

Mise au point

# Infirmier de pratique avancée en allergologie : quelle formation et quelles compétences ?

## *Advanced practice nurse in allergy: Which education and competences?*

J.-L. Danan<sup>a,\*</sup>, G. Guyon<sup>a</sup>, C. Dury<sup>c</sup>, N. Petit<sup>a,d</sup>, H. Coudane<sup>a,e,f</sup>, G. Kanny<sup>a,g,h</sup>

<sup>a</sup> EA 7299, faculté de médecine, université de Lorraine, 9, avenue de la Forêt-de-Haye, 54500 Vandœuvre-les-Nancy, France

<sup>b</sup> Fine Europe, IFSI – CPN, 1, rue du Docteur-Archambault, BP 110, 54521 Laxou, France

<sup>c</sup> Haute école de Namur-Liège-Luxembourg, rue Saint-Donat (SS) 130, Namur 5002, Belgique

<sup>d</sup> Pneumologie et allergologie, centre hospitalier de Verdun, 2, rue d'Anthouard, 55100 Verdun, France

<sup>e</sup> Chirurgie arthroscopique, traumatologique et orthopédique de l'appareil locomoteur (ATOL), hôpital Central, CHU de Nancy, 54035 Nancy cedex, France

<sup>f</sup> Médecine légale et droit de la santé, faculté de médecine, 9, avenue de la Forêt-de-Haye, 54500 Vandœuvre-les-Nancy, France

<sup>g</sup> Médecine interne, immunologie clinique et allergologie, CHU de Nancy, 54500 Vandœuvre-les-Nancy, France

<sup>h</sup> Laboratoire d'hydrologie et climatologie médicales, faculté de médecine, 9, avenue de la Forêt-de-Haye, 54500 Vandœuvre-les-Nancy, France

Reçu le 5 juin 2014 ; accepté le 25 septembre 2014

Disponible sur Internet le 18 novembre 2014

### Résumé

Les dispositifs de santé en France comme à l'étranger sont traversés par de fortes tensions. Les causes sont multiples : démographie des professionnels de santé tendue, pathologies non transmissibles et chroniques en recrudescence... La nécessité de développer des modes de prises en charge novateurs plus efficaces devient une priorité. Le domaine de l'allergologie est concerné par ces tensions à plusieurs titres : une augmentation constante de la prévalence des pathologies allergiques, une nécessaire formation de médecins spécialistes pouvant prendre en charge la complexité des situations et développer de la recherche, une organisation de la santé nouvelle, alliant médecine hospitalière et de territoire. Des transferts de compétences entre professionnels de santé sont d'ores et déjà mis en place dans certaines spécialités médicales, en réponse aux besoins de santé des populations sur le territoire national et ce, en particulier dans les déserts médicaux. L'exercice infirmier en allergologie nécessite des compétences et une expertise non acquises par le diplôme initial d'infirmier. Les infirmiers qui exercent dans cette discipline peuvent apporter leur contribution au dispositif de santé, dès lors qu'ils ont bénéficié d'une formation académique en appui d'une solide expérience de terrain. À l'instar d'autres pays, les auteurs proposent un programme de formation d'infirmier de pratiques avancées en allergologie, de niveau master, répondant aux besoins de qualité des soins et de sécurité des patients.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Mots clés** : Pratique avancée ; Infirmier ; Allergologie ; Formation ; Compétences ; Transfert de compétences

### Abstract

Health devices in France and abroad are crossed by strong tensions. Causes are multiple: demography of health professionals strained, non-communicable and chronic diseases on the rise. The need to develop ways of more efficient innovative taken loads becomes a priority. The field of allergology is affected by these tensions in several respects: a steady increase in the prevalence of allergic diseases, necessary training of specialists that can handle complex situations and develop research, organization of new health system, combining hospital medicine and territory. Skills mix between health professionals are already implemented in some medical specialties, as a response to the health needs of populations in the country and especially in medical emptiness. The practice of nursing in allergology requires skills not acquired by the initial degree nursing expertise (bachelor). Nurses practicing in allergy can contribute to device health, when they received solid academic training and background, in support of

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [janelaudanan@yahoo.fr](mailto:janelaudanan@yahoo.fr) (J.-L. Danan).

a strong field experience. The authors analyze advanced practice training in different countries and propose a training program for master level in response to the needs of quality of care and patient safety in this area.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

*Keywords:* Advanced practice; Nurse; Allergy; Training; Competences; Skills transfer

## 1. Introduction

Le système de santé français, comme celui d'autres pays, est à une jonction critique de son évolution tant au niveau de la démographie des professions de santé que des aspects financiers et organisationnels. L'accès aux soins pour tous sur le territoire national n'est pas uniforme et la désertification médicale s'accroît notamment dans les disciplines médicales de pointe comme l'allergologie. L'allergologie n'est pas reconnue comme une spécialité en tant que telle [1]. Le rapport des professeurs Couraud et Pruvot préconise la création d'une formation spécialisée transversale en allergologie et immunologie clinique, soulignant la nécessité d'adapter le contenu pédagogique aux exigences de qualité de la discipline transversale en s'intégrant dans la logique du DES de spécialité [2].

Actuellement, la prévalence des maladies allergiques s'élève à plus de 25 % de la population, ce qui représente plus de 15 millions de personnes concernées en France [1]. À l'horizon 2020, c'est 40 % de la population mondiale qui pourrait être atteinte de ces pathologies. Il s'agit d'un véritable enjeu de santé publique. Une déclaration écrite a été présentée le 21 octobre 2013 au Parlement européen, au titre de l'article 123 de son règlement sur la nécessité de reconnaître les contraintes associées aux allergies [3]. Il est admis que plus de 150 millions de citoyens de l'Union européenne souffrent d'allergies chroniques dont plus de la moitié reste non diagnostiquée du fait d'un manque de connaissance et d'un déficit de médecins spécialistes. Près de 100 millions d'européens souffrent de rhinites allergiques et 70 millions souffrent d'asthme. Chez l'enfant, il s'agit des deux maladies non transmissibles les plus courantes et la cause la plus fréquente de visites dans les services d'urgence et des admissions à l'hôpital. Ces pathologies infantiles ont des conséquences certaines sur la vie scolaire et sociale [4]. En ce qui concerne les allergies alimentaires, les allergies graves présentant un risque de crise aiguë ou de réactions anaphylactiques potentiellement mortelles, c'est 17 millions d'européens qui sont concernés. Les allergies sont une cause sous-estimée de vieillissement en mauvaise santé et ont une incidence non négligeable sur les performances sociales, les résultats professionnels et donnent lieu à des inégalités socio-économiques [5,6]. La déclaration écrite sur la reconnaissance des contraintes associées aux allergies encourage la coopération et la coordination des États membres de l'Europe en vue de promouvoir des programmes nationaux de lutte contre les allergies visant à diminuer les contraintes associées et les inégalités que ces pathologies génèrent sur le plan de la santé. Les états sont incités à proposer des formations dans le domaine des allergies et à développer des plans de mesure de prophylaxie et des procédés d'induction de la tolérance pour les traitements. Des recherches scientifiques

portant sur les facteurs directs et indirects des risques allergiques, y compris concernant l'environnement et la pollution sont encouragées [5].

Les médecins allergologues sont en capacité de traiter les maladies allergiques les plus complexes non prises en charge par le système de soins non spécialisé [7]. La démographie décroissante des médecins spécialistes et l'augmentation de la prévalence des maladies allergiques justifient la formation de médecins allergologues pour renouveler les générations partant à la retraite [1]. Le modèle actuel de prise en charge des maladies allergiques est fondé sur l'expertise du médecin spécialiste en allergologie. Ce modèle est devenu irréaliste et irréalisable face à l'augmentation de ces pathologies.

Cet élément à lui seul justifie d'imaginer de nouveaux modes de dispensation des soins dans une prise en charge globale, holistique de la maladie, prenant en compte son expression clinique, sa gravité mais aussi les facteurs psychosociaux et les coûts de santé [8]. La pratique des soins en allergologie, quel que soit le domaine de l'allergie, est typiquement une offre de deuxième ligne dont l'objectif est de résoudre les cas difficiles, qui vont au-delà du périmètre de la médecine générale [1]. M. Jutel et al. soulignent la nécessité d'imaginer d'autres organisations de santé permettant un maillage de prise en charge efficient en créant lien et synergie entre médecins de soins primaires et médecins experts en allergologie [9].

D. Blumenthal précise qu'il faut prévoir des dispositifs innovants, tant en matière d'organisation que de formation des professionnels de santé, pour prendre en charge le nombre important de patients et assurer qualité et sécurité des soins [10]. Le rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire préconise de libérer du temps médical et de développer de l'expertise et de la recherche [11], en incitant la coopération entre les professionnels de santé.

La médecine hospitalière ne peut pas à elle seule répondre aux besoins nouveaux inhérents à l'émergence de ces pathologies. P. Demoly et al. soulignent d'importantes disparités d'une ville à l'autre en la matière. La plupart des hôpitaux n'ont pas de services d'allergologie [1]. L'existence de ces structures repose sur l'énergie locale de quelques médecins qui permettent à l'allergologie hospitalière d'exister soit sous forme de structures hospitalières, d'unités fonctionnelles ou de consultations isolées. Les actes techniques comme les tests de réintroduction d'un aliment ou d'un médicament sont souvent essentiels pour le diagnostic et le traitement [12]. Ils sont peu ou pas pratiqués en raison de la nécessité d'un plateau technique spécialisé et de l'absence de « rentabilité » de ces actes. La réflexion devrait se faire tant au niveau de la formation des professionnels que de l'organisation du dispositif de santé en y associant l'ensemble de la communauté de cette discipline : médecins hospitaliers et

de ville, communautés territoriales, associations de patients et professionnels de santé impliqués dans la prise en charge de ces patients. Cette dynamique s'inscrit dans la nouvelle organisation des soins au niveau territorial associant praticiens libéraux, maisons médicales et hôpitaux [13,14].

L'objectif de cet article est une mise au point sur la profession d'infirmier de pratique avancée (Advanced Nursing Practice) en allergologie au niveau international [15]. Une proposition de formation de niveau master déclinant les nouvelles compétences à atteindre pour répondre aux missions de ces nouveaux métiers est proposée.

Ce cursus d'études est conçu en conformité avec les accords de Bologne de 1999 qui créent l'Europe de l'enseignement et de la recherche. L'architecture commune des diplômes est déclinée en 3 paliers : licence (bac + 3), master (bac + 5), doctorat (bac + 8) [16] répondant aux besoins d'une qualification professionnelle correspondant aux critères de la Communauté européenne [17].

## 2. Les orientations actuelles de la politique de santé en France

Lors des troisièmes états généraux infirmiers du 25 mars 2014, la sous-directrice des ressources humaines du système de santé par intérim de la direction générale de l'organisation des soins (DGOS) a annoncé la création de professions paramédicales de pratique avancée. Conformément aux déclarations faites par le président de la République le 4 février 2014, lors de l'annonce du plan cancer, ces nouveaux métiers seront assis sur une formation universitaire de niveau master (bac + 5) soit le niveau M des accords de Bologne. L'allergologie est une discipline transversale comparable à la cancérologie. Ce contexte est porteur d'enjeux et de défis pour les allergologues incitant à la réflexion sur des transferts de compétences avec leurs collaborateurs naturels, les infirmiers en allergologie. Aujourd'hui, dans ce champs, l'infirmier sur prescription médicale intervient dans le diagnostic, le traitement de l'urgence allergique et l'éducation thérapeutique dans le cadre d'une prise en charge globale conformément au décret de compétence de la profession [18]. Plusieurs études ont montré que les soins primaires de santé, de prévention des pathologies aiguës et chroniques pouvaient être pris en charge dans des conditions de sécurité et d'efficacité comparables aussi bien par les praticiens infirmiers que par les médecins [19]. Cela ne signifie pas que les infirmiers de pratique avancée se substitueraient aux médecins mais plaide pour l'utilisation optimale des ressources et des forces de travail en santé, pour assurer une qualité et sécurité des soins optimales aux patients porteurs d'allergie sur l'ensemble du territoire, en soins primaires, secondaires et tertiaires. C.E. Ebner et al. montrent que l'exercice professionnel des praticiens infirmiers et des médecins assistants permet une réduction de coûts de 4,2 à 8,4 milliards de dollars sur une période de 10 ans [20]. Il existe des variations selon les pays et la question de la place respective des principaux acteurs de soins (médecins et infirmiers) reste sujet de controverse [21,22]. L'orientation générale tend à rechercher la collaboration et la complémentarité entre médecins et infirmiers de pratique avancée dans une posture

respectueuse des domaines de compétences dévolus à chacun de ces professionnels de santé [23].

Une meilleure répartition des compétences entre médecins et professionnels de pratique avancée permettrait un gain de temps médical pour libérer les allergologues en privilégiant l'utilisation de leur expertise vers les actes sur lesquels leurs compétences apportent une véritable *plus-value* [8].

## 3. Modalités de coopérations entre professionnels de santé

La réflexion sur la coopération entre professionnels de santé a débuté en 2002, consécutivement aux problèmes de démographie médicale. Le rapport de Berland et Gausseron [24] sur la démographie des professions de santé suggérait de « redéfinir le contour des métiers, mettre en place un partage des tâches, créer de nouveaux métiers, et faciliter les passerelles entre différentes professions de santé ». Après 6 années de travail, d'expérimentations dans diverses spécialités, d'évaluation et la remise de 4 rapports successifs [25–28], le principe de coopération a été posé réglementairement dans le cadre de la loi HPST du 21 juillet 2009 [29]. Depuis lors, il subsiste une confusion sémantique entre « transferts de tâches, de compétences » et « délégations de tâches, de compétences » qu'il convient de clarifier.

Une tâche s'entend comme un travail défini et limité imposé par autrui ou par soi-même, à exécuter dans certaines conditions et dans un laps de temps donné. Selon Vigil-Ripoche, « la notion de compétence induit une capacité d'analyse, de discernement, de jugement, de décision, donc une relative autonomie ; celle de transfert relève plutôt d'une action de transposition (faire en lieu et place de ...) » [30].

La délégation permet à une personne d'agir parce qu'on lui a donné les pouvoirs nécessaires pour le faire. Le délégant reste responsable des actes du délégataire qui peut voir sa propre responsabilité mise en cause en cas de faute [31]. La délégation suppose que le délégant dispose d'un pouvoir de déterminer les actions du délégataire. Le médecin ne disposant pas du pouvoir de modifier les décrets d'actes infirmiers ne peut donc pas changer les règles d'intervention [31]. Le dispositif pour la formation d'infirmiers de pratique avancée en allergologie tel qu'il est construit procède par missions de santé sur le modèle des pays anglo-saxons. L'ouverture de masters de pratique avancée pour les auxiliaires médicaux devrait permettre de résoudre les problèmes concernant les différentes formes de coopérations entre les professionnels de santé, notamment par l'inscription de nouvelles compétences en rapport à des missions à accomplir.

## 4. Formation et compétences des praticiens avancés

L'intervention des infirmiers est actuellement strictement réglementée par un décret d'actes, improprement appelé « décret de compétences », intégré à la IV<sup>e</sup> partie du Code de la santé publique [32]. Le niveau de praticien avancé correspond à des missions conformes aux compétences développées par

la formation, d'une part, et, d'autre part, aux indicateurs de Dublin qui permettent, selon le niveau de diplôme, une graduation dans les aptitudes et les responsabilités [33].

Par contre, les aspects de la rémunération de ces professionnels ne peuvent être comparés ou comparables en l'état à ce jour dans les différents pays. La Fédération européenne des enseignants en soins infirmiers identifie des variations dans les pays européens en ce qui concerne la formation, la certification, la régulation et le pourtour des pratiques des infirmiers de spécialités [34].

Dans les pays anglo-saxons, la notion de compétence renvoie à des qualifications, un niveau de formation, un domaine d'expertise. Ainsi, pour les infirmières de ces pays, ces pratiques avancées peuvent être entendues comme étant en avance ou de pointe.

La définition qui prévaut aujourd'hui est celle du Conseil international des infirmières (CII) en 2008 [15]: « Un infirmier praticien en pratique infirmière avancée est un infirmier diplômé d'État ou certifié qui a acquis les connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de son métier, pratique avancée dont les caractéristiques sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmier sera autorisé à exercer. Une formation de base de niveau maîtrise est recommandée ».

Aujourd'hui, on compte dans le monde environ 330 000 infirmiers de pratique avancée et ce, dans 25 pays, dont l'Australie, la Belgique, le Canada, Chypre, les États-Unis, la Finlande, l'Irlande, Israël, le Japon, la Pologne, la République Tchèque, le Royaume-Uni et la Turquie [35].

Pour l'association américaine des infirmiers (American Nurses Association – ANA), l'infirmier de pratique avancée est un praticien doté d'une formation universitaire de niveau master et/ou doctorat ayant des compétences d'expert [36]. Ce professionnel a obtenu une homologation pour exercer en tant qu'infirmier(e) en pratique avancée autorisée dans l'un des quatre rôles infirmiers possibles: infirmier anesthésiste certifié autorisé (Certified Registered Nurse Anesthetist), infirmier sage-femme certifié (Certified Nurse-Midwife), infirmier clinicien spécialisé (Clinical Nurse Specialist), ou infirmier praticien certifié (Certified Nurse Practitioner). Cette association a établi un consensus autour d'un modèle d'infirmier de pratique avancée appelé APRN (Advanced Practices Registered Nurses).

Le consensus APRN définit en 2008 l'infirmier de pratique avancée comme étant un infirmier qui :

- a mené à bien un programme de formation de niveau maîtrise accrédité, le/la préparant à l'un des quatre rôles reconnus comme des rôles avancés infirmiers ;
- a réussi un examen national officiel qui apprécie le rôle et le niveau de compétences et qui donne la preuve du maintien du niveau par une nouvelle accréditation (recertification) ;
- a acquis des connaissances cliniques avancées et des compétences le/la préparant à prodiguer des soins directs aux patients, aussi bien que des soins indirects ;
- développe les compétences d'autres infirmiers en faisant preuve d'une connaissance plus approfondie et élargie, d'une

plus grande synthèse de données, avec une complexité accrue des compétences et des interventions en tenant des rôles plus autonomes ;

- a le niveau de formation requis pour assumer la responsabilité et la garantie de la promotion et/ou le maintien de la santé aussi bien que l'évaluation, le diagnostic et la gestion des problèmes de santé, y compris la prescription de médicaments si nécessaire ;
- a une expérience clinique suffisamment importante et étendue pour faire la preuve de l'homologation visée.

Ce sont également les recommandations de l'institut de médecine (Institute of Medicine: IOM) qui préconise la création de parcours de formation au-delà de la licence [37]. Il a été démontré que le niveau académique des infirmiers avait un impact direct sur l'amélioration de la qualité et l'efficacité des soins y compris sur la mortalité [38].

En allergologie, il serait souhaitable de doter les professionnels de ce niveau académique car il correspond à l'acquisition de capacités d'analyse, de diagnostic, de jugement clinique et critique et donc à une autonomie décisionnelle. Dès 1994, un programme de formation d'infirmier praticien en puériculture spécialisé dans la prise en charge de la maladie asthmatique a été développé aux États-Unis et a démontré son efficacité [39]. En 1999, L. Refabert et al. soulignaient l'importance de la formation du personnel soignant à l'éducation thérapeutique [40]. En 2006, T. Haathela et al. démontrent l'efficacité du programme de prise en charge de la maladie asthmatique incluant médecins, infirmiers, pharmaciens et patients tant dans l'amélioration de la qualité des soins que de leur coût [41]. Depuis 2010, l'université du sud de l'Australie propose un diplôme appelé certificat professionnel d'infirmier en allergie (Professional Certificate In Allergy Nursing) [42]. Ce diplôme d'une durée d'un an est dispensé à temps complet, alternant enseignements théoriques et cliniques. Il a été élaboré conjointement par la Société australienne d'immunologie clinique et allergie (Australian Society of Clinical Immunology and Allergy Incorporated: ASCIA) et les professeurs de l'université Australienne du sud. L'Organisation mondiale de l'allergie (World Allergy Organisation: WAO) souligne, dans le livre blanc publié en 2013, l'importance de former les professionnels de santé alliés (Allied Health Workers) que sont les pharmaciens, les infirmiers, les diététiciens, les scientifiques de l'alimentation et d'autres professionnels de santé [5]. Cette formation comporte l'étude des mécanismes de base des maladies allergiques, leur diagnostic et prise en charge, les connaissances nécessaires pour savoir quand et comment référer aux médecins experts en allergologie. La maladie allergique se caractérise par une réaction le plus souvent fortuite à un allergène de l'environnement du patient. La prise en charge est faite dans plus de 80 % des cas dans le contexte des soins primaires et d'urgence [1,43]. C'est précisément dans ce domaine (soins de première instance) que les études récentes comparant la qualité des soins dispensés par les médecins et les infirmiers de pratiques avancées sont les plus probantes [22].

Tableau 1

Contenu proposé de la formation master allergologie [17].

1	Introduction aux soins infirmiers en allergologie, la consultation en allergologie
2	Allergies, atopie et intolérance
3	Réactions d'hypersensibilité respiratoire : rhinite, asthme
4	Réaction d'hypersensibilité cutanéomuqueuse : dermatite atopique, urticaire, angioedème, conjonctivite, eczéma de contact
5	Urgences allergiques, anaphylaxie
6	Allergies environnementales : aéroallergènes, trophallergènes, allergènes professionnels
7	Allergies médicamenteuses
8	Maladies rares. Angioedème à kinines, mastocytose, déficits immunitaires
9	Les tests diagnostiques
10	Immunothérapies
11	Prévention, interventions précoces, urgence, situations critiques, et soins durables
12	Éducation thérapeutique
13	Éthique, mythes et croyances, maladie et bien-être
14	Réglementation et droit, posture professionnelle, interprofessionnalité, interdisciplinarité

## 5. Vers une nouvelle formation d'infirmier de pratique avancée en allergologie

En nous inspirant des curricula de formation développés dans les pays anglo-saxons, nous proposons un programme de formation de niveau master [44].

La première année de ce master se déclinerait en deux semestres valant chacun 30 ECTS (European Credits Transfer System). Son contenu pédagogique serait dédié aux apprentissages fondamentaux (processus biomédicaux, santé publique, sciences humaines et sociales, démarche de recherche, éthique, anglais médical). L'alternance entre enseignement théorique et stage serait privilégiée dans chacun des semestres, permettant ainsi son inclusion dans le dispositif de formation continue. Par ailleurs, il serait aussi envisageable dans le cadre du développement professionnel continu (DPC). L'article 59 de la loi HPST du 21 juillet 2009 pose les grands principes du DPC. Les critères de qualité des actions de formation sont fixés par le décret du 30 décembre 2011 [45]. Le dispositif de formation proposé s'inscrit dans la transversalité et la pluriprofessionnalité et pourrait permettre la mise en place d'une culture de l'innovation partagée par les professions de santé réglementées quelle que soit la formation initiale [46].

La deuxième année du master serait dédiée à la spécialisation dans le domaine. Elle se déclinerait également en deux semestres valant chacun 30 ECTS. Les principaux contenus de la formation s'articuleraient en 14 points s'inscrivant en miroir des recommandations pour la formation d'un médecin spécialisé en allergologie [7,47,48] (Tableau 1). La construction de cette formation s'appuie sur la réglementation en vigueur notamment le décret portant création des masters [49].

Cette formation s'adosserait sur une pédagogie par compétence. Elle est en lien avec celle du diplôme d'état d'infirmier valant grade de licence instauré en 2009. La réingénierie de la formation infirmière du 31 juillet 2009 identifie 10

Tableau 2

Les compétences infirmières [50].

<i>Les compétences cœur de métier</i>	
Évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier	
Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers	
Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens	
Mettre en œuvre des thérapeutiques et des actes à visée diagnostique	
Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs	
<i>Les compétences transversales</i>	
Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins	
Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle	
Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques	
Organiser et coordonner des interventions soignantes	
Informier, former des professionnels et des personnes en formation	

compétences à atteindre en fin de formation [50]. Certaines sont des compétences « cœur métier infirmier », ne pouvant être acquises que par le biais de l'obtention du diplôme d'état d'infirmier et d'autres sont des compétences transversales susceptibles de passerelles avec d'autres cursus de formation aux métiers de la santé (Tableau 2). C'est à partir de ces compétences que sont élaborées 5 compétences à atteindre en fin de master (Tableau 3). À chacune de ces compétences de niveau master correspond un degré de responsabilité et d'expertise conformément aux descripteurs de Dublin [33].

Cette articulation permettrait d'envisager la formation soit après le diplôme d'état d'infirmier, soit en discontinu par capitalisation d'unités d'enseignement dans le cadre de la formation continue pour les professionnels diplômés avant 2012, n'ayant pas de grade de licence. Ces professionnels pourraient y accéder par le dispositif de la validation des acquis de l'expérience [51].

## 6. Compétences et transfert de compétences

Le concept de compétence a été défini par G. Malglaive comme étant du « savoir en acte » qu'il faut mobiliser efficacement lors de situations, même complexes pour résoudre des problèmes [52]. La compétence nécessite des savoirs de différentes sortes et surtout une capacité à pouvoir mobiliser ces savoirs dans un contexte professionnel. Les savoirs mobilisés et mobilisables au travers des compétences relèvent de plusieurs niveaux : les savoirs théoriques (connaissances médicales), les savoirs procéduraux (ce qu'il convient de faire), les savoirs pratiques (comment il faut faire) et enfin les savoir-faire et -être (comment agir efficacement et quelle posture est la plus probante). Ils pourraient s'inscrire dans un cercle vertueux producteur de soins innovants (Fig. 1) [46].

Ces compétences appartiennent à différentes familles d'activités. Le Conseil international des infirmières (CII), en 2002, a précisé que dans son domaine d'activité, l'infirmier de pratique avancée (IPA) doit aborder des situations de soins des patients et de leur entourage dans une vision holistique [15]. L'IPA dispense des soins infirmiers experts dans les domaines du diagnostic et de la prescription selon des modalités de supervision médicale dépendant du contexte national

Tableau 3

Compétences attendues au niveau master (C.M) en lien avec les compétences du niveau licence (C.L).

Compétences attendues niveau master		Compétences attendues niveaux licence		
C1M	Maîtriser la consultation d'évaluation diagnostique	Évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier	CoM	C1L
C2M	Assurer le suivi global coordonné	Organiser et coordonner des interventions soignantes	TSP	C9L
C3M	Assurer des actes à visée diagnostique et thérapeutique et prescrire des thérapeutiques	Mettre en œuvre des thérapeutiques et des actes à visée diagnostique	CoM	C4L
C4M	Développer l'éducation thérapeutique	Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs	CoM	C5L
	Traiter, rechercher et développer des données scientifiques, utiliser les données probantes et l'Evidence Based Nursing	Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle	TSP	C7L
C5M	Transmettre ses connaissances et ses compétences aux professionnels et aux personnes en formation	Rechercher, traiter, et analyser des données professionnelles et scientifiques	TSP	C8L
		Organiser et coordonner des interventions soignantes	TSP	C9L
		Informé, former des professionnels et des personnes en formation	TSP	C10L

TSP : compétence transversale susceptible de passerelle avec d'autres cursus ; CoM : cœur métier infirmier ; C : compétence, L : licence, M : master.

de son exercice. Il inscrit son action en complémentarité avec d'autres professionnels de santé composant l'équipe interdisciplinaire (médecins, diététiciens, psychologues. . .). Le même CII décline 5 grandes familles d'activités qui permettent de définir le domaine d'intervention de ces praticiens :

- la pratique clinique directe lors de situations de soins complexes ;
- la consultation, le coaching et la guidance ;
- le leadership et la collaboration pluridisciplinaire ;
- la recherche ;
- l'éthique.

Chaque compétence comporte deux volets : d'une part, les connaissances qui permettent de définir des contenus de formation théorique et, d'autre part, des critères et des indicateurs qui permettent d'évaluer la progression des praxis et la posture professionnelle. La mise en place de cette formation nécessitera l'utilisation de l'outil de suivi de l'acquisition et l'évaluation des compétences (portfolio). Pour superviser et valider la formation clinique de ces nouveaux métiers, il sera nécessaire que des

tuteurs de stages soient formés. Cette formation peut s'intégrer dans le cadre du dispositif développement professionnel continu qui s'impose pour les professionnels infirmiers notamment [53].

Par ailleurs, ce dispositif de formation d'IPA mettrait fin aux différents problèmes juridiques liés au dispositif dérogatoire du transfert de tâches de l'article 51 de la loi HPST [29].

## 7. Conclusion

La formation de professionnels aux métiers « intermédiaires » nécessite une formation universitaire de niveau master [11]. Elle permettrait dans le cadre de l'allergologie un exercice autonome permettant la prise en charge globale et l'amélioration de la continuité des soins dans les champs de la compliance au traitement, la réduction des complications liées aux pathologies allergiques émergentes et ceux de la prévention. Elle serait complémentaire de l'expertise du médecin allergologue. Il ne saurait être question de formation des paramédicaux sans envisager la complémentarité entre les infirmiers de pratique avancée en allergologie et les médecins de cette discipline. Cette formation est envisagée pour un exercice partagé en compétence et en responsabilité avec les praticiens allergologues. Pour ces derniers, force est de constater des inquiétudes concernant l'élargissement du périmètre du métier d'infirmier. La possibilité d'exercer l'activité allergologique de façon partagée et synergique avec ces professionnels experts devrait au contraire libérer un temps d'expertise médicale nécessaire au développement clinique et universitaire de cette discipline.

Nous avons essayé de démontrer la *plus-value* et l'opportunité d'ouvrir une telle formation pour des infirmiers experts référents capables de travailler en synergie avec les médecins dans le but d'améliorer la qualité de prise en charge, de développer de la recherche clinique et de mettre en œuvre des pratiques innovantes issues de cette recherche. De plus, ces professionnels autonomes et responsables répondraient aux besoins de qualité et de sécurité des patients dans une pathologie fréquente et à haut risque. Ils contribueraient à l'évolution nécessaire de l'organisation de notre système de santé. La réflexion devrait être conduite avec l'ensemble de

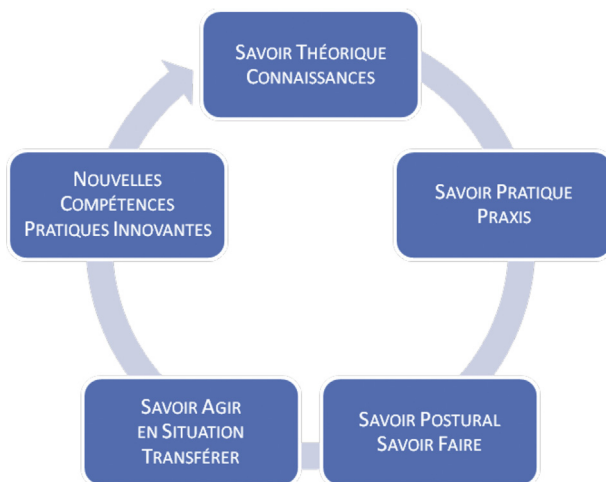


Fig. 1. Savoirs mobilisés et mobilisables pour acquérir de nouvelles compétences. Le cercle vertueux des nouvelles compétences.

la communauté médicale de la spécialité, médecins de ville, communautés territoriales, associations de patients et autres professionnels de santé. Ainsi, les nouvelles compétences développées par ces futurs professionnels auront pour objectifs d'abord et avant tout, la prise en charge des patients et de leur entourage dans des pathologies complexes en pleine expansion, mais aussi une réponse aux besoins d'autonomisation, de reconnaissance et de carrière des infirmiers, ne souhaitant ni se spécialiser, ni embrasser une carrière dans la pédagogie ou le management, mais désirant développer une véritable expertise clinique dans leur domaine d'activités [54].

### Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

### Références

- [1] Demoly P, Bosse I, Bouteloup F, De Blay F, Didier A, Dumur JP, et al. L'offre de soins en allergologie en 2011. *Rev Fr Allergol* 2011;51:64–72.
- [2] Couraud F, Pruvot FR. Propositions pour une restructuration du troisième cycle des études médicales; 2014 <http://isnifr/wp-content/uploads/2014/04/Rapport-Couraud-Pruvot-avril14-2pdf>
- [3] Déclaration écrite, au titre de l'article 123 du règlement du Parlement européen, sur la reconnaissance des contraintes associées aux allergies DC\1007295FR.doc; 2013.
- [4] Walker S, Khan-Wasti S, Fltsher M, Cullinan P, Harris J, Sheikh A. Seasonal allergic rhinitis is associated with detrimental effect on examination performances in United Kingdom teenagers: case-control study. *J Allergy Clin Immunol* 2007;120:381–7.
- [5] Pawankar R, Canonica GW, Holgate ST, Lockey RF, Blaiss MS. WAO white book on allergy: update 2013; 2013 <http://www.worldallergy.org>
- [6] Zuberbier T, Lötval J, Simoens S, Subramanian SV, Church MK. Economic burden of inadequate management of allergic diseases in the European Union: a GA<sup>2</sup>LEN review. *Allergy* 2014;69:1275–9.
- [7] Rancé F, Didier A, Tunon de Lara M. Quelle est la définition du médecin allergologue ? *Rev Fr Allergol* 2008;48:561–3.
- [8] Jutel M, Angier L, Palkonen S, Ryan D, Sheikh A, Smith H, et al. Improving allergy management in the primary care network – a holistic approach. *Allergy* 2013;68:1362–9.
- [9] Jutel M, Papadopoulos NG, Gronlund H, Hoffman HJ, Bohle B, Hellings P, et al. Recommendations for the allergy management in the primary care. *Allergy* 2014;69:708–18.
- [10] Blumenthal D. Part 1: quality of care – what is it? *N Engl J Med* 1996;335:891–3.
- [11] Berland Y, Cadet D, Hénard L. Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire : professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer; 2011.
- [12] Kanny G. Allergies et hypersensibilités chez l'enfant et l'adulte. Aspects épidémiologiques, diagnostiques et principes de traitement. *Rev Prat* 2012;62:1–11.
- [13] Devictor B. Le service territorial de santé SPTS – Le service public hospitalier (SPH) : développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre de santé. Ministère des affaires sociales et de la santé; 2014.
- [14] Fairman JA, Rowe RNJ, Hassmiller S, Shalala DE. Broadening the scope of nursing practice. *N Engl J Med* 2011;364:193–6.
- [15] International Council of nurses. <http://www.icn.ch/fr/about-icn/about-icn/>
- [16] Création de l'espace européen de l'enseignement supérieur. The European Higher Education Area; 2004.
- [17] Danan JL. Vers une qualification professionnelle européenne. *Soins Cadres* 2012;82:57.
- [18] Lykowski V, Trompette J, Dropsy S, Vaxelaire-Pete S, Claudot F, Kanny G. Le rôle de l'infirmier en éducation thérapeutique des patients allergique à haut risque anaphylactique. *Soins* 2011;760:48–50.
- [19] Laurant M, Reeves D, Hermens R, Brapenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database Syst Rev* 2005. CD001271.
- [20] Ebner CE, Hussey PS, Ridgely MS, McGlynn EA. Controlling health care spending in Massachusetts: an analysis of options; 2009 [http://www.rand.org/pubs/technical\\_report/2009/RAND\\_TR733pdf](http://www.rand.org/pubs/technical_report/2009/RAND_TR733pdf)
- [21] Blumenthal D, Abrams MK. Putting aside preconceptions – Time for dialogue among primary care clinicians. *N Engl J Med* 2013;368:1933–A934.
- [22] Donelan K, DesRoches CM, Dittus RS, Buerhaus P. Perspectives of physicians and nurse practitioners on primary care practice. *N Engl J Med* 2013;368:19898–006.
- [23] Debout C. Un éclairage international sur les pratiques avancées en soins infirmiers au service des réflexions nationales. *Cah Pueric* 2011;244:10–2.
- [24] Berland Y, Gausseron T. Rapport "démographie des professions de santé". Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées; 2002.
- [25] Berland Y. Rapport "Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences (rapport d'étape)". Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées; 2003.
- [26] Berland Y. Rapport "Commission Démographie médicale". Ministère des solidarités, de la santé et de la famille Commission familles, vulnérabilité, pauvreté; 2005.
- [27] Berland Y. Rapport "Démographie médicale hospitalière". Ministère de la santé et des solidarités; 2006. p. 201.
- [28] Berland Y, Bourgueil Y. Rapport "Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professionnels de santé"; 2006.
- [29] Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, inséré à l'article 1111-2 du Code de la Santé Publique.
- [30] Vigil-Ripoche MA. Pratiques avancées de quoi parlons-nous ?; 2013 <http://www.infirmiercom>
- [31] Claudot F. Délégation des tâches et transfert de compétences. *Soins* 2005;696(Suppl. 1):s17–9.
- [32] Auxiliaire médicaux titre I. Décret 2004-802. Code de la santé publique. *JORF* 2004;37087.
- [33] Joint quality initiative: shared 'Dublin' descriptors for short cycle, first cycle, second cycle and third cycle awards; 2004 <http://www.jointqualitynl/content/descriptors/CompletesetDublinDescriptorsdoc>
- [34] Dury C, Hall C, Danan JL, Montout J, Barbieri-Figueiredo A, Debout C. Specialist nurse in Europe: education, regulation and role. *Intern Nurs Rev* 2014, <http://dx.doi.org/10.1111/inr.12123>.
- [35] Delamaire M, Lafortune G. Les pratiques infirmières avancées : une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés OCDE; 2010.
- [36] APRN model act/rules and regulations. Chicago: National Council of State Boards of Nursing; 2008 [https://www.ncsbn.org/APRN-leg\\_language\\_approved\\_8.08.pdf](https://www.ncsbn.org/APRN-leg_language_approved_8.08.pdf)
- [37] Aiken LH. Nurses for the future. *N Engl J Med* 2011;364:196–8.
- [38] Aiken LH, Clarke SP, Cheung RB, Sloane DM, Silber JH. Educational level of hospital nurses and surgical patient mortality. *JAMA* 2003;290:1617–23.
- [39] Borgmeyer A, Gyr PM, Jamerson PA, Henry LD. Evaluation of the role of the pediatric nurse practitioner in an inpatient asthma program. *J Pediatr Health Care* 2008;22:273–81.
- [40] Refabert L, Le Gouée A, Larre MC, Petit P. Infirmier(e)s, aides-soignant(e)s, kinsithérapeutes : quel rôle éducatif ? *Rev Fr Allergol* 1999;39:508–14.
- [41] Haathela T, Tuomisto LE, Pietinalho A, Klaukka T, Erhola M, Kaila M, et al. A 10-year asthma programme in Finland: major change for the better. *Thorax* 2006;61:663–70.
- [42] Professional Certificate in Allergy Nursing; 2010 <http://www.unisaeduaui/Health-Sciences/Nursing-and-Midwifery/Programs/non-award-courses/Allergy>
- [43] Agache I, Ryan D, Rodriguez MR, Angier E, Jutel M. Allergy management in primary care across European countries – actual status. *Allergy* 2013;68:836–43.

- [44] Décret n° 99-747 du 30 août 1999 modifié par décret n° 2002-604 du 25 avril 2002 portant création du grade de master.
- [45] Décret n° 2011-2113 du 30 décembre 2011 relatif à l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu. JORF 2012;0001:24.
- [46] Danan JL, Boulangé M, Coudane H, Kanny G. De la nécessité d'innover à l'émergence de pratiques innovantes en santé. HEGEL 2014;4:279–86, <http://dx.doi.org/10.4267/2042/54094> <http://hdl.handle.net/2042/54094>
- [47] Kaliner MA, Del Giacco SG, Crisci CD, Frew AJ, Liu G, Maspero J, et al. Requirements for physician competencies in allergy: key clinical competencies appropriate for the care of patients with allergic or immunologic diseases. A position statement of the World Allergy Organization. WAO J 2008;1:42–6.
- [48] Malling HJ, Gayraud J, Papageorgiu-Saxoni P, Hornung B, Rosado-Pinto J, Del Giacco SG. Objectives of training and speciality training core curriculum in allergology and clinical immunology. Allergy 2004;59:579–88.
- [49] Décret n° 99-747 du 30 août 1999 modifié par le décret n° 2002-480 du 8 avril 2002.
- [50] Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier. JORF.0181:13203.
- [51] Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale. JORF 2002:1008.
- [52] Malglaive G. Enseigner à des adultes. 4<sup>e</sup> ed Paris: PUF; 2005.
- [53] Développement professionnel continu des infirmiers. Haute Autorité de Santé; 2013 [http://www.has-santefr/portail/jcms/c\\_749146/fr/dpc-des-infirmiers](http://www.has-santefr/portail/jcms/c_749146/fr/dpc-des-infirmiers)
- [54] Domergue J. Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du Règlement par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission d'information sur la formation des auxiliaires médicaux; 2010 <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i2712asp>