMA mais sur le thème des plaies et cicatrisation [46]. A noter que l'IPA ne peut pas donner d'avis en TE du fait de sa profession intermédiaire[51], [52], [53] qui est paramédicale, contrairement aux sages-femmes²⁰[54] ; profession intermédiaire médicale[55]. Laurent Salsac, secrétaire adjoint de [l'Union National des IPA](#) confirme cette explication.

1.3 Encadrement législatif à l'exercice infirmier en téléexpertise

En fait, l'IPA d'Angers intervient en TE sur le thème plaie et cicatrisation car elle adhère à un protocole de coopération ([PC](#)). Deux plateformes de TE en plaie et cicatrisation ([Collectif e-santé](#) et [PLAIETILE](#)) confirment que leurs IDE peuvent donner des avis grâce à ce même protocole[52]. Une solution légale commence à paraître.

Répondre en tant qu'expert infirmier à une demande infirmière semble tomber sous le sens ; contrairement à un avis médical qui mobilise des compétences d'un autre niveau. Pour autant,

²⁰ [maison des femmes du CHU Pontchailloux de Rennes](#)

beaucoup de DU confèrent justement des compétences médicales à l'IDE. Compétences qui ne pourront pas lui permettre de répondre à un avis médical complexe²¹, mais à un avis médical simple [57] qui lui, est basé sur une problématique plus facile²² avec un contexte aisément évaluable. Cette stratégie est justement modélisable avec un PC, éventuellement avec l'aide de logiciels²³, et peut-être dans le futur de l'IA²⁴.

Qu'est-ce qu'un PC ; ce dispositif qui permet à un IDE ou un IPA de donner également des avis d'expert en TE ?

1.3.1 Protocole de coopération

Un IDE peut donc être requérant mais pas requis, sauf si on considère qu'il répond à la place d'un médecin. Ce principe est encadré en France par un dispositif légal appelé protocole de coopération[59]. Il s'agit de transfert d'acte(s), d'activité de soins ou de réorganisation des modes d'intervention auprès des patients à titre dérogatoire. Le PC est national avec validation HAS et ARS, ou local avec validation en CME et déclaration à l'ARS. Dans tous les cas, le délégué et le délégué sont volontaires et formés spécifiquement, la responsabilité des actes du délégué incombe au délégué.

L'intérêt d'un PC est de soulager l'activité médicale au profit d'un paramédical pour assurer une prise en charge simple et sûre. Les erreurs d'interprétation sont évitées grâce à des algorithmes décisionnels et des critères d'exclusion, modélisant les situations et les rendant reproductibles. Il permet également à un IDE de dépasser les attributions conférées par le [décret infirmier du 27 juin 2025](#), en promouvant l'autonomie et l'expertise infirmière. Cette montée en compétences est valorisée avec une prime mensuelle de 100€ brut.

1.3.2 Déclinaison nationale et locale d'un protocole de coopération

En infectiologie, des PC nationaux médecin-infirmier existent déjà²⁵, dont certains auxquels je participe²⁶ : CeGIDD, Fibroscan et consultation aux voyageurs. D'autres concernent la gestion

²¹ Problématique ou contexte difficiles : grossesse, interaction, allergie, diffusion, antibiorésistance, ...

²² Par exemple : isolement contact et air, vaccination, réadaptation des antibiotiques suite au résultat de l'ECBU pour les infections urinaires non compliquées, gestion du traitement des infections à clostridium difficile non récidivantes, durée de traitement, adaptation à la fonction rénale (GPR, abxBMI).

²³ [ANTIBIOCLIC](#) (aide à la décision en antibiothérapie), [dentibioclic](#), [PHEALING](#) (alerte posologie), [Synapse Médecine](#) (réduction des prescriptions inappropriées), [Bug.Control](#) (informations sur la transmission des micro-organismes), [BioGuid](#) (aide à la prescription biologique), [EFICATT](#) (Exposition Fortuite à un agent infectieux et Conduite à Tenir), [AbxBMI](#), HAS ([infections bactériennes courantes](#)), [Info-ATB](#), [Cpias Nouvelle Aquitaine](#), [ORDOCLIC](#).

²⁴ [NurseGPT](#), aide au diagnostic et décision thérapeutique, en radiologie, codage CIM10 en PMSI [58], ou transcription de comptes rendus à partir de l'enregistrement vocal de la consultation ([DiliTrust](#), ...)

²⁵ Vaccination[60], la [pose de voie veineuse centrale et PICCLINE](#)[56] ou [MIDLINE](#)[61] ([pour les manipulateurs en radiologie ou IDE](#)[62]), comme au GHT16 avec l'[unité d'abord veineux](#) (UAV).

²⁶ **Consultation aux voyageurs** (conseils généraux, prescription de vaccins et antipaludique), **Fibroscan** (mesure de l'élasticité hépatique) et **CeGIDD** : choix de l'Infection Sexuellement

des plaies chroniques des membres inférieurs et du pied diabétique[63] ou encore la gestion des plaies complexes et du retard de cicatrisation[64]. Ce dernier est le seul PC dont le domaine d'application s'étend à la télémédecine – donc la TE. Toutefois, un PC dédié à l'antibiothérapie devrait être validé en 2026. S'il suit les recommandations de l'appel à manifestation d'intérêt (annexe 1), il devrait autoriser un IDE d'EMA, en télémédecine ou présentiel, à primoprescrire un antibiotique, réévaluer et adapter ce traitement, prévenir et gérer les effets indésirables, prescrire et interpréter les résultats sanguins, surveiller les voies veineuses, intervenir dans le parcours de soins en cas d'aggravation, gérer les bons de transports, intervenir en programme d'ETP et coordonner les activités de santé publique en matière de BUA et de prévention des infections.

Des adaptations à ce futur PC pourront être autorisées par des PC locaux[65] validés en CME, comme le GHT16 l'a fait sur d'autres sujets²⁷. Voyons maintenant si ce projet répond au besoin des IDE charentaises.

Transmissible (IST) à dépister et de son type de test, interprétation du résultat selon la bioclinique, annonce de résultat négatif, renouvellement PreP, vaccination.

²⁷ Prescription en aveugle ou objectivée de traitement dont les antibiotiques pour les IST non compliquées, annonce de positivité sauf VIH, prescription de bilan en cas de découverte du VIH ou d'hépatites virales B et C (*prise de sang, échographie hépatique, fibroscan*)

2 METHODE

Une enquête (annexe 2) a été testée puis diffusée pendant 5 semaines (du 27/05/2025 au 04/07/2025) selon deux canaux : par voie hiérarchique et par une intervention personnelle. Le public cible était les IDE de Charente²⁸. Des actions de relance ont été menées après 3 semaines (annexe 3) : affiche au self, parution dans la newsletter du CH d'Angoulême et l'intranet, appel dans les services ou mes contacts exerçant en libéral, parfois en les rencontrant (20 services, 7 EHPAD, 3 SSR), par mailing aux IDE du CHA et sur LinkedIn.

2.1 Objectifs de l'enquête

Les objectifs de cette enquête étaient de connaître le profil sociodémographique et professionnel des IDE répondants.es, leur niveau de connaissance et d'usage de la TE, les besoins exprimés en termes de parcours de soins et leur potentiel d'implication dans le montage d'un projet de TE.

2.2 Traitement des données

Le traitement des réponses a été réalisé en plusieurs étapes : contrôle qualité des données avec vérification de l'absence de doublons à partir des adresses IP, complétion des champs manquants (sexe et âge) et suppression des réponses incohérentes lorsque possible, nettoyage sémantique avec homogénéisation des réponses libres en regroupant les formulations équivalentes (ex. : « IDE de ville », « libéral », « IDEL »).

Les données ont été extraites dans un fichier Excel dont les tableaux croisés dynamiques ont permis une visualisation en graphiques du profil des répondants ainsi que leur besoin d'avis en infectiologie. Puis, des analyses en sous-groupes ont donné lieu à une projection d'activité.

2.3 Ethique et confidentialité

Le questionnaire a été conçu via FRAMAFORMS, une plateforme en ligne gratuite et respectueuse des normes RGPD. L'accès à l'enquête était sécurisé avec un lien unique. Aucune donnée sensible n'a été recueillie. Les données sont stockées sur des serveurs agréés et seront effacées début octobre 2025. L'enquête a été menée de manière anonyme, volontaire et sans recueil de données nominatives, sauf le mail à la discrétion du répondant.e.

²⁸ Hôpitaux et surtout leurs EHPAD, des cliniques, de l'hospitalisation à domicile (HAD), libérales (*via l'ordre des infirmiers, les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé, et les deux principaux syndicats infirmiers*), des prestataires privés (*ELIVIE, ALAIR AVD, Studio Santé, ADMR*), ASALEE (*IDE dédiées à la santé publique*)

3 RESULTATS

L'enquête a été renseignée par 160 participants exerçant tous dans le département. Sachant qu'il y a 2832 IDE en Charente toute spécialité confondue[66], le taux de réponse est de 6% (160/2832), et probablement plus élevé (20% ?) en tenant compte des IDE ne travaillant pas, et celles non sollicitées.

3.1 Profil sociodémographique et professionnel des répondants

La répartition des âges est équilibrée : de 24 à 58 ans avec une moyenne de 43 ans.

Les répondants sont majoritairement des femmes (93% ; 149/160).

Elles ont plus de 5 ans d'ancienneté dans 88% des cas (141/160).

La moitié des IDE (52% ; 83/160) exercent en milieu urbain, puis semi-rural (29% ; 46/160), et en milieu rural (19% ; 31/160). Les spécialités et lieux d'exercice sont répartis selon les graphiques suivants :

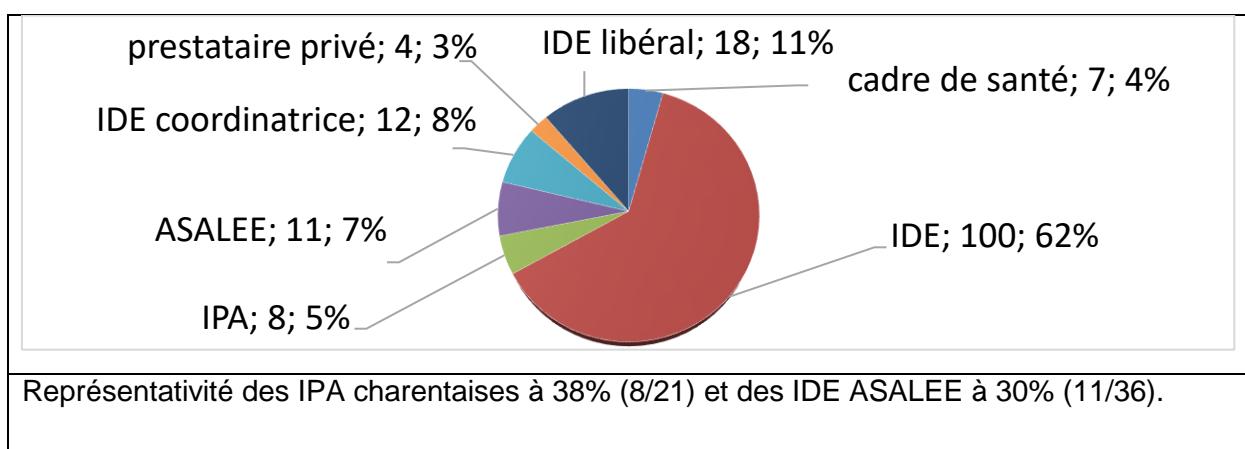


Figure 2: Répartition des spécialités infirmières ayant répondues à l'enquête

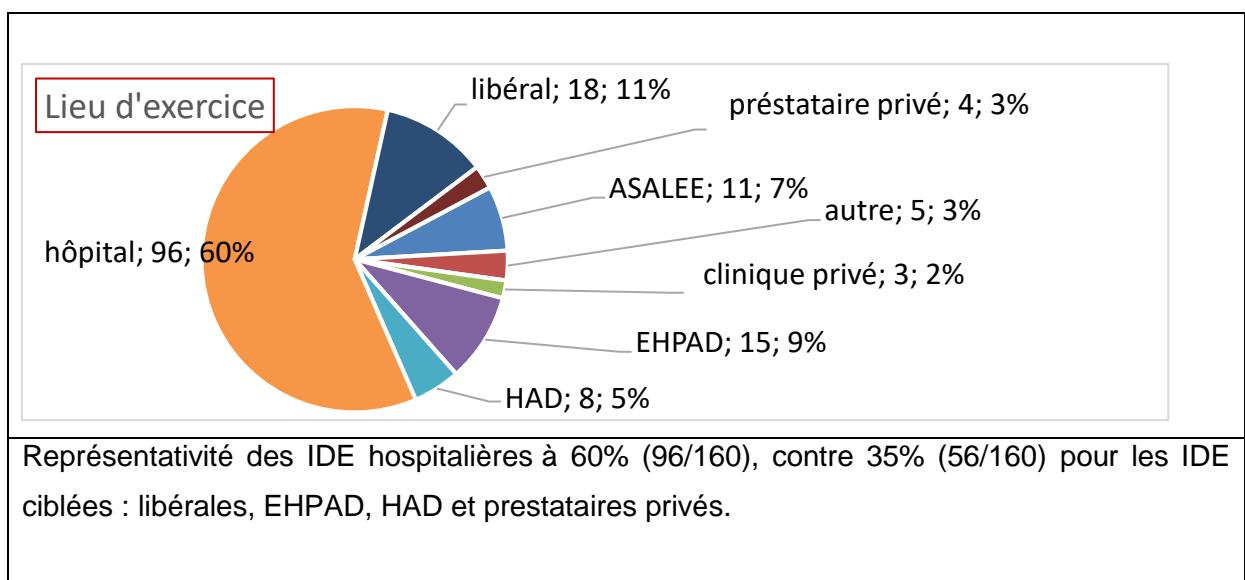


Figure 3: Répartition des lieux d'exercice des IDE ayant répondues à l'enquête

3.2 Niveau de connaissance et d'usage de la téléexpertise

56% des répondants (89/160) ne connaissent pas (46), ou pas vraiment (43) la TE. Elles sont 26% (42/160) à penser que la TE est ouverte aux IDE en Charente, et parmi elles, 6,7% l'utilisent (11/160). 72 IDE charentaises sont d'ailleurs inscrites sur OMNIDOC.

9% (15/160) répondent que la TE peut être source de revenu pour le requérant, et 89% (142/160) n'ont pas donné de réponse ou une réponse erronée.

3.3 Identification des besoins en termes de parcours de soins

L'histogramme suivant représente les sujets qui intéresseraient les IDE répondantes, si la TE leur était ouverte en infectiologie.

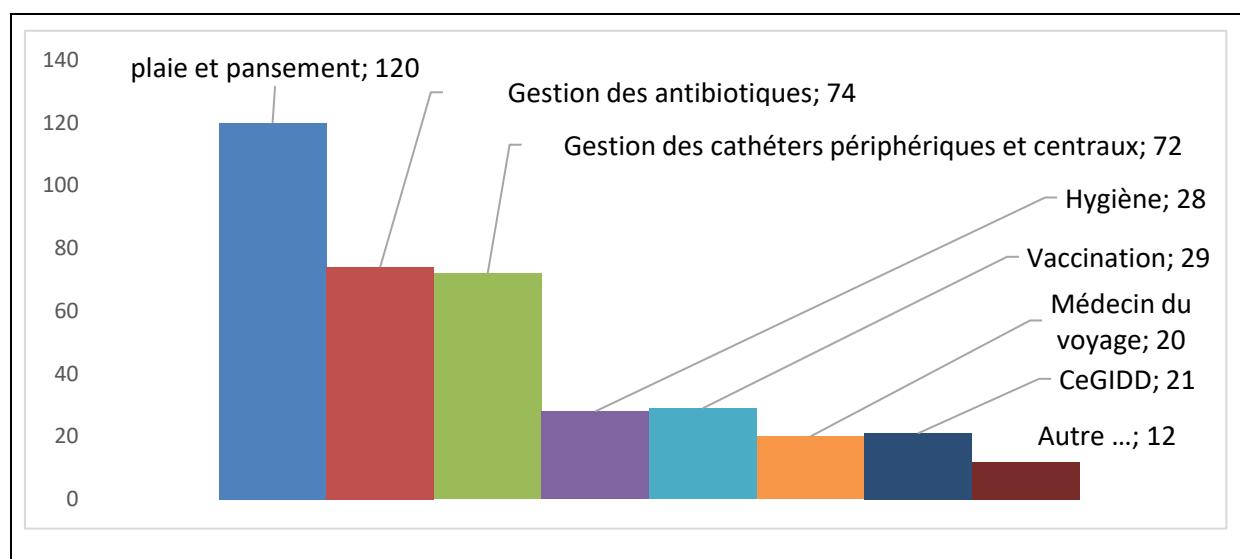


Figure 4: Besoins identifiés par les répondantes si la TE leur était ouverte en infectiologie

39% (146/376) des réponses vont dans le sens d'un intérêt pour les thématiques de gestion des antibiotiques et des cathéters (74+72), et 32% (120/376) pour les plaies et cicatrisation.

A la demande du service d'infectiologie, pour identifier les besoins en terme de soin de stomie et d'autres parcours de soin, la même question a été posée. Voici l'histogramme correspondant :

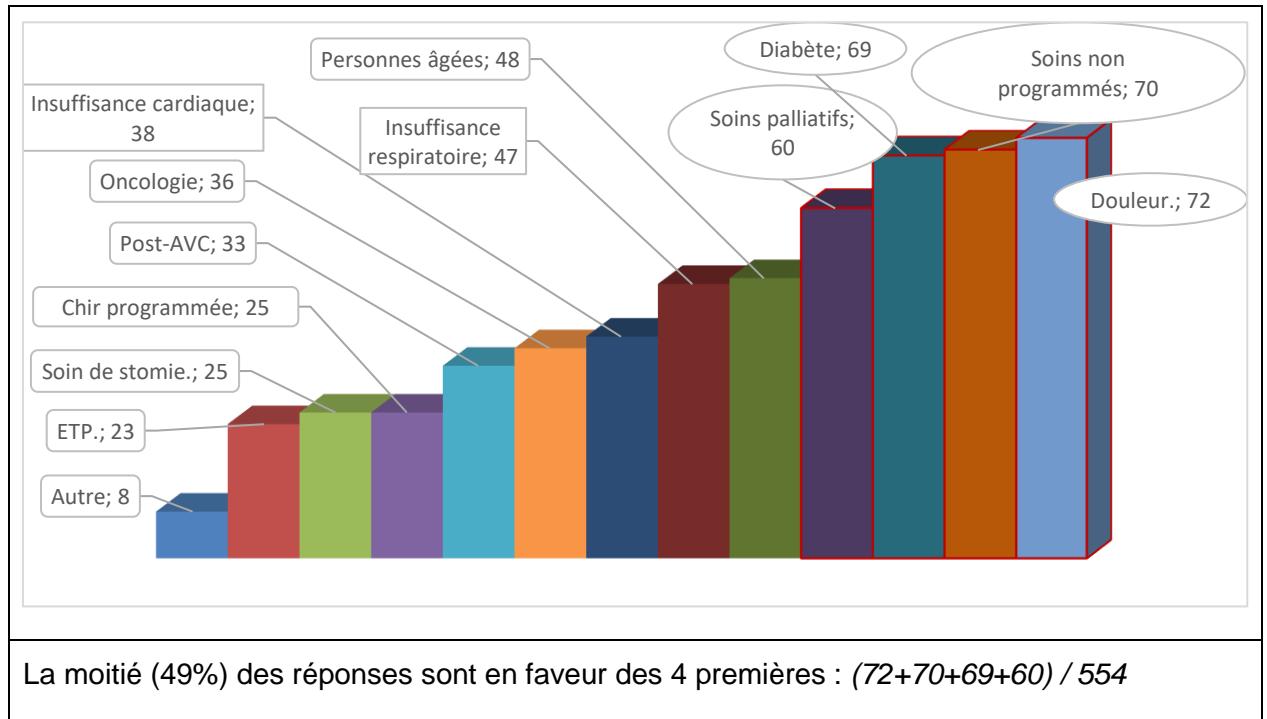


Figure 5: Besoins identifiés en parcours de soin hors infectiologie

3.4 Fréquence d'utilisation projetée

Si le service d'infectiologie permettait aux IDE charentais de demander un avis en TE, ils seraient 40% (65/160) à ne pas savoir s'ils l'utiliseraient. 8% (13/160) ne l'utiliseraient pas. 2% (3/160) l'utiliseraient tous les ans, 14% (23/160) tous les mois, 28% (45/160) toutes les semaines, 7% (11/160) tous les jours.

3.5 Potentielle implication dans le projet de téléexpertise infirmière

21% (33/160) ont répondu qu'ils se considéraient expert, dont certains indiquant leur sujet d'expertise : 5 en plaie et cicatrisation, 3 IPA sans précision, 3 en diabétologie, 2 neurovasculaire, puis 1 en biothérapie, soin palliatif, santé sexuelle, psychiatrie, pédiatrie, santé environnementale et asthme, oncologie.

25 IDE sont intéressés pour participer au montage de la TE infirmière en tant qu'IDE expert, sans forcément se définir comme expert pour 40% d'entre eux !? (10/25). Et sur ces 25 IDE, 15 seulement ont laissé leur mail pour être contactés. Au total, 28% (45/160) ont en fait laissé leur mail.

A cette question : « En quelques mots, avez-vous des suggestions pour améliorer la coordination GHT-médecine de ville – clinique privée ? », 25 suggestions ont été apportées dont voici une carte mentale du verbatim employé (annexe 4) :

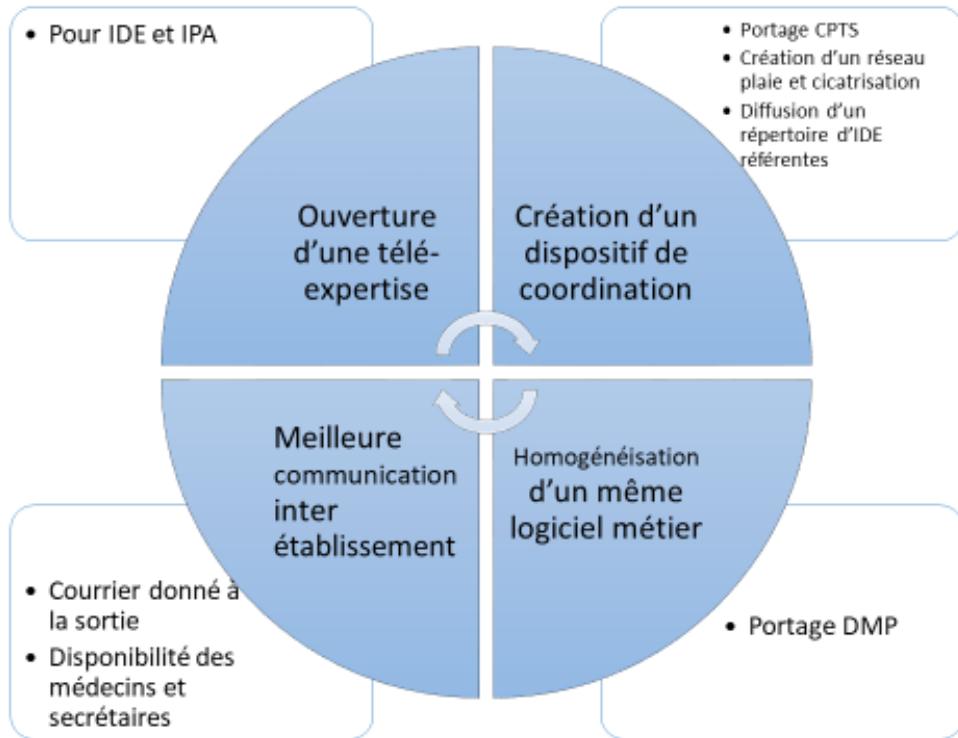


Figure 6: Carte mentale du verbatim utilisé

3.6 Projection d'activité

3.6.1 Nouvelle offre de soin en téléexpertise, tout parcours de soin confondu

Une analyse en sous-groupe permet de calculer le **nombre d'avis en TE qu'estimeraient demander les IDE, quel que soit le parcours de soin** :

Tableau 1: Calcul du nombre de TE infirmières, quel que soit le parcours de soin

	Ne sait pas	Quotidien (218 jours/an)	Hebdomadaire (45 semaines)	Mensuel (12 mois)	annuel	TOTAL
Résultats	65	11	45	23	3	-
Avis annuels	-	11x218 jours travaillés=2398	45x45 semaines =2025	23x12 mois=276	3	4702

On obtient 4702 avis annuels ; soit une moyenne de 21,5 avis quotidiens (218 jours travaillés).

3.6.2 Modélisation financière

Une seconde analyse en sous-groupe permet de calculer ici le **nombre d'avis en TE pouvant générer un financement, qu'estimeraient demander les IDE si la TE en infectiologie s'ouvrirait à elles.**

Les deux seuls critères de financement ont été retenus. 1) Les avis doivent concerner les thématiques des PC : gestion des antibiotiques et cathéters, ainsi que la gestion des plaies et cicatrisation. 2) Les IDE ne doivent pas exercer en médecine, chirurgie ou obstétrique ; seules les réponses des IDE ASAEE, HAD, prestataire privé, libérale et EHPAD ont été retenues.

Tableau 2 : Nombre de TE calculés pouvant générer un financement

	Ne sait pas	Quotidien (218 jours/an)	Hebdomadaire (45 semaines)	Mensuel (12 mois)	annuel	TOTAL
Avis annuels / EMA	13	1x218 jours travaillés =218	15x45 semaines =675	5x12 mois =60	0	953
Avis annuels / plaie et cicatrisation	18	1x218 jours travaillés =218	17x45 semaines =765	5x12 mois =60	0	1043

On obtient 1996 avis annuels (953+1043) ; soit une moyenne de 9,6 avis quotidiens (218 jours travaillés).

Le PC autorise une réponse d'ordre médical par un IDE expert. Cet avis est habituellement valorisé comme une cotation médicale ; soit 20€. Concernant le futur PC EMA, avec les données des seules IDE ayant répondues à l'enquête, on obtient 953 avis annuels sur 218 jours travaillés ; soit une moyenne de 4,4 avis journaliers et donc 19.060€ annuels générés (953 x 20 €).

Concernant le PC plaie et cicatrisation, et avec les données des seules IDE ayant répondues à l'enquête, on obtient 1.043 avis annuels sur 218 jours travaillés ; soit une moyenne de 4,8 avis journaliers et donc 20.860€ annuels générés (1043 x 20 €).

En respectant les deux critères de financement ad hoc, on estime que les IDE répondant à l'enquête pourraient demander 1996 avis en TE, correspondant à un bénéfice de 39.920€ (1996 x 20 €).

4 DISCUSSION

Rappelons l'hypothèse initiale : un exercice mixte associant PC et pratique avancée permet à un infirmier d'EMA d'assurer des avis d'expert en TE, avec un impact favorable sur l'accès au soin et sa qualité, voire une perspective d'autofinancement du poste.

L'objectif principal était d'évaluer la faisabilité et la pertinence de l'intégration d'un infirmier d'EMA dans un dispositif de TE. L'objectif secondaire était d'identifier les besoins des infirmières charentaises en terme de TE infirmière, notamment en infectiologie.

4.1 Exercice infirmier hybride

Le PC national d'EMA attendu pour validation en 2026 autorisera une délégation de compétences ciblées sur l'antibiothérapie, d'un infectiologue à un IDE expert, notamment en consultation et en télémédecine (téléconsultation et TE) – si toutefois il suit les préconisations de l'appel à manifestation d'intérêt (annexe 1).

Attention toutefois à ces dispositifs de PC, initialement envisagés à titre dérogatoire, qui peu à peu glissent d'une expertise infirmière ciblée[40] à une délégation de compétences élargies comme l'interprétation bioclinique, la pose de diagnostic médical simple et l'annonce, la primoprescription et la réévaluation des traitements. Ce mode d'exercice confine aux missions de l'IPA[67] [68] [69] - surtout quand l'IDE multiplie les PC. Laurent SALSAC, IPA juriste à Tours alerte sur cette dérive de politique de santé²⁹ (annexe 5).

La formation qualifiante en master d'IPA permet en effet la reconnaissance auprès de ses pairs d'une extension globale des compétences infirmières. 23 ans après le rapport Berland[70], cette nouvelle profession intermédiaire entre infirmier et médecin voit finalement le jour. Elle se caractérise par le perfectionnement des sciences infirmières et de ses savoirs : leadership en pratique clinique (démarche et examen clinique), coordination, enseignement et recherche paramédicale.

Elle confère une responsabilité propre et une autonomie (contrairement aux PC) qui offrent des soins de qualité avec notamment la possibilité de consultations avancées dans les centres hospitaliers périphériques comme avec l'IPA d'infectiologie à Angers[71]. Les patients peuvent

²⁹ « Derrière leur apparente souplesse, les protocoles de coopération locaux traduisent un malaise plus profond : celui d'un système de santé qui, faute d'investissement dans la formation et la structuration des compétences, préfère la délégation ponctuelle à la reconnaissance durable. (...) Une dérive vers une délégation sans autonomie, et la menace qu'ils font peser sur la lisibilité, la sécurité juridique et la qualité des soins. Il est temps de distinguer ce qui relève de l'organisation temporaire... et ce qui exige un véritable transfert de compétences, avec un socle de formation exigeant, une autonomie reconnue, et une inscription dans le droit commun. »

être orientés par un médecin, par un autre IPA par effet de corporatisme, ou consulter en accès direct.

Certaines spécialités ne sont pas représentées dans le master d'IPA comme la mention infectiologie, pour autant de plus en plus de projets apparaissent en Nouvelle-Aquitaine et en France: Niort³⁰, médecine interne à Poitiers, La Rochelle³¹, Angers³², La Roche-Sur-Yon³³, Courbevoie³⁴, Dax³⁵, Nice³⁶, Il serait donc pertinent d'associer sur ce poste d'IDE en EMA d'une part la pratique avancée permettant l'apprentissage de compétences élargies et structuré avec un décret étendu, et d'autre part le PC encadrant légalement une expertise clinique ciblée en infectiologie et autorisant la télémédecine. Cette pratique hybride se répand, à l'instar des centres cités.

A l'image d'une autre IPA angevine adhérant elle au PC plaie et cicatrisation³⁷, je pense que le PC portant sur l'EMA autorisera les IDE comme les IPA à y adhérer. La demande a été faite en ce sens à Aurélien LEBRETON³⁸.

4.2 IDE d'EMA en téléexpertise : une réponse à un besoin territorial

Les 160 IDE interrogées par l'enquête sur leur potentielle demande d'avis en TE et leur fréquence ont exprimé un réel attrait pour la gestion des antibiotiques et des cathéters ; soit 39% de leurs réponses (146/376). Une analyse en sous-groupe objective cet intérêt à hauteur de 4,4 avis quotidiens. Si on extrapole avec les IDE charentaises n'ayant pas répondu à l'enquête (94% ; 2832-160), cette moyenne pourrait être bien plus élevée. Ce chiffre met en lumière l'importance en terme d'offre de soin territoriale, de proposer l'ouverture de la TE aux IDE charentaises en infectiologie – si toutefois le PC ad hoc valide comme prévu son exercice en télémédecine.

Par ailleurs, d'autres parcours de soin ont été évalués dont celui des plaies et cicatrisation ; pour l'instant seule spécialité autorisée en TE. Ce thème récolte lui 32% (120/376) des réponses ; suffisamment pour que se pose la question d'une IDE répondant aux avis en TE

³⁰ Allegra LEROUX : IPA dermatologie

³¹ Anne RATELET : IPA en VIH et bientôt EMA

³² Adeline BARADARAN : IPA VIH et EMA

³³ Armelle PEGEOT : é IPA VIH-PreP

³⁴ Sammy NGUENE, IPA VIH

³⁵ Isabelle DUVIGNAU : IPA santé sexuelle

³⁶ Lysandre BLANCKEMAN : étudiante IPA VIH et vaccination

³⁷ Clarisse ROBIN : IPA dermatologie

³⁸ IDE EMA Perpignan, élu au groupe paramédical SPILF, et participant à la rédaction du PC EMA

sur ce sujet. Le service d'infectiologie est d'ailleurs porteur d'un projet pour coordonner un réseau ville-hôpital en ce sens.

Seul bémol, l'IDE d'EMA ne pourrait répondre qu'à trop peu d'avis médicaux (estimés entre 27 et 55 annuels) pour soulager significativement la charge de travail des médecins du service. A noter aussi que si la TE en infectiologie s'ouvrait aux IDE, cela nécessiterait une réflexion sur le remplacement lors des absences de l'IDE d'EMA.

4.3 Projection financière

Au-delà de la plus-value en terme d'offre de soin, si on ouvrait la TE en infectiologie aux IDE, un bénéfice annuel estimé à 39.680€ cumulés³⁹ permettrait aisément d'autofinancer le 0.5 ETP chargé infirmier. Surtout si l'on considère toutes les IDE n'ayant pas répondu à l'enquête et qui pourraient manifester un intérêt à la TE en infectiologie.

Attention toutefois au vide juridique qui entoure le système de cotations des protocoles de coopération. En effet, l'habitude veut qu'on cote l'acte médical du délégué réalisé par l'IDE délégué de la même façon ; soit 20€ par avis donné. Toutefois, les textes législatifs ne statuent pas sur ce point. Il faudra surveiller la législation sur ce sujet.

4.4 Perspectives 2026

4.4.1 Campagne de communication

Via l'instance ville-hôpital, une campagne de communication pourrait être proposée pour convaincre les 714 médecins charentais n'utilisant pas encore la TE⁴⁰, ainsi que les IDE. Trois conditions devront toutefois être réunies : le PC d'EMA doit valider l'exercice infirmier en télémédecine, le service doit ouvrir la TE en infectiologie aux IDE charentaises et l'IDE d'EMA doit être en poste.

Cette campagne de communication aurait pour but de proposer une nouvelle offre de soin aux IDE de Charente sur le thème de l'infectiologie ; avec la nécessité de promouvoir l'autonomie infirmière. En effet, j'ai constaté en diffusant l'enquête que les IDE restent facilement exécutantes des prescriptions médicales et méconnaissent les possibilités que leur offre leur rôle propre infirmier, comme par exemple la mise à jour de la couverture vaccinale des

³⁹ 39.920 €, moins les frais de fonctionnement liés à l'abonnement du nouvel IDE expert à la plateforme utilisée : 20€ mensuels ; soit 240€

⁴⁰ Source OMNIDOC

résidents d'EHPAD. La capacité et la volonté des IDE interrogées, de réévaluer les antibiotiques prescrits par les médecins de leur centre n'ont pas été évaluées dans l'enquête.

4.4.2 Autre mode de financement

N'a été évaluée dans ce travail la viabilité du poste infirmier d'EMA que par le prisme de la TE. D'autres sources de revenus existent, par exemple le suivi clinique infirmier des patients sous antibiothérapie au long cours - en consultation et téléconsultation dans le cadre du PC à venir. Ces actes médicaux réalisés par un IDE se cotent habituellement CS (32€) ou APC (60€)[72].

On peut également penser aux programmes d'éducation thérapeutique du patient - plus difficile à rentabiliser sur un plan financier.

La formation en Développement Professionnel Continu est aussi un mode de revenu.

Par ailleurs, si l'IDE en EMA se forme en pratique avancée, ses consultations se coteront PAI.6 (60€) pour la première consultation de l'année, puis PAI.5 (50€) maximum 4 fois par an par patient[73]. A noter que l'IPA pourrait intervenir en HDJ.

L'autonomie de l'IPA pourra donner lieu à des consultations avancées en Charente ; des conventions financières peuvent alors être envisagées.

CONCLUSION

Rappelons l'hypothèse initiale : un exercice associant protocole de coopération et pratique avancée autorise un infirmier d'EMA à assurer des avis d'expert en TE, avec un impact favorable sur l'accès au soin et sa qualité, ainsi que l'autofinancement du poste.

Suite au travail de recherche bibliographique et de projection financière, on peut désormais affirmer que le projet d'implantation d'un IDE d'EMA en tant qu'expert requis dans un dispositif de TE est faisable. En effet, le PC d'EMA attendu pour 2026 légalisera d'une part la délégation de compétences médicales spécifiques en antibiothérapie, de l'infectiologue à cet IDE, en attendant l'évolution vers la pratique avancée. D'autre part il autorisera de fait la cotation des avis rendus, dont la projection financière est de 39.680€ annuels ; valeur ne tenant compte que des 160 IDE ayant répondues à l'enquête territoriale. Une somme plus que nécessaire à l'autofinancement du mi-temps chargé infirmier. Trois conditions sont toutefois à réunir. La première est que le futur PC d'EMA valide bien l'exercice infirmier en télémédecine comme le présuppose son appel à manifestation d'intérêt. La seconde condition est d'ouvrir la TE en infectiologie aux IDE charentaises. Enfin la troisième condition est que le poste infirmier en EMA soit pourvu.

Après l'étude de faisabilité du projet, examinons ici sa pertinence en quatre arguments. Tout d'abord l'analyse de l'enquête démontre que le projet d'implanter un IDE d'EMA en tant qu'expert requis dans un dispositif de TE, répond bel et bien à un besoin territorial en matière de réseau ville-hôpital. Certaines IDE souhaitent même s'y investir et proposent déjà des solutions pour le structurer.

Le PC concourt à la pertinence du projet en donnant aussi un encadrement légal au suivi clinique infirmier. Il contribue alors à l'épanouissement de cette profession en complétant les missions habituellement retrouvées en EMA : formation, coordination, voire recherche. La pertinence s'exprime encore par le fait que le projet s'empare d'innovations en santé numérique pour pallier à la tension en ressource médicale, notamment en infectiologie. Enfin, le projet permet à la TE, au-delà de l'autofinancement démontré, d'agir comme porte d'entrée pour la création de nouvelles activités, rendant le service et l'hôpital plus attractif : augmentation de la file active, consultation, hospitalisation de jour et complète.

Le sujet innovant de ce mémoire pousse d'une part à garder un œil attentif sur l'évolution d'un nouveau mode d'exercice infirmier - entre PC et pratique avancée, et d'autre part à envisager une prochaine étude dont l'objectif serait de confirmer la viabilité du projet en vie réelle.

BIBLIOGRAPHIE

-
- [1] « Dossier complet – Département de la Charente (16) | Insee ». Consulté le: 3 septembre 2025. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/201101?geo=DEP-16#chiffre-cle-8>
 - [2] « Un enfant sur cinq confronté à la pauvreté en Nouvelle-Aquitaine - Insee Flash Nouvelle-Aquitaine - 113 ». Consulté le: 21 août 2025. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/8244237>
 - [3] DGS_Céline.M et DGS_Céline.M, « Une seule santé : l'antibiorésistance concerne les Hommes mais aussi les animaux et l'environnement », Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. Consulté le: 3 septembre 2025. [En ligne]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/les-antibiotiques-des-medicaments-essentiels-a-preservedes-antibiotiques-a-l-antibioresistance/article/une-seule-sante-l-antibioresistance-concerne-les-hommes-mais-aussi-les-animaux>
 - [4] DGS_Céline.M et DGS_Céline.M, « L'antibiorésistance : pourquoi est-ce si grave ? », Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. Consulté le: 27 juin 2025. [En ligne]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/les-antibiotiques-des-medicaments-essentiels-a-preservedes-antibiotiques-a-l-antibioresistance/article/l-antibioresistance-pourquoi-est-ce-si-grave>
 - [5] « Présentation de la feuille de route 2025-2027 pour garantir la disponibilité des produits de santé en France | Direction générale des Entreprises ». Consulté le: 2 septembre 2025. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.entreprises.gouv.fr/la-dge/actualites/presentation-de-la-feuille-de-route-2025-2027-pour-garantir-la-disponibilite-des>
 - [6] « La maîtrise de l'antibiorésistance, une priorité de santé publique ». Consulté le: 27 juin 2025. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/la-maitrise-de-lantibioresistance-une-priorite-de-sante-publique>
 - [7] « Une feuille de route pour une télésanté éthique et solidaire en Nouvelle-Aquitaine 2025-2027 : «télésanté, l'accès aux soins pour tous» ». Consulté le: 11 juillet 2025. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/une-feuille-de-route-pour-une-telesante-ethique-et-solidaire-en-nouvelle-aquitaine-2025-2027-0>
 - [8] E. Masson, « La santé numérique », EM-Consulte. Consulté le: 26 juin 2025. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1735377/alertePM>
 - [9] « WEBINAIRE-TLX-GCS-SARA-051223.pdf ». Consulté le: 27 juin 2025. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.sante-ara.fr/wp-content/uploads/2024/01/WEBINAIRE-TLX-GCS-SARA-051223.pdf>
 - [10] « Téléconsultation et téléexpertise : guide de bonnes pratiques », Haute Autorité de Santé. Consulté le: 27 juin 2025. [En ligne]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2971632/fr/teleconsultation-et-teleexpertise-guide-de-bonnes-pratiques

- [11] M. du Travail, de la Santé, des S. et des Familles, M. du Travail, de la Santé, et des S. et des Familles, « La télésurveillance », Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. Consulté le: 27 juin 2025. [En ligne]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telesante-pour-l-acces-de-tous-a-des-soins-a-distance/la-telesurveillance-11332/>
- [12] « La téléassistance | Pour les personnes âgées ». Consulté le: 27 juin 2025. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-a-domicile/beneficier-d-aide-a-domicile/la-teleassistance>
- [13] DGOS_Michel.C et DGOS_Michel.C, « La téléexpertise », Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. Consulté le: 27 juin 2025. [En ligne]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telesante-pour-l-acces-de-tous-a-des-soins-a-distance/article/la-teleexpertise>
- [14] R. Ohannessian *et al.*, « Letter to the Editor: France Is the First Country to Reimburse Tele-Expertise at a National Level to All Medical Doctors », *Telemed. E-Health*, vol. 27, n° 4, p. 378-381, avr. 2021, doi: 10.1089/tmj.2020.0083.
- [15] « La téléexpertise ». Consulté le: 27 juin 2025. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/orthophoniste/exercice-liberal/telesante/teleexpertise>
- [16] « Décret n° 2021-707 du 3 juin 2021 relatif à la télésanté - Légifrance ». Consulté le: 27 juin 2025. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043596730>
- [17] *Avis du 19 mars 2022 relatif à l'avenant n° 5 à la convention nationale des sages-femmes signée le 11 octobre 2007.*
- [18] Agence du Numérique en Santé, *Ethique du numérique en santé: cas d'usage téléexpertise*, (10 novembre 2023). Consulté le: 27 juin 2025. [En ligne Vidéo]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=PolXURI7Ggg>
- [19] C. Chevandier, « Pistes pour une histoire de la qualification des infirmières françaises », *Rech. Soins Infirm.*, vol. 139, n° 4, p. 31-48, 2019, doi: 10.3917/rsi.139.0031.
- [20] E. Masson, « La télémédecine Gériatrix : une solution pour la prise en charge des patients âgés fragiles et dépendants », EM-Consulte. Consulté le: 3 juillet 2025. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1735384/la-telemedecine-geriatrix-une-solution-pour-la-pri>
- [21] « Téléexpertise Nouvelle-Aquitaine ». Consulté le: 11 juillet 2025. [En ligne]. Disponible sur: <https://teleexpertise-nouvelleauquitaine.fr/>
- [22] L. Jovic *et al.*, « L'enseignement des sciences infirmières en France : contenus et stratégies », *Rech. Soins Infirm.*, vol. 119, n° 4, p. 8-40, 2014, doi: 10.3917/rsi.119.0008.
- [23] F. Devos, P.-Y. Ancel, J.-M. Tréluyer, et H. Chappuy, « Diffusion des connaissances scientifiques de la recherche à la pratique infirmière : revue narrative de la littérature », *Rev. Francoph. Int. Rech. Infirm.*, vol. 5, n° 3, oct. 2019, doi: 10.1016/j.refiri.2019.06.006.
- [24] L. Melchiori, « Loi infirmière : texte adopté à l'unanimité en première lecture », Santé Mentale. Consulté le: 27 juin 2025. [En ligne]. Disponible sur:

<https://www.santementale.fr/2025/03/assemblee-nationale-adopte-unanimité-texte-refonteprofession-infirmiere/>

- [25] « Nouvelles missions, consultation infirmière, droit de prescription : les députés votent à l'unanimité une réforme du métier d'infirmier | LCP - Assemblée nationale ». Consulté le: 27 juin 2025. [En ligne]. Disponible sur: <https://lcp.fr/actualites/nouvelles-missions-consultation-infirmiere-droit-de-prescription-les-deputes-votent-a-l-assemblee>
- [26] « Adoption de la proposition de loi sur la profession d'infirmier en première lecture à l'Assemblée Nationale - Réaction de l'Ordre National des Infirmiers », Ordre national des infirmiers. Consulté le: 27 juin 2025. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.ordre-infirmiers.fr/adoption-de-la-proposition-de-loi-sur-la-profession-d-infirmier-en-premiere-lecture-a-l-assemblee>
- [27] « Formation EBN-EBP : soins et pratiques basés sur les preuves », Grieps, organisme de formation conseil santé. Consulté le: 27 juin 2025. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.grieps.fr/produit/ebn-ebp-soins-et-pratiques-bases-sur-des-preuves/>
- [28] F. Acker, « Formation universitaire et recherche infirmière : un chantier pour la profession, la santé et la société ? », *Rech. Soins Infirm.*, vol. 93, n° 2, p. 122-124, 2008, doi: 10.3917/rsi.093.0122.
- [29] « Bilan et grands chantiers infirmiers pour 2025 selon le SNPI », Infirmiers.com. Consulté le: 27 juin 2025. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.infirmiers.com/profession-ide/bilan-et-grands-chantiers-infirmiers-pour-2025-selon-le-snpi>
- [30] M. Hutchinson, M. Higson, M. Cleary, et D. Jackson, « Nursing expertise: a course of ambiguity and evolution in a concept », *Nurs. Inq.*, vol. 23, n° 4, p. 290-304, déc. 2016, doi: 10.1111/nin.12142.
- [31] S. Kupferschmid, C. Bollondi-Pauly, et M.-J. Roulin, « Apports et difficultés liés à la participation d'infirmières expérimentées à un journal club : une analyse de contenu qualitative », *Rech. Soins Infirm.*, vol. 114, n° 3, p. 79-85, 2013, doi: 10.3917/rsi.114.0079.
- [32] T. D. Koschmann, « Mind over machine: The power of human intuition and expertise in the era of the computer: Hubert L. Dreyfus and Stuart E. Dreyfus (Basil Blackwell, Oxford, 1986); 223 pages, £15.00 », *Artif. Intell.*, vol. 33, n° 1, p. 135-140, sept. 1987, doi: 10.1016/0004-3702(87)90056-7.
- [33] P. Benner, « From novice to expert », *Am. J. Nurs.*, vol. 82, n° 3, p. 402-407, mars 1982.
- [34] B. Edwards, « A & E nurses' constructs on the nature of nursing expertise: a repertory grid technique », *Accid. Emerg. Nurs.*, vol. 6, n° 1, p. 18-23, janv. 1998, doi: 10.1016/s0965-2302(98)90053-4.
- [35] M. Krishnasamy *et al.*, « Defining Expertise in Cancer Nursing Practice », *Cancer Nurs.*, vol. 44, n° 4, p. 314-322, août 2021, doi: 10.1097/NCC.0000000000000805.
- [36] T. Psiuk, « Vers l'infirmière clinicienne experte... », *Rech. Soins Infirm.*, vol. 81, n° 2, p. 5-5, 2005, doi: 10.3917/rsi.081.0005.

- [37] « Infirmier référent - Quel rôle et quelle expertise ? », Infirmiers.com. Consulté le: 28 août 2025. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.infirmiers.com/profession-ide/infirmier-referent-quel-role-etquelle-expertise>
- [38] V. Berger et F. Ducharme, « Le leadership infirmier: un atout indispensable pour le développement de la discipline et de la profession », *Rech. Soins Infirm.*, vol. 136, n° 1, p. 6-6, mai 2019, doi: 10.3917/rsi.136.0006.
- [39] S. Welch, « Competence to expertise in nursing practice », *Contemp. Nurse*, vol. 61, n° 2, p. 195-202, avr. 2025, doi: 10.1080/10376178.2024.2445276.
- [40] D. Vasseur, « [The first priority of the Society will be the recognition of nursing expertise] », *Soins. Pediatr. Pueric.*, n° 249, p. 7, août 2009.
- [41] C. Robin, L. Poiroux, J. Delaunay, P. Seuwou, L. Martin, et E. Démoulin, « Tele-expertise assessment of chronic wounds by advanced practice dermatology nurses », *Ann. Dermatol. Venereol.*, vol. 151, n° 2, p. 103273, juin 2024, doi: 10.1016/j.annder.2024.103273.
- [42] J. J. Morand, « Telemedicine in dermatology during external operations », *Med. Sante Trop.*, vol. 27, n° 4, p. 375-382, nov. 2017, doi: 10.1684/mst.2017.0732.
- [43] S. Guillouët, « [Digital health] », *Rev. Infirm.*, vol. 74, n° 309, p. 14-16, mars 2025, doi: 10.1016/j.revinf.2025.03.002.
- [44] K. Adambounou *et al.*, « A low-cost tele-imaging platform for developing countries », *Front. Public Health*, vol. 2, p. 135, 2014, doi: 10.3389/fpubh.2014.00135.
- [45] P. Villain, F. Mouriaux, et M. Soethoudt, « [Feasibility study of tele-ophthalmology in a prison setting] », *J. Fr. Ophthalmol.*, vol. 48, n° 6, p. 104512, juin 2025, doi: 10.1016/j.jfo.2025.104512.
- [46] C. Robin, L. Poiroux, J. Delaunay, P. Seuwou, L. Martin, et E. Démoulin, « Tele-expertise assessment of chronic wounds by advanced practice dermatology nurses », *Ann. Dermatol. Vénéréologie*, vol. 151, n° 2, p. 103273, juin 2024, doi: 10.1016/j.annder.2024.103273.
- [47] S. R. Pasadyn, J. L. McAfee, A. Vij, et C. B. Warren, « Store-and-forward teledermatology impact on diagnosis, treatment and dermatology referrals: Comparison between practice settings », *J. Telemed. Telecare*, vol. 28, n° 3, p. 177-181, avr. 2022, doi: 10.1177/1357633X20925269.
- [48] B. Mohan *et al.*, « Impact of a nurse-led teleconsultation strategy for cardiovascular disease management during COVID-19 pandemic in India: a pyramid model feasibility study », *BMJ Open*, vol. 12, n° 7, p. e056408, juill. 2022, doi: 10.1136/bmjopen-2021-056408.
- [49] R. Zwingerman *et al.*, « Expanding Urgent Oncofertility Services for Reproductive Age Women Remote from a Tertiary Level Fertility Centre by Use of Telemedicine and an On-site Nurse Navigator », *J. Cancer Educ. Off. J. Am. Assoc. Cancer Educ.*, vol. 35, n° 3, p. 515-521, juin 2020, doi: 10.1007/s13187-019-01490-w.

- [50] C. Ronquillo, V. S. Dahinten, V. Bungay, et L. M. Currie, « Nurses' Use of mHealth Functions », *Stud. Health Technol. Inform.*, vol. 284, p. 280-284, déc. 2021, doi: 10.3233/SHTI210723.
- [51] J.-M. Januel, « 11e révision de la Classification internationale des maladies : une opportunité pour les soins infirmiers ? », *Rech. Soins Infirm.*, vol. 145, n° 2, p. 5-6, juill. 2021, doi: 10.3917/rsi.145.0005.
- [52] « Article R4301-1 - Code de la santé publique - Légifrance ». Consulté le: 29 juin 2025. [En ligne]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000051014940
- [53] « La pratique avancée : un nouveau métier d'infirmier aux compétences élargies ». Consulté le: 29 juin 2025. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/la-pratique-avancee-un-nouveau-metier-dinfirmier-aux-competences-elargies>
- [54] « Le numérique et l'exercice infirmier, opportunités et disparités entre l'hôpital et la ville - ClinicalKey ». Consulté le: 28 juin 2025. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.clinicalkey.fr/#!/content/journal/1-s2.0-S0038081419302245>
- [55] « Article L4151-1 - Code de la santé publique - Légifrance ». Consulté le: 29 juin 2025. [En ligne]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031930152
- [56] « Arrêté du 1er mars 2021 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Radiologues interventionnels et Manipulateurs en électroradiologie médicale pour la pose des PICC-line en salle de radiologie interventionnelle » - Légifrance ». Consulté le: 29 juin 2025. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043205357>
- [57] « Télé-expertise : nomenclature en préparation ». Consulté le: 1 juillet 2025. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.numerikare.be/fr/actualites/e-health/tele-expertise-nomenclature-en-preparation.html>
- [58] DG, « LE blog de tous les PMSI ». Consulté le: 3 juillet 2025. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.lespmsi.com/chatgpt-et-le-pmsi/>
- [59] DGOS_Michel.C et DGOS_Michel.C, « Les protocoles de coopération », Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. Consulté le: 29 juin 2025. [En ligne]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-établissement-de-santé-medico-social/cooperations/cooperation-entre-professionnels-de-santé/article/les-protocoles-de-cooperation>
- [60] « Arrêté du 1er mars 2021 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Consultation Infirmier(e) 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 » - Légifrance ». Consulté le: 29 juin 2025. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043220434>
- [61] Arrêté du 4 mars 2021 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Médecins anesthésistes-réanimateurs et Infirmiers Diplômés d'Etat pour la pose de Midline ».

- [62] *Arrêté du 1er mars 2021 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Transfert de compétence : pose de voie veineuse centrale par l'IDE ».*
- [63] *Arrêté du 14 mars 2022 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge des plaies chroniques des membres inférieurs et du pied diabétique par un(e) IDE ».*
- [64] « Arrêté du 1er mars 2021 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Evaluation et suivi de plaies complexes et/ou à retard de cicatrisation par un(e) infirmier(e) expert(e) en plaies et cicatrisation dans le cadre d'un réseau pouvant fonctionner en télémédecine » - Légifrance ». Consulté le: 29 juin 2025. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043205239>
- [65] DGOS_Michel.C et DGOS_Michel.C, « Les protocoles locaux de coopération », Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. Consulté le: 25 août 2025. [En ligne]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-établissement-de-santé-medico-social/cooperations/cooperation-entre-professionnels-de-santé/article/les-protocoles-locaux-de-coopération>
- [66] « Densité des infirmiers diplômés d'État - Pour 100.000 habitants - Charente | Insee ». Consulté le: 2 juillet 2025. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/010761691>
- [67] V. Gantier, É. Dousset, K. Lassalle, C. Raybaud, et T. Jezequel, « [Overview of clinical skills used by IPAs and collaboration with medical staff] », *Soins Rev. Ref. Infirm.*, vol. 70, n° 892, p. 52-58, 2025, doi: 10.1016/j.soin.2024.11.012.
- [68] « Infirmiers en pratique avancée (IPA) en Nouvelle-Aquitaine ». Consulté le: 1 juillet 2025. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/infirmiers-en-pratique-avancee-ipa-en-nouvelle-aquitaine>
- [69] M. Lenoir-Salfati et Y. Ouharzoune, « [The concept of advanced practice should not be confused with those of expertise or specialization] », *Soins. Pediatr. Pueric.*, n° 281, p. 5-6, 2014.
- [70] biniasz, « Démographie : le “rapport Berland” », Les Généralistes CSMF. Consulté le: 28 août 2025. [En ligne]. Disponible sur: <https://lesgeneralistes-csmf.fr/2003/01/15/demographie-le-rapport-berland/>
- [71] A. Baradaran *et al.*, « Mise en place du suivi des PVVIH par une IPA à l'hôpital », *Médecine Mal. Infect. Form.*, vol. 4, n° 2, Supplement, p. S160, juin 2025, doi: 10.1016/j.mmifmc.2025.04.333.
- [72] « La valorisation des consultations de second recours et d'expertise ». Consulté le: 29 août 2025. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/textes-reference/convention-medicale-2024-2029/grands-axes-convention-detail/mesures-attractivite-exercice-liberal/revalorisation-consultations-actes/valorisation-consultations-second-recours-expertise>
- [73] « Les tarifs applicables en métropole, dans les départements d'outre-mer et à Mayotte ». Consulté le: 29 août 2025. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/infirmier/exercice-liberal/facturation-remuneration/tarifs-conventionnels/tarifs>

ANNEXES

Annexe 1 : « Appel à manifestation d'intérêt pour PC EMA »

Comité national des coopérations interprofessionnelles

APPEL A MANIFESTATION D'INTERET (AMI) POUR L'ELABORATION D'UN PROTOCOLE NATIONAL DE COOPERATION

Conformément aux articles L. 4011-1 à L. 4011-3 du code de la santé publique

Thématique cible : Gestion d'une stratégie thérapeutique dans le champ de l'antibiothérapie par des infirmiers experts exerçant dans des services d'infectiologie et des équipes multidisciplinaires en antibiothérapie (EMA)

Date de publication de l'AMI : 27/03/2024

Date de clôture des candidatures : 13/05/2024

Date de sélection de l'équipe projet (*l'équipe projet sélectionnée pourra le cas échéant regrouper plusieurs équipes candidates à la suite de la sélection effectuée par le Comité National des Coopérations Interprofessionnelles - CNCI*) :

Candidature : toute équipe composée de professionnels de santé directement concernés par l'AMI (cf. rubrique « professions concernées ») et volontaire pour rédiger à la suite de la sélection, le projet définitif du protocole de coopération.

Engagement de l'équipe candidate : élaborer le protocole avec l'appui du Comité National des Coopérations Interprofessionnelles (CNCI), et des conseils nationaux professionnels et des ordres des professions concernées, et en coopération avec les autres équipes éventuellement sélectionnées

Critères de recevabilité et de sélection des candidatures : sous réserve de la complétude du formulaire à renseigner en annexe et des pièces obligatoires à fournir, les réponses seront étudiées par le CNCI dont le fonctionnement est fixé par le décret n° 2020-140 du 21 février 2020 selon :

- a. le respect du délai de réponse
- b. la complétude de la réponse en annexe à renseigner directement sur la plateforme en suivant le lien suivant

<https://www.demarches-simplifiees.fr/commencer/ami-coop-antibiotherapie-en-ema-et-services-d-infectiologie>

- c. la conformité du profil et de la composition de l'équipe aux objectifs du protocole de coopération
- d. la capacité à rédiger et à mettre en œuvre le protocole de coopération
- e. la pertinence des transferts d'actes et d'activités proposés par rapport aux objectifs du protocole
- f. le respect des exigences de qualité et de sécurité définies par le décret du 27 décembre 2019

Rubriques	Description de l'AMI
1- Thématique ciblée / intitulé du protocole	Gestion d'une stratégie thérapeutique dans le champ de l'antibiothérapie par des infirmiers experts exerçant dans des services d'infectiologie et des équipes multidisciplinaires en antibiothérapie (EMA)
2- Objet/besoin de santé et/ou de prévention concerné par le protocole de coopération	Ce protocole vient en appui au déploiement du plan de lutte contre l'antibiorésistance. Il est attendu des répondants à l'AMI qu'ils documentent particulièrement les points suivants : <ul style="list-style-type: none">• Les objectifs du protocole dans le contexte des besoins des EMA de :<ul style="list-style-type: none">- Développer de nouvelles modalités d'organisations interprofessionnelles- Etendre / sécuriser des compétences pour garantir la qualité et la sécurité des soins aux patients

Comité national des coopérations interprofessionnelles

	<ul style="list-style-type: none"> - Valoriser une expertise infirmière au service d'une organisation soignante optimisée • Le cadre d'expertise proposé aux délégués, en particulier <ul style="list-style-type: none"> - Leur secteur d'intervention : intra-hospitalier, soins de ville, secteur médico-social. - Leurs champs et périmètres d'intervention : conseils auprès des professionnels de santé, consultation auprès des patients, activité stratégique sur le bon usage des antibiotiques... - Le recours à la télémédecine • Les qualifications et l'expérience professionnelles requises des délégants et délégués • Les critères d'inclusion et d'exclusion des patients dans le protocole, que ce soit en termes d'âge, de pathologie, de type d'antibiothérapie... • La nature précise des délégations d'actes et d'activités aux infirmières qui peuvent par exemple concerter : <ul style="list-style-type: none"> - la prescription initiale du (des) traitement (s) antibiotique (s) - le suivi et l'adaptation de ce (s) traitement (s) - la compensation / prévention des effets secondaires - des activités de santé publique en matière de bon usage des antibiotiques et de prévention des infections ... • La description synthétique de la formation théorique et pratique requise pour l'exercice de ces nouvelles compétences.
3- Objectifs du protocole pour les patients et la structure/l'équipe - Résultats attendus	<ul style="list-style-type: none"> • Pour la santé publique : bon usage des antibiotiques, limitation du développement de la résistance bactérienne, optimisation de l'efficience des protocoles anti-infectieux. • Pour les patients : meilleur accès au soin et sécurisation de leur prise en charge • Pour les délégués : consolidation et valorisation de leur expérience et expertise professionnelles • Pour les délégants : libération de temps médical au bénéfice de la prise en soin de nouveaux patients.
4- Indicateurs de suivi annuel du protocole	<p>Cinq indicateurs sont obligatoires :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de patients effectivement pris en charge au titre du protocole • Taux de retours non prévus par le protocole vers le médecin délégué • Taux d'évènements indésirables déclarés • Taux d'évènements indésirables graves (suspension ou arrêt du protocole possible) • Taux de satisfaction des équipes engagées dans la mise en œuvre du protocole <p>D'autres indicateurs peuvent être proposés par les répondants à l'AMI.</p>
5- Profil des équipes candidates et professions de santé concernées¹	<ul style="list-style-type: none"> • Délégants : médecins exerçant dans les EMA ou dans les services d'infectiologie • Délégués : infirmiers exerçant dans des EMA et/ou des services d'infectiologie
6- Lieux de mise en œuvre	EMA et services d'infectiologie sur l'ensemble du territoire national

¹ Liste des professions : [article L. 4011-1 du code de la santé publique](#)

Comité national des coopérations interprofessionnelles

3

Annexe 2 : « Modèle de l'enquête territoriale »

19/06/2025 16:17

Enquête sur un projet de télé-expertise infirmière en infectiologie, porté par le CH d'Angoulême | Framaforms.org

MENU

Enquête sur un projet de télé-expertise infirmière en infectiologie, porté par le CH d'Angoulême

Prévisualisation du formulaire

--- 1- On fait connaissance (7 questions) : ---
(Les champs ci-dessous seront affichés sur une nouvelle page)

Âge

Sexe

- Femme
- Homme
- Transgenre

Milieu d'exercice

- rural
- semi-rural
- urbain

Ancienneté d'exercice

- < 5 ans
- 6 - 15 ans
- 15 - 30 ans
- > 31 ans

Métier

- IDE
- IPA
- cadre de santé
- autre: merci de préciser

Si besoin, préciser votre métier

Mode d'exercice (plusieurs choix possible)

- encadrement - management
- service de soin
- coordination
- protocole de coopération
- autre : merci de préciser

si besoin, préciser le mode d'exercice**Type d'exercice (plusieurs choix possible)**

- hôpital
- clinique
- EHPAD
- FAM
- HAD
- prestataire privé de Charente
- libéraux de ville
- IDE déléguée à la santé publique ASALEE
- intérim
- service de santé au travail
- autre: merci de préciser

autre type d'exercice**--- 2- Etat des connaissances (7 questions) : ---**

(Les champs ci-dessous seront affichés sur une nouvelle page)

Connaissez-vous la télé-expertise ?

- Oui
- Non
- Pas vraiment

Pensez-vous qu'il existe une télé-expertise pour les IDE en Charente ?

- Oui

- Non
- Ne sais pas

Si oui, l'utilisez-vous ?

- Oui
- Non

Pensez-vous que ce service est :

- Payant
- Gratuit
- Source de revenu
- Ne sais pas

A votre avis, combien pourriez-vous toucher pour un avis demandé ?

- 0 euro
- 5 euros
- 10 euros
- Ne sais pas

--- INFO: La télé-expertise permet à un professionnel de santé (sans le patient) de solliciter l'avis d'un expert : aide au diagnostic, interprétation de résultats, avis sur un traitement. Ce dispositif est source de revenu pour le demandeur et l'expert. ---
 (Les champs ci-dessous seront affichés sur une nouvelle page)

--- Si la télé-expertise infirmière voyait le jour (4 questions) : ---
 (Les champs ci-dessous seront affichés sur une nouvelle page)

Quel(s) parcours de soin vous intéresseraient le plus ? En infectiologie:

- plaie chronique et pansement complexe
- Gestion des antibiotiques: interaction, modalités d'administration, intolérance, efficacité
- Gestion des cathéters périphériques et centraux (Midline, Picline, chambre implantable, cathéter tunnélisé): demande de pose, conduite à tenir en cas d'inflammation, réfection de pansement de cathéter, ...
- Hygiène: modalités de prélèvements : ECBU, hémoculture, isolement de contact et respiratoire
- Vaccination: adulte, immunodéprimé, pour un voyage, chez un professionnel
- CeGIDD: modalités de test (PCR, TROD, sérologies), AES, PreP, traitement IST
- Médecin du voyage: traitement antipaludique, recommandations hygiène
- autre

Quel(s) parcours de soin vous intéresseraient le plus ? Hors infectiologie:

- Soin de stomie
- Douleur

- Soins palliatifs: accompagnement, continuité des soins, coordination hospitalière et domicile
- Oncologie: suivi post-hospitalisation, traitements à domicile, lien avec les oncologues
- Diabétique: suivi de l'équilibre glycémique, prévention des complications, ETP
- Insuffisance cardiaque: optimisation des traitements, prévention des réhospitalisations
- insuffisance respiratoire: BPCO, asthme sévère, suivi à domicile, gestion des exacerbations
- Réhabilitation post-AVC: suivi des patients, rééducation, coordination avec les kinésithérapeutes et orthophonistes
- Patients âgés fragile: PAERPA (parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie): prévention des hospitalisations, suivi gériatrique
- chirurgie programmée (orthopédie, digestif, urologie, etc.): organisation pré et postopératoire, suivi des convalescences,
- Soins non programmés: urgences évitables, télémédecine, alternatives aux passages aux urgences
- ETP
- autre

MANUEL

A quelle fréquence utiliseriez-vous la télé-expertise ?

- Une fois par jour ?
- Une fois par semaines ?
- Une fois par mois ?
- Une fois par an ?
- Jamais
- Ne sais pas

Vous définissez-vous comme IDE expert.e pour répondre à un avis ?

- Oui
- Non
- NSP

Si oui, merci de développer : (vous pourrez laisser votre mail à la fin de l'enquête)**--- 4- Votre avis nous intéresse (2 questions) : ---**

(Les champs ci-dessous seront affichés sur une nouvelle page)

Souhaitez-vous participer au montage:

- De la télé-expertise infirmière en tant qu'IDE demandeur.se d'un avis ?
- De la télé-expertise infirmière en tant qu'IDE expert.e ?

Non

FRA FORMS

En quelques mots, avez-vous des suggestions pour améliorer la coordination GHT-médecine de ville - cliniques privées ?

Si vous êtes intéressés.ées" par la télé-expertise, le réseau ville-hôpital ou les résultats de cette enquête, merci de laisser votre adresse mail :

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire. Guillaume Arnou - infirmier en EMA - service infectiologie du CH d'Angoulême Dr Grosset Marine - médecin - service infectiologie du CH d'Angoulême Contact : guillaume.arnou@ch-angouleme.fr

Annexe 3 : « Affiche pour promouvoir le remplissage de l'enquête »

Donnez votre avis !

Infirmier au centre hospitalier d'Angoulême (**CHA**), dans le cadre du diplôme universitaire « thérapeutique anti-infectieuse », je rédige un mémoire sur la **téléexpertise infirmière** - sous la direction du Dr Grosset, infectiologue au CHA.

Cet écrit a pour but d'évaluer la faisabilité et la pertinence de l'implantation en téléexpertise d'un IDE expert, exerçant en équipe multidisciplinaire d'antibiotique.

Ce travail s'appuie sur une **enquête** diffusée **auprès des infirmières** de Charente ; en lien avec le **réseau ville-hôpital**.

L'idée est d'évaluer leur connaissance sur la téléexpertise et de mesurer leur utilisation si ce dispositif venait à voir le jour à destination des IDE – en infectiologie entre autre.



- VOUS ETES IDE ?
- CETTE ENQUETE EST FAITE POUR VOUS
- < 5 MINUTES

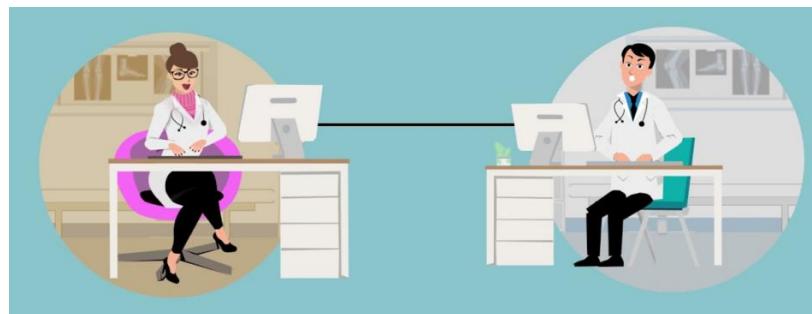
Merci pour votre contribution.

Restant à votre disposition pour tout complément d'information.

Cordialement

Guillaume ARNOU

- CeGIDD-16, ETP
 - Technicien d'étude clinique VIH
- The logos include: CeGIDD-16 (red and blue stylized letters), CENTRE HOSPITALIER ANGOULÈME (with address: Rond-Point de Girat CS 55015 Saint-Michel 16193 ANGOULÈME CEDEX 9), and GHT de Charente (green and blue logo).



ANNEXE 4 : Verbatim utilisé en réponse à la question « En quelques mots, avez-vous des suggestions pour améliorer la coordination GHT-médecine de ville – clinique privée ? »

Embaucher du personnel pour une meilleur coordination

Télé expertise, application téléphone ou logiciel informatique Universal pour le GHT qui permet un échange entre GHT et avec la ville

Plus de liens entre nous via modalités simples

Annuaire téléphonique avec adresse mails des IDE hospitaliers référents par spécialités à diffuser aux ASALEE

Communication entre les professionnels sur le suivi des patients

Avoir un même outil informatique pour transmettre toutes les données nécessaires à la prise en charge du patient

avoir le courrier de sortie d'hospitalisation, surtout un courrier dans le cadre de la santé mentale un outils commun où tous les spécialistes du patient pourraient y trouver les avis de chacun.

Disponibilité des médecins est modeste

Difficulté de joindre les secrétaires

Créer un réseau pour le parcours patient en plaie et cicatrisation

Communication réseau

Un meilleur partage des informations concernant les patients, informations données au cabinet d'IDE libérale pour les sorties d'hospitalisation

Transmissions claires, précises et surtout actualisées feraient gagner du temps à tous.

Accès télé expertise toutes spécialités et IPA spécialisées (diabète, santé mentale...) pour les IDE/IPA

mise en place de logiciel compatible!!

Un accès direct serait réellement un plus. On utilise les mails mais la télé expertise permet un accès sécurisé et reconnu

améliorer la communication inter établissement

Plus de communication entre professionnels de santé et de compréhension à propos du travail de chacun

Développer la création de poste de Coordinatrice de parcours

Faire connaître les réseaux, créer du lien, avoir de la disponibilité et de la réactivité face aux demandes, formation,

Plus de rencontre entre professionnels et de connaissances du travail de l'autre.

Via les CPTS des territoires

Il sera important d'avoir un support commun ou systématiquement utiliser le dossier médical du patient pour les compte rendu ou autre info

créer un outil de transmission via la carte vital ?

Annexe 5 : « post LinkedIn du 08 juillet 2025 »

Protocoles locaux de coopération : de l'innovation organisationnelle à l'impasse stratégique pour les professions de santé



Laurent SALSAC : Juriste en droit de la Santé | Président de l'Ordre des Infirmiers 37-41 | Infirmier en pratique avancée pathologies chroniques stabilisées prévention et polypathologies courantes

Introduction

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, dite *Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST)*, a posé les bases d'une refondation du système de santé, dans laquelle les coopérations interprofessionnelles tenaient un rôle central. Les *protocoles de coopération*, inscrits aux articles L.4011-1 et suivants du Code de la santé publique, avaient initialement pour vocation de décloisonner les pratiques et d'expérimenter des organisations innovantes. Ce dispositif, conçu comme un levier d'adaptation localisé, permet de déroger aux règles classiques de répartition des compétences entre professionnels de santé, à travers la délégation d'actes ou d'activités.

Mais depuis quelques années, un glissement s'opère : ce qui était pensé comme temporaire devient un substitut à une politique ambitieuse de transfert de compétences. Les protocoles, en particulier dans leur version *locale* (article D.4011-4-1 CSP), se multiplient, à tel point qu'ils tendent à se substituer aux formations diplômantes, aux statuts professionnels reconnus et à la construction de filières réglementées. Le résultat est doublement préoccupant : d'une part, l'éclatement du droit de l'exercice professionnel, devenu inégal et imprévisible ; d'autre part, un affaiblissement des professions déléguées, privées de reconnaissance statutaire, d'autonomie, et parfois de formation adéquate.

C'est pourquoi il convient d'analyser en profondeur cette dynamique, pour mieux en cerner les limites juridiques, les risques systémiques et les enjeux éthiques. Cette analyse se déclinera en deux parties : d'abord, le constat d'une fragilité du cadre juridique et d'une généralisation pernicieuse des dérogations ; ensuite, une critique des protocoles comme rustine politique, masquant l'urgence d'investir dans des modèles pérennes de transfert de compétences et de reconnaissance professionnelle.

« **Le provisoire dure toujours plus longtemps que le définitif.** » — Georges Clémenceau,
Discours parlementaire (1906)

I. Un cadre juridique déroutant : fragilités de l'encadrement et généralisation des dérogations

A. L'exception devenue norme : la dérégulation par la voie locale

Les protocoles locaux de coopération prévus à l'article D.4011-4-1 CSP sont, par définition, réservés à un champ d'application restreint : celui d'une équipe, d'un territoire, ou d'un établissement de santé. Leur logique est celle de l'innovation locale, adaptée à des contraintes spécifiques. Pourtant, dans les faits, ces dispositifs sont de plus en plus utilisés comme réponse standardisée aux difficultés systémiques : désertification médicale, engorgement des soins non programmés, pénurie de professionnels.

Ainsi, la logique d'exception se banalise. Le nombre croissant de protocoles locaux signés dans les GHT, les centres hospitaliers, les centres de santé ou les maisons de santé pluriprofessionnelles montre une dérive : ce qui devait être transitoire devient pérenne, sans jamais passer ces actes dans le droit commun. L'accès à certains soins repose désormais

structurellement sur ces mécanismes de dérogation, sans que le droit commun ne soit adapté en conséquence.

B. Un encadrement incertain et inégalitaire

« **Il n'est point de libertés sans sécurité juridique.** » — Conseil constitutionnel, Décision du 29 décembre 2005

Le décret du 27 décembre 2019 pose des exigences de qualité et de sécurité pour les protocoles locaux, mais leur mise en application reste hétérogène. Chaque ARS évalue les projets selon des critères souvent implicites, sans véritable doctrine commune. Il n'existe pas de standardisation nationale sur les modalités de formation du professionnel délégué, les critères d'éligibilité, les dispositifs de suivi ou les conditions de sortie du protocole.

Par ailleurs, les professionnels impliqués ne bénéficient d'aucune reconnaissance statutaire, ni d'un statut juridique protecteur. Leur responsabilité reste engagée, alors même qu'ils exercent sur la base d'une compétence déroutée, dérivant du protocole. Cette insécurité juridique est un frein majeur à la généralisation sérieuse de ces pratiques.

C. Une absence de lisibilité pour la profession et les usagers

La multiplication des protocoles aboutit à une lisibilité dégradée de l'offre de soins : d'un établissement à l'autre, les actes accessibles ou les professionnels habilités varient. Les patients eux-mêmes ne savent plus à qui s'adresser ni avec quelles garanties de compétence. Pour les professionnels, la coopération devient un exercice sous condition, non reconnu en dehors du lieu où le protocole est signé, et sans valorisation conventionnelle ni carrière. C'est une impasse statutaire. Elle entraîne une forme de fragilisation des professions délégataires, maintenues dans une position subordonnée et non autonome, où l'engagement professionnel ne trouve ni récompense ni reconnaissance pérenne.

II. Une rustine politique au détriment d'une politique ambitieuse de compétences et de soins

« **L'administration ne doit pas faire primer la logique de gestion sur celle du service public.** » — Rapport annuel du Conseil d'État, *Le service public*

A. L'illusion réformiste : coopérer pour pallier, non pour construire

La coopération est devenue un levier de gestion de crise : on délègue pour combler les absences, pour soulager une tension ponctuelle, ou pour faire fonctionner un service en sous-effectif. Mais ce recours, s'il répond à un besoin, masque la réalité d'une politique de désengagement : on renonce à structurer de véritables filières de formation et de compétences, pour se contenter de solutions adaptatives, temporaires, et inégalitaires.

Ce modèle est insoutenable. Il entraîne une perte de maîtrise à long terme des parcours professionnels, une hétérogénéité croissante de la qualité des soins, et une frustration professionnelle majeure chez les soignants.

B. Délégation d'actes vs transfert d'activité : une confusion pernicieuse

« **Ce qui se conçoit bien s'énonce clairement – et les mots pour le dire arrivent aisément.** » — Nicolas Boileau

Il est essentiel de distinguer :

- **La délégation d'actes**, prévue par protocole, exercée sous responsabilité du délégant, sans reconnaissance professionnelle ni référence statutaire ;
- **Le transfert de compétences**, fondé sur une formation universitaire, un cadre juridique intégré au droit commun, une responsabilité pleine et entière du professionnel formé.

Le premier produit de la subordination fonctionnelle, le second de l'émancipation professionnelle. Ce second modèle — celui des Infirmiers en Pratique Avancée (IPA), des kinésithérapeutes prescripteurs, ou des sages-femmes autonomes — garantit à la fois :

- La sécurité juridique,
- La stabilité professionnelle,
- Et la qualité des soins à travers une formation universitaire solide, validée, et un exercice autonome.

Le modèle des protocoles locaux est donc une impasse, car il ne crée ni filière, ni reconnaissance, ni continuité.

C. L'éclatement des compétences : jusqu'où ira la fragmentation ?

Chaque nouveau protocole pose une question centrale : jusqu'où ira cette logique de fragmentation ? Transférer un acte aujourd'hui, un pan entier de compétence demain ? Créer des pratiques sans base réglementaire, sans formation cohérente, sans cadre d'exercice ? La santé publique ne peut se construire sur des zones grises. Il est urgent d'évaluer ces dispositifs, de fixer des lignes rouges, et d'engager une véritable politique de reconnaissance statutaire. Sans cela, c'est la logique même des professions de santé qui se disloque, au profit de pratiques adaptées mais instables, innovantes mais précaires.

Conclusion

« Le droit n'est pas une affaire de facilité, mais de civilisation. » — Jean Carbonnier,
Flexible droit, 1969

L'analyse juridique et éthique des protocoles locaux de coopération met en lumière un véritable conflit d'intérêt structurel : entre, d'un côté, la volonté de former des professionnels autonomes, sûrs de leurs compétences, capables d'exercer dans un cadre juridique stabilisé ; et, de l'autre, la facilité apparente d'une délégation ponctuelle, rapide, sans portée structurelle ni pérennité. Ce n'est pas la coopération qu'il faut remettre en cause, mais son instrumentalisation. Coopérer ne doit pas signifier contourner, ni déposséder les professionnels de leur autonomie. Coopérer, c'est construire ensemble des compétences, les reconnaître, les encadrer, les valoriser. C'est pourquoi il faut mettre fin à cette logique de rustine, et s'engager dans une politique de transferts de compétences réels, fondés sur une formation exigeante, une autonomie reconnue, et une responsabilité assumée.

Autrement dit : il est temps d'arrêter le train avant qu'il ne déraille. Car ce qui se joue ici, ce n'est pas seulement une question d'organisation, mais l'avenir même de la qualité des soins et de la reconnaissance des professionnels de santé.