



Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé

Tome 2 : Annexes et pièces jointes

Dr Nicole BOHIC

Agnès JOSSELIN

Anne-Caroline SANDEAU-GRUBER

Hamid SIAHMED

Avec la contribution de Christine d'AUTUME

Membres de l'inspection générale des affaires sociales

SOMMAIRE

ANNEXES	5
ANNEXE 1 : REFLEXIONS SUR LES PROFESSIONS DE SANTE	7
ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE AUX ARS – PROTOCOLES DE COOPERATION	11
ANNEXE 3 : LES EXPERIMENTATIONS D'INNOVATIONS ORGANISATIONNELLES ET FINANCIERES DITES « ARTICLE 51 LFSS »	41
ANNEXE 4 : QUESTIONNAIRE AUX ARS – INFIRMIERS EN PRATIQUE AVANCEE	47
ANNEXE 5 : ASSOCIATION ASALEE : 20 ANS D'EVOLUTION	71
ANNEXE 6 : ELEMENTS DE REFLEXION DE LA MISSION POUR QUALIFIER ET GRADER DES PRATIQUES INTERMEDIAIRES	85
ANNEXE 7 : EXEMPLE DE MODIFICATIONS LEGISLATIVES NECESSAIRES POUR TRANSFORMER LES IPA EN PROFESSION	89
ANNEXE 8 : TENDANCES D'EVOLUTION DEMOGRAPHIQUE DE LA POPULATION MEDICALE ET INEGALITES D'ACCES AUX PROFESSIONNELS ET AUX SOINS	93
ANNEXE 9 : HISTORIQUE DE L'EXERCICE EN PRATIQUE AVANCEE	99
ANNEXE 10 : QUESTIONNAIRE AUX USAGERS DE SANTE	107
ANNEXE 11 : EXEMPLES HOSPITALIERS	125
PIECES JOINTES	129
PIECE JOINTE 1	131
PIECE JOINTE 2	133
PIECE JOINTE 3	135
PIECE JOINTE 4	139
PIECE JOINTE 5	141
PIECE JOINTE 6	145
PIECE JOINTE 7	149
PIECE JOINTE 8	151
PIECE JOINTE 9	153

ANNEXES

ANNEXE 1 : Réflexions sur les professions de santé

● La notion de profession de santé

La doctrine en droit de la santé ne parvient pas elle-même à définir précisément ce qui différencie une "profession" d'un "métier". Elle évoque simplement certaines caractéristiques qui apparaissent déterminantes : une déontologie professionnelle (indépendance, caractère non commercial de la profession), un ensemble de pratiques, une formation, des mécanismes de représentation et une organisation qui « expriment » une « identité » professionnelle¹, dont la forme la plus aboutie implique un « autocontrôle »².

Ces tentatives de définitions doctrinales semblent cependant difficiles à valider au vu des disparités existant entre les différentes professions de santé en France. Parmi les 28 "professions de santé", listées dans la quatrième partie du code de la santé publique :

- 3 sont considérées comme "médicales", 3 "Professions de la pharmacie et de la physique médicale" et 22 comme "paramédicales" dont 18 qualifiées d'"auxiliaires médicaux", sans qu'aucune définition de ces regroupements soit donnée ni qu'aucun critère commun puisse être distingué pour en comprendre le périmètre³.
- Certaines sont formées à l'université et d'autres en écoles ou institut, avec des modalités de sélection, d'enseignement, et de contrôle des compétences variables.
- Seulement 6 disposent d'un ordre (supposé assurer leur "autocontrôle"), mais pas nécessairement celles qui connaissent le plus fort besoin de régulation ou de contrôle déontologique⁴ et les ordres existants disposent de prérogatives très disparates⁵.
- Certaines sont définies par leurs missions (médecins, pharmaciens), d'autres par leur champ d'intervention ou "domaine d'action" (Dentistes, Sages-femmes), d'autres uniquement par les actes qu'elles peuvent pratiquer (infirmiers, orthoptistes, masseurs-kinésithérapeutes...).
- Certaines sont en accès direct et d'autres ne peuvent intervenir que sur prescription médicale, ce qui limite considérablement leur autonomie.

L'unique véritable point commun entre les professions de santé dans leur définition est leur statut de professions règlementées, ce qui signifie qu'elles ne peuvent être exercées que sur preuve d'un diplôme d'Etat dont le mode d'obtention est défini par la loi. Elles se structurent autour de la notion de monopole médical, protégé par l'incrimination de l'exercice illégal de la médecine. Cette dernière est particulièrement forte en France puisqu'elle recouvre non seulement l'usurpation du titre de médecin mais également l'hypothèse dans laquelle un professionnel muni d'un titre régulier outrepassé les « attributions que la loi lui confère ». Ce cadre juridique, matérialisé par des décrets d'actes listant de façon exhaustive et extrêmement précise les actes que peuvent par dérogation

¹ *Les professionnels de santé en Europe : la notion de "profession de santé"* - Stéphane Brissy

² P. Hassenteufel : « L'autocontrôle est comme le point d'aboutissement du processus de professionnalisation, de l'acquisition du statut fortement valorisé socialement de profession ».

³ Contrairement à ce à quoi on pourrait s'attendre, les professions "médicales" ne se définissent ni par une durée d'étude uniforme, ni par l'accès exclusif à des actes de diagnostic ou de prescription,

⁴ Ainsi les pédicures-podologues disposent d'un ordre quand les orthophonistes et les audioprothésistes n'en disposent pas.

⁵ L'inscription au tableau de l'ordre n'est en pratique pas obligatoire pour tous et certains ne disposent d'aucun réel pouvoir disciplinaire

réaliser les professionnels non-médicaux, est à l'origine à la fois d'un très fort cloisonnement des différentes professions médicales et d'une rigidité extrême de la répartition des compétences et actes entre celles-ci.

L'approche par l'exception et par le détail, qui a prévalu dans la construction juridique des professions de santé en France aboutit à un cadre fortement hétérogène, dont les évolutions semblent avoir plus souvent répondu à des revendications disparates des professionnels qu'à une recherche de cohérence globale du système ou du parcours de soin.

Tableau 1 : Les professions de santé

Nom de la profession	Statut	Existence d'un ordre	Niveau de diplôme	Mode de contrôle	Diplôme de l'ens. sup
Médecins	Profession médicale	Oui	3e cycle (Bac+9>12 ans)	DE	Oui
Sages-femmes		Oui	2e cycle (Bac + 5)	DE	Oui
Chirurgiens-dentistes		Oui	2 ^e cycle (Bac + 6) / 3e cycle (Bac+9>10 ans)	DE	Oui
Pharmaciens	Professions de la pharmacie et de la physique médicale	Oui	2 ^e cycle (Bac + 6) / 3e cycle (Bac+8>10 ans)	DE	Oui
Préparateur en pharmacie et en pharmacie hospitalière		Non	brevet professionnel (Bac>Bac+2)		
Physiciens médicaux		Non	Diplôme de qualification en physique radiologique et médicale (28 mois à l'INSTN après un master 2 en physique)		
Infirmiers	Profession paramédicale + auxiliaires médicaux	Oui	1er cycle (Bac+3) / 2e cycle pour IADE et IPA (Bac+5)	DE	Uniquement pour IPA
Masseurs-kinésithérapeutes		Oui	2e cycle (Bac + 5)	DE	Oui ⁶
Pédicures-podologues		Oui	1er cycle (Bac+3)	DE	
Ergothérapeutes			1er cycle (Bac+3)	DE	
Psychomotriciens			1er cycle (Bac+3)	DE	
Orthophonistes			1er cycle (Bac+3)		Oui
Orthoptistes			1er cycle (Bac+3)	Diplôme réglementé	Oui
Manipulateurs d'électroradiologie médicale			1er cycle (Bac+3)	DE	
Techniciens de laboratoire médical			1er cycle (Bac 2>3)	DE	
Audioprothésistes			1er cycle (Bac+3)		Oui
Opticiens -Lunetiers			1er cycle (Bac 2>3)		
Prothésistes			1er cycle (Bac 2>3)		
Orthoprothésistes			1er cycle (Bac 2>3)		
Podo-orthésistes			1er cycle (Bac 2>3)		
Ocularistes			1er cycle (Bac 2>3)		
Epithésistes			1er cycle (Bac 2>3)		
Orthopédistes-orthésistes			1er cycle (Bac 2>3)		
Diététiciens			1er cycle (Bac 2>3)	DE	
Aides-soignants	Profession paramédicale		CAP	DE	
Auxiliaire de Puériculture			CAP	DE	
Ambulanciers				DE	
Assistants dentaires					

Source : Mission

⁶ Annonce d'Olivier Véran, en date du 18 mai 2021

Sans qu'on puisse en distinguer parfaitement la logique, l'article L4161-1 du CSP, établit implicitement, par la façon dont ils sont évoqués, une différenciation entre plusieurs types de professionnels :

Ceux qui bénéficient d'une autorisation générale es qualité	Ceux qui ne sont autorisés que quand ils accomplissent les missions qui constituent leur vocation	Ceux qui ne se voient autoriser que certains actes strictement énumérés	Ceux qui sont protégés en fonction des conditions dans lesquelles ils interviennent
"Les étudiants en médecine", "les sages-femmes", mais aussi "les physiciens médicaux", ainsi que, plus étrangement, "les détenteurs d'une qualification professionnelle figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé et exerçant l'activité d'assistant médical";	"les pharmaciens-biologistes pour l'exercice des actes de biologie médicale", "les auxiliaires médicaux exerçant en pratique avancée en application de l'article L. 4301-1 du Code de la santé publique";	"les pharmaciens qui prescrivent des vaccins ou effectuent des vaccinations", "les personnes qui accomplissent, dans les conditions prévues par décret en Conseil d'État pris après avis de l'Académie nationale de médecine, les actes professionnels dont la liste est établie par ce même décret"	"les infirmiers ou gardes-malades qui agissent comme aides d'un médecin ou que celui-ci place auprès de ses malades"

Source : Mission

● Modalités de révision

La révision des actes que peuvent réaliser les professionnels paramédicaux relève d'une procédure lourde de réingénierie qui nécessite de faire évoluer parallèlement, les dispositions relatives à la formation et vérifier les incidences sur les autres professions.

Sur le plan des compétences, l'attachement reste fort aux décrets d'actes et à leur actualisation, même si elle a pour contrepartie leur obsolescence, comme observé actuellement. Selon le rapport du HCAAM 2016 sur l'innovation en santé, « *l'encadrement juridique limite les responsabilités et protège les situations, face aux « nouveaux métiers » et à la prétention des professions moins qualifiées de grignoter des parts de marché* ». Face à la persistance de ce cadre juridique, la logique est ainsi « *de soutenir les situations dérogatoires pour autant qu'elles demeurent expérimentales ad aeternam* ». Le transfert de certains actes infirmiers vers les aides-soignants a suscité des réactions de certains représentants infirmiers qui illustrent bien le contexte : « *Certaines tâches de notre rôle propre ne sont pas encore valorisées et on vient piocher dans nos actes pour créer un rôle propre aide-soignant.* »

Il convient de raisonner en compétences ou en missions plus qu'en actes, concevoir des formes de gestion globales plutôt que des fonctions parcellisées.

Les besoins et les moyens en matière de réingénierie de la formation en soins infirmiers, l'évolution des référentiels de formation nécessitent une réflexion plus approfondie qu'une simple révision du décret d'actes en réponse de fait, à l'évolution des pratiques, du partage de compétences entre les professionnels de santé et notamment à la dimension d'autonomie que la pratique avancée requiert, incompatible avec le décret d'actes qui liste des tâches que les infirmières sont autorisées à effectuer.

- Répartition des compétences entre certaines professions

Certaines compétences sont juridiquement déjà largement partagées entre les professions. C'est la possibilité d'initier les actes de son propre chef et/ou de les réaliser en autonomie qui varie en fonction des professions.

	MG	Médecin spécialiste	IPA	IDE
Prévention	assure	contribue	peut	Participe
Dépistage	assure		peut	
Diagnostic	assure	réalise ("analyse diagnostique d'expertise")	Peut ("évaluation", "conclusion clinique")	"Contribution au recueil de données cliniques"
Traitement et soins	assure	réalise ("analyse thérapeutique d'expertise", "mise en œuvre du traitement approprié")	peut "Actes techniques"; "prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale obligatoire, "prescriptions d'examens complémentaires" "renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales"	Rôle propre : "l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers" Peut "renouveler les prescriptions, datant de moins d'un an, de médicaments contraceptifs oraux pour une durée maximale de six mois, non renouvelable" + Dans le cadre d'un protocole : "adapter la posologie de certains traitements pour une pathologie donnée" mais uniquement "sur la base des résultats d'analyses de biologie médicale, sauf en cas d'indication contraire du médecin, et sous réserve d'une information du médecin traitant désigné par le patient" + quand ils agissent sur prescription médicale sauf en cas d'indication contraire du médecin, et dans certains cas sous réserve d'une information du MT : "Prescrire des dispositifs médicaux" Prescrire "des substituts nicotiniques, des solutions et produits antiseptiques ainsi que du sérum physiologique à prescription médicale facultative"
Suivi des malades	assure	réalise ("suivi des patients")	Peut ("actes de surveillance clinique et para-clinique")	
Éducation pour la santé	assure	contribue	peut	Participe
Orientation/coordination	assure		peut	
Autres types d'actes				Certaines vaccinations sans prescription médicale

Source : Mission

ANNEXE 2 : Questionnaire aux ARS – Protocoles de coopération

Introduction

La mission IGAS a adressé un questionnaire d'évaluation des protocoles de coopération et de la pratique avancée à l'ensemble des agences régionales de santé les 23 juillet et 23 août 2021 (ré adressage du message initial) ; les réponses se sont échelonnées jusqu'au 23 septembre 2021. Huit des 13 ARS métropolitaines ont répondu (elles servent 76 % de la population métropolitaine⁷, près de 50 millions d'habitants) ainsi que l'ARS Guadeloupe (17 % de la population des outre-mer) :

Questionnaire état des lieux des protocoles de coopération dans la région

- Combien d'équipes pluriprofessionnels sont actuellement engagées dans des protocoles de coopération ?
- Combien de professionnels de santé médicaux (si possible par spécialité) et non-médicaux (si possible par profession) sont actuellement engagés dans un protocole de coopération ?
- Ces professionnels exercent-ils plutôt en ville, en structure pluri professionnelle ou en établissement de santé ?
- Observez-vous du fait de ces protocoles :
 - un gain en temps médical ?
 - un recentrage de l'activité médicale sur des actes plus complexes ?
 - un raccourcissement des délais d'accès au soin ?
 - une diminution du renoncement au soin en zone sous-dense ?
 - une amélioration de la prévention et du dépistage ?
 - une amélioration de la qualité des soins ?
 - une amélioration de la coordination des soins ?
 - autres :

Si oui, pouvez-vous nous fournir des indicateurs ou exemples permettant de montrer ces effets ?

Avez-vous des propositions à faire pour pouvoir suivre ces résultats ?

- Avez-vous connaissance d'événements indésirables survenus dans le cadre de ces protocoles ?
- Constatez-vous un impact de la mise en place de ces protocoles sur le volume d'activité des médecins ?

⁷ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1893198>

Les 8 régions métropolitaines sont Auvergne-Rhône-Alpes ; Bretagne ; Grand Est ; Hauts-de-France ; Île-de-France Normandie ; Nouvelle-Aquitaine ; Provence-Alpes-Côte d'Azur soit 49 717 402 habitants sur les 65 235 843 d'habitants (estimation au 1^{er} janvier 2021). La Guadeloupe compte 375 693 habitants. Les 9 régions regroupent 50 093 095 habitants.

- Avez-vous mis en place, au niveau de la région, des mesures d'accompagnement (FIR, remplacement/prise en charge de la rémunération pendant la formation, communication, système d'information, équipement numérique, animation d'ateliers de partage d'expérience ou de co-développement entre professionnels...) dédiées à encourager l'élargissement de l'adhésion aux protocoles existants ou le déploiement de nouveaux protocoles ? Si oui, de quelle nature, depuis quand, et au bénéfice de quels types d'exercice ou type de professionnels ? Diriez-vous que le résultat en est satisfaisant ?
- Les dernières évolutions législatives (protocoles nationaux et locaux), vous semblent-elles de nature à lever les principaux freins rencontrés auparavant par les équipes souhaitant promouvoir un protocole de coopération ?
- Quels freins et limites persistent encore aujourd'hui (ex: financement/rémunération...) ?
- Comment pourraient-ils être levés ?
- Identifiez-vous d'autres leviers (ex: campagne de communication) susceptibles d'encourager l'élargissement de l'adhésion aux protocoles existants ou le déploiement de nouveaux protocoles ? Les CPTS se sont-ils investis sur le sujet ?
- Au vu des dynamiques que vous observez sur votre territoire, dans quels types ou lieux d'exercice, contextes de recours au soin (Urgence/soin non-programmé, suivi pathologique, suivi préventif/demande non-pathologique, suivi pré ou post-opératoire, don d'organes), champs d'intervention ou types d'actes sont-ils les plus susceptibles de se développer ?
- Commentaire libre

1 Profil des régions répondantes en termes de densité médicale et de densité infirmière, comparaison avec les régions non répondantes

1.1 La représentation des professionnels de santé, médecins et infirmiers intervenant dans les régions répondantes est identique à celle de la population résidant sur ces territoires.

Le profil de ces régions répondantes ainsi que le profil de celles qui n'ont pas répondu ont été analysés, les différentes configurations en terme de population de professionnels de santé, médicaux et infirmiers sont représentés dans les deux groupes d'ARS, quelques spécificités apparaissent dans le groupe des ARS non répondantes liées aux ARS des outre-mer (sauf la Guadeloupe qui a répondu) et de la Corse (sur représentation des infirmiers libéraux).

Les professionnels de santé sont représentés dans les régions répondantes tel qu'attendu au regard de la population servie (Les 9 régions ayant répondu, comptent 74 % de la population (France entière) et rassemblent 76 % des médecins et 75 % des infirmiers) mais la répartition relative de ces deux professions selon les régions est très variable.

1.2 La répartition au sein de chaque région entre médecins et infirmières est très variable et permet de dégager plusieurs typologies selon le cumul ou non d'hypodensité médicale et/ou infirmière, certaines régions cumulent les deux.

Le ratio infirmiers libéraux- médecins libéraux est très variable en France métropolitaine, hors Corse (de moins d'une infirmière pour un médecin libéral en IDF (0,7) à 1,7 infirmières libérales pour un médecin libéral en PACA. Dans les régions non répondantes, l'on observe deux régions miroirs vis-à-vis de ce critère (les Pays de la Loire : 0,8 infirmière libérale pour un médecin et l'Occitanie avec le plus fort ratio à savoir près de 2 infirmières libérales pour un médecin libéral (1,8)).

La Guadeloupe, La Martinique, Mayotte et la Corse présentent des ratios supérieurs à 3 infirmières libérales pour un médecin libéral dans des configurations très diverses en terme de densité médicale (élevée en Corse et à la Réunion ; inférieure à la moyenne à la Guadeloupe et très faible à Mayotte).

La variabilité des résultats est surprenante à l'échelle des grandes régions qui réunissent des départements, territoires et zones plus ou moins denses...La région Centre Val de Loire cumule à la fois une population vieillissante (30 % de personnes de 60 ans et plus), la densité médicale la plus faible de métropole et une densité infirmière faible également ...). La région IDF, plus jeune (21 % de personnes de 60 ans et plus) présente la densité d'infirmière libérale la plus faible de France métropolitaine et une densité en médecins libéraux également inférieure à la moyenne nationale (136 versus 149). Des régions comme la Normandie et la Bourgogne Franche-Comté présentent des densités médicales faibles en libéral (127 et 123) et des densités d'infirmiers libéraux certes inférieurs à la moyenne nationale sans atteindre des chiffres aussi faibles que par exemple les Pays de la Loire aussi le ratio infirmier/médecin en libéral rejoint la moyenne nationale (1,3). Enfin PACA et Occitanie sont à la fois bien dotées en médecins et en infirmiers libéraux.

Tableau 1 : Part en population générale, en médecins et infirmiers des régions répondantes et non répondantes

REGIONS REpondantes	POPULATION GENERALE	NOMBRE TOTAL DE MEDECINS	NOMBRE DE MEDECINS LIBERAUX EXCLUSIFS	NOMBRE TOTAL INFIRMIERS	NOMBRE INFIRMIERS LIBERAUX OU MIXTES	ratio infirmier/médecin	ratio inf libéraux/médecins libéraux	densité médicale	densité infirmière	DENSITE MEDECINS LIBERAUX	Densité infirmières libérales	POP 60 ANS ET +
Auvergne-Rhône-Alpes	8 090 442	27626	12178	97783	18173	3,5	1,5	341	1209	151	225	26%
Bretagne	3 371 158	11089	5096	40688	7522	3,7	1,5	329	1207	151	223	30%
Grand Est	5 522 476	17847	7968	65574	9427	3,7	1,2	323	1187	144	171	28%
Hauts-de-France	5 975 757	18010	7765	67008	11119	3,7	1,4	301	1121	130	186	25%
Île-de-France	12 324 261	47652	16741	123940	11739	2,6	0,7	387	1006	136	95	21%
Normandie	3 305 218	9653	4194	36802	5252	3,8	1,3	292	1113	127	159	29%
Nouvelle-Aquitaine	6 039 092	20685	9991	72166	13728	3,5	1,4	343	1195	165	227	31%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	5 088 998	20646	10605	66336	18373	3,2	1,7	406	1304	208	361	30%
Guadeloupe	375 693	1149	508	4605	1860	4,0	3,7	306	1226	135	495	29%
TOTAL REpondANT	50 093 095	174357	75046	574902	97193	3,3	1,3	348	1148	150	194	
France métropolitaine et DOM	67 407 241	227946	100428	764260	135027	3,4	1,3	338	1134	149	200	27%
PART DES REpondANTS	74%	76%	75%	75%	72%							

REGIONS NON REPDANTES	POPULATION GENERALE	NOMBRE TOTAL DE MEDECINS	NOMBRE DE MEDECINS LIBERAUX EXCLUSIFS	NOMBRE TOTAL INFIRMIERS	NOMBRE INFIRMIERS LIBERAUX OU MIXTES	ratio infirmier/m édecin	ratio inf libéraux/m édecins libéraux	densité médicale	densité infirmière	DENSITE MEDECINS LIBERAUX	Densité infirmières libérales	POP 60 ANS ET +
CVL	2 561 451	6640	3018	24565	3028	3,7	1,0	259	959	118	118	30%
BFC	2 784 858	8439	3428	32353	4470	3,8	1,3	303	1162	123	161	31%
OCC	5 985 697	21155	10729	75715	18811	3,6	1,8	353	1265	179	314	30%
PDL	3 837 166	11353	5431	36470	4344	3,2	0,8	296	950	142	113	28%
CORSE	349 269	1067	545	4473	1839	4,2	3,4	305	1281	156	527	31%
martinique	354 824	1108	464	4744	1750	4,3	3,8	312	1337	131	493	31%
GUYANE	294 146	655	175	1984	415	3,0	2,4	223	674	59	141	10%
LA REUNION	857 809	2932	1553	8210	2961	2,8	1,9	342	957	181	345	19%
MAYOTTE	288 926	240	39	844	216	3,5	5,5	83	292	13	75	4%
TOTAL	17 314 146	53 589	25 382	189 358	37 834	3,5	1,5	310	1094	147	219	
France métropolitaine et DOM	67 407 241	227946	100428	764260	135027	3,4	1,3	338	1134	149	200	27%
PART DES ARS NON REPDANTES	26%	24%	25%	25%	28%							

Source : Mission selon données ARS et DREES

1.3 Estimation du nombre de professionnels engagés dans les protocoles de coopération en France à partir des données collectées par la mission auprès des agences régionales de santé

1.3.1 Les protocoles « infirmiers »

1.3.1.1 Les protocoles ASALEE (médecins généralistes et infirmiers)

Les médecins généralistes engagés dans les protocoles ASALEE exercent en ville, le plus souvent en libéral. Aussi, pour effectuer cette estimation, le nombre d'infirmiers « ASALEE » déclarés aux ARS a été rapporté au nombre de médecins libéraux recensés par la DREES dans les régions concernées.

La part des médecins libéraux engagés dans les protocoles ASALEE varie de 7,5 % en Nouvelle Aquitaine (berceau de l'association) à 0,4 % en IDF ; Taux moyen pour les 8 régions : 2,9 % des médecins libéraux → estimation de 2912 médecins libéraux France Entière.

La part des infirmiers libéraux engagés dans les protocoles ASALEE varie de 0,1 à 1,3 % en Nouvelle Aquitaine ; Taux moyen pour les 8 régions : 0,7 % des infirmiers libéraux → estimation 945 infirmiers libéraux France Entière.

Ces estimations se rapprochent des données fournies par l'association ASALEE pour ce qui concerne les infirmières (convention CNAM 2019-2021 : 1000 ETP infirmiers). Pour les médecins, l'association annonce un chiffre deux fois plus important (6000 et non 3000). L'écart serait-il dû au fait que dorénavant, ce ne sont plus les médecins qui se déclarent individuellement à l'association, mais les équipes (des MSP, centres de santé...) ?

1.3.1.2 Les protocoles « infirmiers » en établissements de santé

Le protocole ASALEE est quasiment le seul qui se décline en ville. Aussi, pour réaliser cette estimation le nombre d'infirmiers déclarés aux ARS dans les autres protocoles « infirmiers » a été rapporté au nombre de médecins non libéraux recensé par la DREES dans les régions concernées.

La part des médecins engagés dans les protocoles varie de 0,3 % (Guadeloupe) à 4,2 % en Normandie (région très engagée qui tient un tableau précis, à jour) ; Taux moyen pour les 8 régions : 0,9 % des médecins → estimation de 1148 médecins en établissements.

La part des infirmiers engagés dans les protocoles varie de 0,1 à 0,3 % ; Taux moyen pour les 8 régions : 0,2 % des infirmiers libéraux → estimation de 1258 infirmiers en établissements.

1.3.1.3 Estimation globale du nombre de professionnels engagés dans l'ensemble des protocoles infirmiers

Au total, estimation de 4 060 médecins et 2 204 infirmiers engagés dans des protocoles « infirmiers » sur le territoire France Entière (dont ASALEE):

Tableau 2 : Détermination du nombre de professionnels engagés dans les protocoles de coopération « infirmiers »

	ASALEE			PROFESSIONNELS LIBERAUX		PART DES PROFESSIONNELS LIBERAUX ENGAGES		AUTRES PROTOCOLES INFIRMIERS			PROFESSIONNELS NON LIBERAUX		PART DES PROFESSIONNELS NON LIBERAUX ENGAGES	
	Nombre d'équipe ASALEE	Nombre de délégués MG	Nombre Infirmier ASALEE	NOMBRE DE MEDECINS LIBERAUX EXCLUSIFS	NOMBRE INFIRMIERS LIBERAUX OU MIXTES	part des médecins libéraux	part des infirmiers libéraux	Nombre d'équipe	Nombre de délégués	Nombre Infirmiers délégués	Nombre de Médecins non libéraux	nombre d'infirmiers non libéraux	Part des médecins des établissements	part des infirmiers en établissement
Auvergne-Rhône-Alpes	160	512	179	12 178	18 173	4,2%	1,0%	45	190	151	15 448	79 610	1,2%	0,2%
Bretagne (déclarations récentes)	6	24	6	5 096	7 522	0,5%	0,1%	9	48	30	5 993	33 166	0,8%	0,1%
Grand Est	42	398	103	7 968	9 427	5,0%	1,1%	28	104	77	9 879	56 147	1,1%	0,1%
Hauts-de-France	9	33	11	7 765	11 119	0,4%	0,1%	14	67	42	10 245	55 889	0,7%	0,1%
Île-de-France	13	60	15	16 741	11 739	0,4%	0,1%	57	37	220	30 911	112 201	0,1%	0,2%
Normandie	32	118	37	4 194	5 252	2,8%	0,7%	16	231	48	5 459	31 550	4,2%	0,2%
Nouvelle-Aquitaine	119	754	177	9 991	13 728	7,5%	1,3%	62	80	73	10 694	58 438	0,7%	0,1%
Guadeloupe	6	6	6	508	1 860	1,2%	0,3%	1	2	8	641	2 745	0,3%	0,3%
TOTAL pour 8 des 9 régions répondantes (complétude des réponses)	387	1872	534	64 441	78 820	2,9%	0,7%	232	759	649	89 270	429 746	0,9%	0,2%
NOMBRE DE PROFESSIONNELS France entière				100 428	135 027						127 518	629 233		
ESTIMATION DU NOMBRE DE PROFESSIONNELS ENGAGES DANS LES PROTOCOLES DE COOPERATIONS				2 912	945						1 148	1 258		

Source : Mission selon données ARS et DREES

1.3.2 Les protocoles « non infirmiers »

Les protocoles délégués aux « non infirmiers » concernent très majoritairement (94 % des cas) les orthoptistes et les manipulateurs en électroradiologie médicale (MERM). Les autres professionnels concernés sont les kinésithérapeutes, aides-soignants, diététiciens, ergothérapeutes, techniciens de laboratoire...

Les situations régionales sont très contrastées en particulier en ce qui concerne la part des ophtalmologistes déclarés comme engagés dans les protocoles de coopération. Ceci peut s'analyser au regard de la démographie régionale en ophtalmologistes (de 6,3 pour 100 000 habitants en Normandie à 12 pour 100 000 habitants en PACA) et également au regard d'une possible sous-déclaration dans certaines régions.

Avec toutes ces limites, le nombre de médecins délégants est estimé à 1295 et le nombre de professionnels « non infirmiers » délégués à 1225.

Tableau 3 : Détermination du nombre de professionnels engagés dans les protocoles « non infirmiers »

	PROTOCOLES NON INFIRMIERS DANS LES 9 REGIONS RECONDANTES (médecins ophtalmo et radiologue : 92% des délégants; Orthoptiste et MERM : 94% des délégués)			OPHTALMOLOGIE (47% des délégants ; les orthoptistes représentent 68% des professionnels délégués au sein des protocoles non infirmiers)						RADIOLOGIE (45% des délégants ; les MERM représentent 26% des professionnels délégués au sein des protocoles non infirmiers)					
				Nombre total d'ophthalmologistes et orthoptistes dans la région		Nombre d'ophtalmologistes et d'orthoptistes engagés dans des PC		part des professionnels engagés		Nombre total de radiologues et de MERM dans la région		Nombre de radiologues et de MERM engagés dans des PC		Part des professionnels engagés	
	Nombre d'équipes délégant à des professionnels autres qu'infirmiers	nombre de délégants	nbre de délégués	OPHTALMOLOGISTES	ORTHOPTISTES	OPHTALMOLOGISTES	ORTHOPTISTES	OPHTALMOLOGISTES	ORTHOPTISTES	RADIOLOGUES (radio- diagnostic et imagerie médicale)	Manipulateur en électro- radiologie médicale (MERM)	RADIOLOGUES (radio- diagnostic et imagerie médicale)	Manipulateur en électro- radiologie médicale (MERM)	RADIOLOGUES (radio- diagnostic et imagerie médicale)	Manipulateur en électro- radiologie médicale (MERM)
Auvergne-Rhône-Alpes	81	119	150	682	778	71	119	10,4%	15,3%	1035	4937	28	16	2,7%	0,3%
Bretagne (déclarations récentes)	15	32	30	248	273	13	19	5,2%	7,0%	362	1803	12	10	3,3%	0,6%
Grand Est (enquête juillet 2021)	58	172	139	412	391	52	102	12,6%	26,1%	706	3671	106	24	15,0%	0,7%
Hauts-de-France	8	20	22	397	334	9	19	2,3%	5,7%	727	3393	11	3	1,5%	0,1%
Île-de-France	47	193	126	1466	1338	51	62	3,5%	4,6%	2095	7767	115	39	5,5%	0,5%
Normandie	68	166	161	208	175	127	131	61,1%	74,9%	361	1936	30	29	8,3%	1,5%
Nouvelle-Aquitaine (coops-PS +démarche simplifiée)	103	230	213	500	515	109	135	21,8%	26,2%	776	3410	120	78	15,5%	2,3%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	94	83	70	612	503	48	30	7,8%	6,0%	855	4937	35	40	4,1%	0,8%
Guadeloupe	1	1	1	25	18	0	0	0,0%	0,0%	31	135	1	1	3,2%	0,7%
TOTAL (9 régions)	475	1016	912	4550	4325	480	617	10,5%	14,3%	6948	31989	458	240	6,6%	0,8%
Nombre de professionnels France Entière				5826	5863					8907	39621				
ESTIMATION DU NOMBRE DE PROFESSIONNELS ENGAGES DANS LES PROTOCOLES OPHTALMO et RADIO		1199	1155	611	838					588	317				
ESTIMATION TOTALE DU NOMBRE DE MEDECINS (+8%) ET DE PROFESSIONNELS DELEGUES (+6%)AU NIVEAU NATIONAL		1295	1225												

Source : Mission selon données ARS et DREES

1.3.3 Estimation globale du nombre de professionnels engagés au niveau national à partir des données recueillies auprès de 9 ARS

Au total, France « entière », le nombre de médecins délégants engagés serait de 5355 médecins (avec une sous-déclaration semble-t-il importante des médecins ASALEE au regard du nombre de médecins déclarés par l'association et une très faible déclaration des protocoles « non infirmiers » en région Ile de France) et de 3429 professionnels délégués.

2 Evaluation quantitative du dispositif des protocoles de coopération

2.1 Des données quantitatives globales peu précises mais suffisantes pour prendre la mesure du faible développement du dispositif.

La mission a adressé, en pièce jointe au questionnaire, un tableau permettant de préciser pour 73 protocoles de coopération⁸, le nombre d'équipes ayant adhéré aux différents protocoles, le nombre de délégants (si possible par spécialité) et enfin le nombre de délégués (si possible par profession et spécialité) adhérant au protocole.

Huit des neuf ARS répondantes ont complété ce tableau, l'ARS PACA a présenté une analyse des données quantitatives de son territoire sans compléter le tableau.

Ces données ont été relevées par les ARS sur deux plateformes distinctes de déclaration des équipes de soins. L'ARS Bretagne n'a relevé que les équipes s'étant déclarées sur la plateforme « Démarches simplifiées » ; l'ARS Nouvelle-Aquitaine a différencié les équipes déclarées sur la plateforme COOP-PS⁹ (enregistrées avant le 1^{er} janvier 2020) de celles ayant utilisé le nouveau dispositif « Démarches-simplifiées » ; les autres ARS n'ont pas précisé leurs sources. Enfin, et pour répondre au plus près de la réalité, l'ARS Grand-Est a lancé une enquête auprès des équipes de soins le 23/07/21.

L'ARS Grand-Est a affiné les résultats de son enquête auprès des équipes de soins avec les informations extraites des rapports d'activité et a complété ses investigations par des entretiens afin de compléter les données quantitatives parcellaires. Une baisse de l'activité a été constatée en 2020. La crise Covid-19 a semble-t-il, d'après cette ARS, « fortement bousculé l'organisation des équipes et a pu les démobiliser partiellement ».

L'ARS Bretagne précise que « la composition des équipes, dont les dossiers avaient été déposés sous l'ancienne réglementation (*plateforme COOPS-PS*), n'est pas mise à jour par les équipes, donc semble peu fiable pour refléter le réel »¹⁰.

Malgré ces différents biais (toutes les ARS n'ont pas répondu, diverses sources et modalités de remplissage selon les ARS répondantes), de grandes lignes d'analyse, du point de vue quantitatif, se dégagent néanmoins.

⁸ L'ARS Normandie a ajouté une ligne à propos d'un protocole concernant la réalisation d'échographie par les manipulateurs d'électroradiologie (délégués) validés par les médecins (délégants) : une équipe concernée (10 médecins et 13 MERS)

⁹ Le dispositif des protocoles de coopération entre professionnels de santé initié par l'article 51 de la loi Hôpital, patients, santé, territoire (HPST) de 2009, a été rénové et simplifié par l'article 66 de la loi Organisation et transformation du système de santé (OTSS) publiée le 24 juillet 2019. Le site [coops.ars.sante.fr](https://www.demarches-simplifiees.fr/commencer/declaration-modification-d-equipe-coop-ps) a été fermé aux nouvelles déclarations et remplacé par <https://www.demarches-simplifiees.fr/commencer/declaration-modification-d-equipe-coop-ps>.

¹⁰ Extrait du questionnaire complété par l'ARS Bretagne

Tableau 4 : Résultats de l'enquête auprès des ARS (équipes et profil des délégués)

	EQUIPES DE COOPERATION				PROFILS DES PROFESSIONNELS DELEGUES				HORS ASALEE Part des infirmiers dans PC	REMARQUES
	Nombre total d'équipes	Nombre d'équipes ASALEE	Nombre d'équipes infirmiers hors ASALEE	Nombre d'équipes autres professionnels	INFORMIERS ASALEE	INFORMIERS HORS ASALEE	AUTRES PROFESSIONNELS	TOTAL		
Auvergne-Rhône-Alpes	286	160	45	81	179	151	150	480	50%	ASALEE : 56% des équipes et 37% des professionnels délégués (54% de l'ensemble des infirmiers). A noter 48 IADES engagés dans le protocole "voie centrale"
Bretagne (démarche simplifiée uniquement)	30	6	9	15	6	30	30	66	50%	Structure pluriprofessionnelle : une pharmacienne déléguée pour traitement pollakiurie femme 16 à 65 ans. Urgences : 12 IDE déléguées pour prescription bilan radio.
Grand Est (enquête juillet 2021)	128	42	28	58	103	77	139	319	36%	4 nouveaux projets d'équipes en cours. De nombreux protocoles impliquant les orthoptistes.
Hauts-de-France	31	9	14	8	11	42	22	75	66%	7 équipes avec consultation infirmière de prévention (CIPE) impliquant 12 médecins et 13 IDE
Île-de-France	117	13	57	47	15	220	101	336	69%	1 équipe de 25 IDE (prescription bilan radio aux urgences). 7 équipes de mesure de l'élastométrie du foie (30 infirmières). 1 équipe de 15 infirmières de prévention (CIPE)
Normandie	116	32	16	68	37	48	161	246	23%	1 équipe réalisant des séances de laser buccal (17 IDE et 5 MERM)
Nouvelle-Aquitaine (coops-PS +démarche simplifiée)	284	119	62	103	177	73	213	463	26%	3 équipes échographie veines / artères: 8 radiologues et 17 IDE déléguées. 6 équipes prélèvement de cornée post-mortem (13 IDE)
Pour information : Nouvelle-Aquitaine (démarche simplifiée uniquement)	53	27	4	22	NR	NR	NR	NR		
Provence-Alpes-Côte d'Azur	94				143 infirmiers au total		70	213		192 professionnels médicaux dont 1 Urologue; 48 Ophtalmologues (25% des délégués); 35 radiologues soit (18,22%); 1 hémato-oncologue et 1 oncologue et 2 chirurgiens digestifs. ASALEE , données Coops-PS : 16 équipes (44 IDE)
Guadeloupe	8	6	1	1	6	8	1	15	89%	Hors ASALEE, uniquement 2 équipes (une de 8 IOA pour prescription de radio aux urgences et une formée d'un médecin et d'un MERM (échographie)
TOTAL (hors lignes grisées)	1000	387	232	381	534	649	817	2000	44%	Les orthoptistes sont presque aussi nombreux que les infirmiers (hors ASALEE) : 611 et les manipulateurs radio (MERM) sont au nombre de 41.
Nb MOYEN DE PROFESSIONNELS DELEGUES PAR EQUIPE					1,4	2,8	2,1	2,0		Pour les infirmiers hors équipes ASALEE, la taille plus importante des équipes de la région IDF impactent de façon significative sur le nombre moyen d'IDE par équipe sur l'ensemble des régions répondantes.

Source : Mission selon les données ARS

Tableau 5 : Résultats de l'enquête auprès des ARS-protocoles infirmiers et non infirmiers (équipes, délégants et délégués)

	ENSEMBLE DES PROTOCOLES			ASALEE			AUTRES PROTOCOLES INFIRMIERS			PROTOCOLES NON INFIRMIERS		
	nombre total d'équipe engagées	Nombre total de délégants	Nombre total de délégués	Nombre d'équipe ASALEE	Nombre de délégants MG	Nombre Infirmier ASALEE	Nombre d'équipe	Nombre de délégants	Nombre Infirmiers délégués	Nombre d'équipe	Nombre de délégants	Nombre de délégués
Auvergne-Rhône-Alpes	286	821	480	160	512	179	45	190	151	81	119	150
Bretagne (démarche simplifiée uniquement)	30	104	66	6	24	6	9	48	30	15	32	30
Grand Est (enquête juillet 2021)	128	674	319	42	398	103	28	104	77	58	172	139
Hauts-de-France	31	841	75	9	754	11	14	67	42	8	20	22
Île-de-France	117	263	361	13	33	15	57	37	220	47	193	126
Normandie	116	457	246	32	60	37	16	231	48	68	166	161
Nouvelle-Aquitaine (coops-PS +démarche simplifiée)	284	428	463	119	118	177	62	80	73	103	230	213
Guadeloupe	8	7	15	6	6	6	1	0	8	1	1	1
TOTAL	1000	3595	2025	387	1905	534	232	757	649	381	933	842
		1,8 délégant pour un délégué			3,6 MG pour 1 infirmière ASALEE			1,2 délégant pour 1 infirmier			1,1 délégant pour 1 délégué	

Source : Mission selon les données ARS

En supposant que les équipes de soins et professionnels libéraux déclarent effectivement les protocoles et que ces informations soient mises à jour, cette modalité de travail en équipe pluridisciplinaire encadrée par un protocole de coopération reste très peu développée. Pour une population d'un peu plus de 50 millions d'habitants représentée par les 8 ARS répondantes (PACA a répondu partiellement), ce sont 1000 équipes qui engagent 2000 professionnels délégués dont 1183 infirmiers (45 % d'entre eux sont salariés de l'association ASALEE). Le niveau de ces données chiffrées ne permet pas de les traduire en offre de soins (4 professionnels de santé délégués pour 100 000 habitants)¹¹.

Pour les infirmiers, ce sont 2,3 infirmiers délégués pour 100 000 habitants ou rapportés au nombre total d'infirmiers dans les 8 régions répondantes (508 566), ce sont 0,23 % des infirmiers de ces régions qui sont concernés par les protocoles de coopération. S'agissant des délégants, ce sont 2,31 % des médecins des régions concernées (3552 des 153717 médecins) qui se sont mobilisés dans ce dispositif de coopération interprofessionnelle.

Concernant le protocole ASALEE, leur développement selon les régions est très hétérogène avec par exemple un développement très modeste en Île-de-France (13 équipes avec 15 infirmiers et infirmières). La répartition entre délégants et délégués selon les territoires répondants au questionnaire met en exergue des équipes composées en moyenne de 3,6 médecins généralistes pour une infirmière salariée de l'association ASALEE et les infirmières sont le plus souvent seules ou à deux dans les équipes (1,4 infirmières par équipe).

¹¹ Pour mémoire, avec l'hypothèse de 750 000 infirmiers en activité en France (métropolitaine + outre-mer soit une population totale de 67 407 241 habitants), l'offre de soins que représentent les infirmiers et les infirmières est de 1113 infirmiers pour 100 000 habitants.

Le site Coops-PS (mis à jour jusqu'en janvier 2020) recense les régions suivantes appliquant le protocole : Hauts de France ; Normandie ; Océan Indien ; Auvergne-Rhône-Alpes ; Bourgogne-Franche Comté ; Grand Est ; Occitanie ; Nouvelle-Aquitaine ; Île-de-France ; Bretagne ; Centre-Val-de-Loire ; Pays de la Loire ; PACA. Les régions ayant répondu au questionnaire appliquent toutes le protocole ASALEE. La région qui a accompagné le projet depuis son origine (l'association ASALEE pré-existait aux protocoles de coopération) est la région Nouvelle-Aquitaine.

Tableau 6 : Enquête auprès des ARS-Protocoles ASALEE

PROTOCOLE ASALEE	Auvergne Rhône Alpes	Bretagne	Grand -Est	Nouvelle Aquitaine	Hauts de France	Ile de France	Normandie	Guadeloupe	ENSEMBLE
NOMBRE D'EQUIPES	160	6	42	119	9	13	32	6	387
NOMRE DE MEDECINS GENERALISTES	512	24	398	754	33	60	118	6	1793
NOMBRE D'INFIRMIERS	179	6	103	177	11	15	37	6	503
Nombre moyen de MG par équipe	3,2	4	9,5	6,3	3,7	4,6	3,7	1	4,6 MG par équipe
Nombre moyen d'infirmiers par équipe	1,1	1	2,5	1,5	1,2	1,2	1,2	1	1,4 IDE par équipe
nombre de médecins généralistes pour une infirmière ASALEE	2,9	4	3,9	4,3	3	4	3,2	1	3,6 MG pour 1 IDE

Source : Mission selon données ARS

2.2 Analyse des protocoles de coopération « infirmiers » sans mise en œuvre dans les huit régions ayant renseigné le tableau de recensement.

Les protocoles qui ne font actuellement pas l'objet de déclaration dans les 8 régions ayant complété le tableau de 73 lignes sont au nombre de 23. Pour certains d'entre eux, il apparaît qu'ils n'avaient été accordés par la HAS que sous réserve d'une mise en œuvre limitée au service promoteur (4), ou que leur contenu est obsolète (2), limité à une région ou territoire d'outre-mer (2) ou à un CHU (2). Deux d'entre eux ne concernent pas les infirmiers et infirmières (l'un concerne les orthoptistes et l'autre les diététiciens). Ce sont donc 11 protocoles intéressant les infirmiers qui ne sont pas appliqués par les régions répondantes qui ont fait l'objet d'une analyse par la mission.

2.2.1 Trois protocoles nationaux autorisés dans les structures pluri-professionnelles depuis le 6 mars 2020 (sur les quatre impliquant des infirmiers) ne sont pas appliqués à l'été 2021 :

- « *Prise en charge de l'enfant de 12 mois à 12 ans de l'éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse par l'infirmier diplômé d'Etat ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle* »¹², communément nommé « protocole varicelle »
- « *Prise en charge de l'odynophagie par l'infirmier diplômé d'Etat ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle* »¹³, communément nommé « protocole angine »
- « *Renouvellement du traitement de la rhino-conjonctivite allergique saisonnière pour les patients de 15 à 50 ans par l'infirmier diplômé d'Etat et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle* »¹⁴, communément nommé « protocole allergie »

Le tableau de recueil de données mis à jour par la DGOS en juillet 2021 confirme ces informations et précise qu'aucune équipe n'est déclarée au niveau national.

Pour information, l'arrêté du 6 mars ne suffit pas à autoriser la mise en œuvre effective du protocole, un arrêté du 10 septembre 2020 a précisé son financement et une instruction de mise en œuvre en date du 18 janvier 2021 a été publiée au JO du 17 mai 2021.

Par ailleurs, il est ici utile de rappeler que ces protocoles comportent parfois des actes non dérogatoires qui peuvent être réalisés dans un cadre moins contraint que celui des protocoles de coopération. A titre d'exemple, la réalisation de « Tests oro-pharyngés d'orientation diagnostique des angines à streptocoque du groupe A » par les pharmaciens ¹⁵ne nécessite pas avant leur réalisation, comme c'est le cas dans le cadre d'un protocole, de s'assurer que le patient est suivi par un médecin avec lequel le pharmacien collabore dans le cadre d'une structure pluri professionnelle, qu'un système d'information partagé est en place, que la personne est âgée de 6 à 45 ans, qu'elle ne présente pas de critères d'exclusion comme la toux par exemple... Ces différences sont justifiées par la possibilité dans un cas de prescrire un antibiotique (protocole) ou seulement de donner un élément d'orientation diagnostique (test).

¹² Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge de l'enfant de 12 mois à 12 ans de l'éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse par l'infirmier diplômé d'Etat ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle »

¹³ Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge de l'odynophagie par l'infirmier diplômé d'Etat ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle »

¹⁴ Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Renouvellement du traitement de la rhino-conjonctivite allergique saisonnière pour les patients de 15 à 50 ans par l'infirmier diplômé d'Etat et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle »

¹⁵ Arrêté du 1er août 2016 déterminant la liste des tests, recueils et traitements de signaux biologiques qui ne constituent pas un examen de biologie médicale, les catégories de personnes pouvant les réaliser et les conditions de réalisation de certains de ces tests, recueils et traitements de signaux biologiques

2.2.2 Trois protocoles infirmiers autorisés à la demande des régions répondantes (dont deux de portée nationale) ne sont pas mis en œuvre.

- « *Première consultation d'alcoologie par une infirmière, pour des patients adressés par un service des urgences* ». L'ARS Île-de-France a sollicité l'avis de la HAS en 2018, un avis favorable de la HAS le 12 février 2020 et un arrêté d'autorisation nationale le 18 juin 2020. Aucune équipe déclarée en IDF ni dans les autres régions répondantes. D'après le tableau de suivi de la DGOS il n'y a qu'une équipe composée d'un infirmier travaillant avec un médecin sur le territoire national.
- « *Réalisation de sutures de plaies simples par un infirmier en lieu et place d'un médecin* ». L'ARS ARA a sollicité l'avis de la HAS et un arrêté d'autorisation nationale a été pris le 18 juin 2020. Aucune équipe déclarée. La mission d'inspection a échangé avec l'équipe promotrice, pour les personnes rencontrées, la mise en place ne se réalise pas car au niveau organisationnel, cela représente un coût important (financement des primes aux infirmiers...) que l'établissement ne pourrait pas soutenir. D'après le tableau de suivi de la DGOS il y a une équipe d'un infirmier travaillant avec un médecin sur le territoire national.
- « *Sur prescription médicale, réalisation de photos du fond d'œil par rétinographie grand champ numérique, par une puéricultrice diplômée d'état en lieu et place d'un médecin ophtalmologiste pédiatrique* ». L'ARS Nouvelle-Aquitaine a sollicité l'avis de la HAS le 4 avril 2016 et un avis favorable a été émis le 28 juin 2018. Aucune équipe n'a été recensée au niveau national (DGOS, juillet 2021)

2.2.3 Un protocole, d'autorisation récente, sollicité par une région non répondante n'est mis en œuvre dans aucune région française.

- « *Adaptation de l'oxygénothérapie d'effort dans le cadre d'un programme de réhabilitation respiratoire en ambulatoire pour des patients atteints d'insuffisance respiratoire chronique sans comorbidités significatives* ». Ce protocole de coopération a été déposé pour instruction par la HAS le 28 janvier 2016 par l'ARS Centre Val de Loire et un avis favorable a été émis le 21 janvier 2021. Pas d'équipe recensée au niveau national par la DGOS (juillet 2021)

2.2.4 Quatre protocoles sont appliqués par ailleurs, dans des régions non répondantes, de façon inégale.

- « *Intervention d'infirmières libérales à domicile afin de diagnostiquer et d'initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé* ». L'ARS Île-de-France a sollicité l'avis de la HAS et un avis favorable a été émis le 4 décembre 2013. Les régions Occitanie, centre Val-de-Loire ; Nouvelle-Aquitaine ; Bourgogne-Franche Comté ; PACA ; Normandie ; Grand Est ; Corse et Île-de-France l'ont autorisé avant 2020. Un arrêté d'autorisation nationale a été pris le 1er mars 2021 mais, seule la région Occitanie applique ce protocole avec 68 équipes, 171 médecins généralistes délégués et 92 infirmières déléguées (données DGOS, juillet 2021)
- « *Réalisation de ponction médullaire en crête iliaque postérieure à visée diagnostique par une infirmière en lieu et place d'un médecin* ». L'ARS PACA a sollicité l'avis de la HAS et un avis favorable a été émis le 31 mai 2011. Les ARS PACA, ARA, GE, PDL, CVL et IDF l'ont autorisé avant 2020 mais seule la région PACA déclare une équipe (1 médecin et 8 IDE) selon le référencement DGOS.

- « *Réalisation des manométries oesophagienne, ano-rectale et pHmétrie, par des infirmiers du service d'exploration fonctionnelle digestive 2019* ». L'ARS Franche-Comté a sollicité l'avis de la HAS le 22 septembre 2016, avis favorable le 22 mai 2019. Un arrêté d'autorisation nationale a été pris le 1er mars 2021 et seulement 2 équipes recensées en Franche-Comté avec au total 2 infirmiers délégués (recensement DGOS juillet 2021).
- « *Consultation infirmière de suivi des patients atteints de dystrophie myotonique de Steinert (DM1) entre deux consultations multidisciplinaires* ». L'ARS Pays de la Loire a sollicité l'avis de la HAS le 17 novembre 2017 et un avis favorable a été émis le 9 juillet 2020. Un arrêté d'autorisation nationale a été pris le 5 septembre 2020. D'après le tableau de suivi de la DGOS, seul un infirmier est délégué à l'échelle nationale (en PDL).

2.3 Analyse des protocoles mis en œuvre dans une seule des régions répondantes.

2.3.1 Près de la moitié des 15 protocoles développés dans une seule région répondante, concerne la région Île-de-France

Les sept protocoles développés uniquement en Île-de-France concernent essentiellement des équipes isolées et peu d'infirmiers (27 infirmiers au total).

Tableau 7 : Nombre d'équipes, de délégants et de délégués pour 7 protocoles de coopération

PROTOCOLE		NOMBRE EQUIPE FRANCIEN NE	NOMBRE DE DELEGANTS	NOMBRE INFIRMIERS DELEGUES	Arrêté d'autorisation nationale
Réalisation d'une paracentèse d'ascite à visée thérapeutique par une infirmière, en lieu et place d'un médecin		1	10	2	NON
Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée, avec ou sans télé-médecine, des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un infirmier		1	7	2	31/12/2019
Suivi, prescriptions et orientation de patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou une affection apparentée par une infirmière en lieu et place du médecin		2	2	4	NON
Suivi de patients et de donneurs vivants en pré greffe rénale, avec prescription d'exams, par une infirmière en lieu et place d'un médecin		1	1	1	NON
Réalisation du frottis cervico-utérin (FCU) de dépistage du cancer du col de l'utérus par l'infirmière du centre de santé		1	3	3	03/02/2021
Prise en charge des plaies chroniques des membres inférieurs et du pied diabétique par un(e) infirmière		3	4	4	NON
Ablation de drains de Redon® pleuraux et médiastinaux par l'infirmier		1	10	11	NON
TOTAL		10	37	27	

Source : Mission selon données de l'ARS-IF

2.3.2 Une situation particulière concerne le quatrième protocole, impliquant les infirmiers en structures pluri-professionnelles (autorisation nationale du 6 mars 2020)

Le protocole communément nommé « cystite » est mis en place dans deux régions mais concerne moins les infirmiers que les pharmaciens. La délégation concerne les infirmiers dans une seule des deux régions :

Tableau 8 : Répartition des équipes, délégants et délégués pour deux régions impliquées dans le protocole « cystite »

PROTOCOLE	REGIONS REPONDANTES	NOMBRE EQUIPE	NOMBRE DE DELEGANTS	NOMBRE INFIRMIERS DELEGUES	NOMBRE DE PHARMACIENS DELEGUES
Prise en charge de la pollakiurie et de la brûlure mictionnelle chez la femme de 16 à 65 ans par l'infirmier diplômé d'Etat et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle	Auvergne- Rhône-Alpes	3	7 MG	5	5
	Bretagne	1	5 MG	0	1

Source : Mission selon données ARS ARA et Bretagne

2.3.3 Les autres protocoles mobilisent des équipes le plus souvent uniques et concernent peu d'infirmiers.

Certains protocoles sont portés par une seule région et le plus souvent par une seule équipe.

Tableau 9 : Nombre d'équipes, de délégants et de délégués par protocole de coopération pour la région concernée

PROTOCOLE	REGION	NOMBRE EQUIPES	NOMBRE DE DELEGANTS	NOMBRE INFIRMIERS DELEGUES	Nombre autres professionnels	Arrêté d'autorisation nationale
Prise en charge des patients parkinsoniens traités par stimulation cérébrale profonde (SCP): adaptation des réglages de stimulation par une infirmière en lieu et place du médecin à partir des évaluations motrice, comportementale et psycho sociale	Grand- Est	1	3	3		NON
Lecture des tests tuberculiques par un(e) IDE exerçant dans un centre de lutte anti-tuberculose	Grand- Est	1 équipe en cours	0	0		NON
Prélèvements de peau mince (feuillet épidermiques) dans le cadre de prélèvements de tissus sur personnes décédées	HDF	2	8	9		03/02/2021
Réalisation d'échoguidage pour la ponction veineuse ou pose de voie veineuse périphérique au niveau du membre supérieur ou pour la ponction radiale artérielle par un(e) infirmier(e) en lieu et place d'un médecin dans l'ensemble des services MCO notamment en structure d'urgence	Nouvelle Aquitaine	1	1 médecin anesthésiste-réanimateur	3 IADE		NON
Réalisation de séances de laser basse énergie pour la prévention et le traitement des mucites buccales chimio et/ou radio-induites chez les patients atteints de cancer par un(e) infirmier(e) ou un(e) manipulateur (trice) d'électroradiologie médicale en lieu et place d'un médecin 2018	Normandie	1	7	17 IDE	5 MERM	NON
Réalisation de la première injection intra caverneuse (IIC) d'ALPROSTRADIL et des injections suivantes en cas de besoin, interprétation du résultat et validation ou invalidation du traitement par IIC par une infirmière en lieu et place d'un médecin 2016	Normandie	1	8	2		NON
		7	27	34	5	

Source : Mission selon données ARS

2.4 Les protocoles infirmiers se développant au sein d'au moins deux régions répondantes sont dans 53 % des cas des protocoles nationaux

Le protocole qui rassemble le plus de régions répondantes (toutes sauf la Guadeloupe) est celui de prélèvement de cornées post-mortem. Lorsque le délégant est un médecin du service de réanimation ou des urgences, selon une équipe rencontrée, il s'avère rapidement que l'infirmier acquiert plus de compétences que le délégant ; le délégant peut également être un médecin coordonnateur ou plus rarement un ophtalmologue. Pour les sept régions concernées 32 équipes mobilisent 78 infirmières

Vient ensuite le protocole « *Evaluation et suivi de plaies complexes par un(e) infirmier(e) expert(e)-Télémédecine* » qui se développe dans 6 régions mais ne mobilise que 9 équipes et 21 infirmiers. Il se trouve de ce fait classé assez bas dans le tableau ci-dessous qui est organisé selon le nombre d'équipes mobilisées.

Ces deux protocoles ont pris une dimension nationale récemment (mars 2021) et s'étaient développés régionalement antérieurement. A contrario, la portée régionale des deux protocoles nationaux les plus anciens (décembre 2019) est mitigée. Celui concernant l'insuffisance cardiaque (cf. plus haut) n'est mis en œuvre qu'en Île-de-France et celui concernant le bilan radiologique aux urgences en cas de traumatisme des membres concerne 4 des 8 régions répondantes mais seulement 5 équipes au niveau national. Ce dernier est remarquable par le fait qu'il mobilise dans deux régions des équipes rassemblant un nombre d'infirmiers plus conséquent qu'habituellement constaté. (Cf. le tableau ci-dessous).

Tableau 10 : Equipes et infirmiers engagés dans les protocoles nationaux et locaux

	ARA		BRETAGNE		GRAND EST		NA		HDF		IDF		NORMANDIE		GUADELOUPE		TOTAL		REMARQUES
	Equipes	infirmiers	Equipes	infirmiers	Equipes	infirmiers	Equipes	infirmiers	Equipes	infirmiers	Equipes	infirmiers	Equipes	infirmiers	Equipes	infirmiers	Equipes	infirmiers	
PROTOCOLE : Surligné en vert : les protocoles nationaux (au 01/10/2021)																			
Prélèvements de cornées sur personnes décédées	13	32	4	10	5	14	7	13	1	3	1	4	1	2			32	78	médecins délégués urgentiste, ophtalmo ou coordo de prélèvements
Pose de voie veineuse centrale par l'IDE	10	48			2	5					6	18	2	3			20	74	Pour la région ARA, il est précisé que ce sont 48 IADE
Echocardiographie cardiaque par une IDE			1	2	1	2	7	8			3	4	6	10			18	18	Les médecins délégués sont des radiologues ou des cardiologues
consultation infirmière de prévention (CIPE)							7	14	7	13	1	15					15	28	
médecine du voyage (conseil, vaccination, prescription...)	2	3					3	3			10	23					15	29	
Mesure élastométrie du foie par fibroscan	3	13	1	5	3	6					7	30					14	54	Hépatologues et endocrinologues
PeC diabétiques avec pompe à insuline/Plan d'Education (ePEP)	3	15			4	9			3	16	1	14					11	54	arrêté national du 29 septembre 2021, postérieur à l'enquête
Suivi diabétiques insulinodép avec carnet électronique. Télémédecine					7	13	1	1			1	12	1	1			10	28	
Evaluation et suivi de plaies complexes par un(e) infirmier(e) experte	1	2	1	1	1	1	1	3			4	10	1	4			9	21	Phlébologues, médecins généralistes et gériatres
suivi des patients traités par anticancéreux oraux à domicile par infirmier	1	2									6	10					7	12	
échographies des veines et/ou artères des membres supérieurs	2	15					3	17			1	3					6	35	
Bilan Uro Dynamique (BUD) par une infirmière experte en urologie	1	2			1	2	1	2			1	1	1	3			5	10	Les médecins délégués sont nephrologues et urologues
Demande du bilan radiologique par IDE ou IOA suite trauma de membre			2	12	1	18					1	25			1	8	5	63	arrêté national du 14 décembre 2019
Prise en charge et suivi épilepsie(s) en structures spécialisées ou TM	3	4			1	1											4	5	
Interprétation des résultats de glycémie capillaire, et adaptation du trait par insuline en consultation hospitalière	1	5					1	5			2	13					4	23	
Consultation, décision et prescription de vaccination							1	1			1	3	2	4			4	8	
suivi de patients bénéficiant d'une chirurgie de l'obésité					1	3			1	1	1	3					3	7	
Indication et réalisation d'une ponction de lymphocèle (post-op chirurgie mammaire)	1	3									1	4					2	7	
Contrôle des dispositifs implantables rythmologiques	1	2									1	1					2	3	

Source : Mission selon les données des ARS

2.5 Les secteurs de développement des protocoles de coopération dépendent de la nature des protocoles mis en œuvre.

Les réponses apportées par les régions à la question « Ces professionnels exercent-ils plutôt en ville, en structure pluri professionnelle ou en établissement de santé ? » attirent l'attention sur le fait que les activités des infirmiers de l'association ASALEE ne se développent pas qu'en structures pluri professionnelles. L'ARS Nouvelle-Aquitaine précise qu'en ambulatoire les protocoles sont signés majoritairement avec les libéraux isolés. Dans la région ARA qui a vu s'implanter un grand nombre d'infirmières ASALEE, il n'est compté que 6 équipes en structures coordonnées :

Tableau 11 : Typologie d'implantation du protocole ASALEE

ARA	GE	Nouvelle-Aquitaine	HDF	IDF	PACA	NORMANDIE	GUADELOUPE
La majorité en ville (protocole ASALEE). <u>6 équipes en structure coordonnée</u>	50 % en établissement et 50 % en ville et en structure pluripro. Bilan ASALEE en cours	58 % en ambulatoire (ASALEE) et 42 % étab. santé. <u>En ambulatoire : majorité de libéraux isolés.</u>	Majoritairement en ville (environ 15 % en établissement de santé)	Une dizaine d'ESPIC, une quarantaine de structures privées, une soixantaine de structures publiques ;	Secteur public : 133 salariés/Secteur libéral 129 salariés/ Secteur privé : 118 salariés/ ESPIC (CRLCC) : 25 salariés	ASALEE en ville. Ophtalmo-orthoptiste : <u>mixte (ophtalmo en établissement de santé et orthoptiste en ville)</u> Prélèvement de cornée... : en CH	50 % ambulatoire 50 % hospitalier

Source : Mission selon données des ARS

3 Evaluation qualitative des protocoles de coopération

3.1 Impacts perçus comme positifs des protocoles de coopération sur les principaux attendus du dispositif

L'enquête comporte des questions d'évaluation qualitative de sept objectifs proposés par la mission. Les réponses sont globalement positives et un certain nombre d'ARS, qui n'ont pas conduit d'enquêtes ou échanges récents sur ces questions avec les équipes, ne disposent pas d'éléments suffisants, actuellement, pour y répondre :

Tableau 12 : Evaluation qualitative de sept objectifs

ARS	Gain en temps médical ?	Recentrage de l'activité médicale sur des actes plus complexes ?	Raccourcissement des délais d'accès au soin ?	Diminution du renoncement au soin en zone sous-dense ?	Amélioration de la prévention et du dépistage ?	Amélioration de la qualité des soins ?	Amélioration de la coordination des soins ?
ARA	NR	OUI pour les protocoles de spécialité en milieu hospitalier	OUI Evident pour la filière visuelle (diminution tps accès consult ophtalmique)	Non objectifé mais le suivi Asalee montre une meilleure observance de la réalisation des examens complémentaires	OUI Réalité identifiée dans le cadre du protocole Asalée	OUI, Identifié dans le cadre du protocole asalée	NR Pas assez d'équipes sur les protocoles coordonnés pour pouvoir répondre
BRETAGNE	OUI	OUI	OUI	NR	OUI	NON	OUI
GRAND-EST	OUI, motivation principale pour les équipes de soins interrogées;ASALEE : cf. évaluation IRDES 2019, augmentation de la file active du binôme IDE/MG d'environ 10%	OUI, gradation des soins induite de fait par la délégation d'actes.	OUI, par ex pour le protocole de dépistage de la rétinopathie diabétique	OUI, opération de promotion-formation-action-installation ciblée d'infirmières ASALEE dans 4 départements sous-denses en 2018. Bilan positif trois ans après	OUI, pour la majorité des équipes de soins.	INDIRECTEMENT, le gain de temps médical permet de dégager un temps de coordination synonyme de qualité des soins.	OUI, l'amélioration de la coordination des soins est clairement identifiée par les équipes
NORMANDIE	OUI sur une même vacation, l'ophtalmologiste et l'orthoptiste doublent les examens.	OUI, l'activité médicale recentrée sur les patients complexes ou instables, sur la prise en charge des urgences ou patients non stabilisés	OUI, diminution des délais de rendez-vous ; Avec ASALEE : suivi 1 fois par an par le médecin, 1 fois par semestre ou trimestre par l'IDE	OUI, un plus grand nombre de patients différents pris en charge.	OUI, plus d'information, d'explications, de prévention. Démarche de santé publique (parfois aussi pour l'entourage, la famille)	OUI Une prise en soin plus complète, moins standardisée, plus à l'écoute des questions, avec plus de conseils, ...les consultations sont aussi plus longues	OUI, suivi du patient médecin-paramédical, permettant une prise en charge plus complète de la pathologie, ou déficiences
GUADELOUPE	Les premières déclarations d'adhésion à un protocole de coopération national sur notre territoire datent du premier trimestre 2021. La plupart sont encore en phase de construction.						
HAUT DE France	Aucune étude qualitative n'a été menée (en analysant notamment des territoires dans lesquels des professions disposent de tels protocoles et des territoires n'en disposant pas).Au surplus, les nouvelles modalités de validation génèrent de fait une prise de distance entre les équipes concernées et l'agence (limitant de fait les échanges permettant de disposer de ce type d'information).						
NOUVELLE AQUITAINE	NR						
IDF	Nous ne disposons pas de ces informations						
PACA	Nous n'avons pas réalisé d'évaluation quantitative à ce jour de la mise en œuvre des protocoles de coopération.						

Source : Mission

L'ARS Bretagne a interrogé une équipe ayant mis en place un protocole de prélèvement de cornées en post mortem, ses réponses sont tout à fait encourageantes :

- Gain en temps médical pour le geste opératoire évitant souvent la perte de temps liée au déplacement du préleveur.
- Pour le médecin coordinateur, et délégant, ce gain de temps est faible car se pose le problème de la sélection des donneurs qui repose exclusivement sur le coordinateur médical et le problème d'aide opératoire un certain nombre de fois (petite équipe)
- Le protocole permet de prélever sans attendre / dépendre de la disponibilité d'un médecin préleveur. En conséquence :
 - Augmentation du nombre de prélèvements du fait de créneaux horaires moins restreints (prélever plus = plus de cornées proposées à la greffe, hors contexte Covid qui a impacté significativement cette activité)
 - Diminution du délai entre décès et prélèvement dans certains cas (greffons de meilleure qualité)
- La qualité des greffons prélevés n'est pas moindre avec le protocole, ce qui témoigne d'un geste opératoire maîtrisé par les déléguées.

L'ARS Grand-Est a déployé une enquête auprès des professionnels de santé qui a permis, entre autres, d'étayer ces réponses positives pour quatre protocoles de coopération dont deux concernant les infirmiers. Elle permet, par exemple, pour le protocole « plaies complexes » de mesurer le temps gagné en consultation (ce qui est appréciable au premier chef pour le patient) ou encore l'impact de

la formation commune initiale MG/IDE des protocoles ASALEE sur la qualité de la coordination des soins secondairement :

Tableau 13 : Enquête de l'ARS-GE auprès des professionnels de santé pour quatre protocoles de coopération

Enquête ARS GRAND-EST : Exemples d'impacts liés à la mise en place de protocoles de coopération				
Nom du protocole	Protocole de coopération entre médecins radiologues ou nucléaires et manipulateurs d'électroradiologie médicale(MERM) formés à l'échographie exerçant au moins 50% de leur temps de travail dans ce domaine	Evaluation et suivi de plaies complexes et/ou à retard de cicatrisation par un IDE expert en plaies et cicatrisation dans le cadre d'un réseau pouvant fonctionner en télé-médecine.	ASALEE : travail en équipe infirmier(e)s délégué(e)s à la santé populationnelle & médecins généralistes pour l'amélioration de la qualité des soins et l'allocation optimisée de la disponibilité des "professionnels de santé" sur le territoire concerné	Réalisation d'un bilan visuel par l'orthoptiste dans le cadre du renouvellement/adaptation des corrections optiques chez l'enfant de 6 à 15 ans et 16-50 ans
Gain de temps médical	A titre d'exemple, une vacation de 4 heures permet la réalisation d'environ 24 examens contre 18, s'ils sont effectués par le médecin seul.	Oui, de 30 min par consultation en moyenne (⇒ 30X25 = 12h30)	Oui même si cela n'est pas objectivé à ce jour par l'équipe de soins	Oui, car les patients sont vus en l'absence du médecin
Recentrage de l'activité médicale	Oui, cela permet de réaliser 4 ponctions de thyroïde deux fois par semaine en plus de l'activité habituelle et de dédier du temps supplémentaire aux biopsies et suivis de cancer	Temps libéré au médecin pour des activités diverses et de coordination (PCME)	Le protocole permet un gain de temps médical pour la pose de diagnostic ou dans la PEC des pathologies chroniques avec la sollicitation d'examens complémentaires au besoin	Cela permet de libérer des créneaux d'urgence pour la PEC de pathologies au lieu de consultations de renouvellement/adaptation des corrections optiques
Raccourcissement des délais d'accès aux soins	Le délai de rendez-vous est de l'ordre de 15 jours hors urgences. Le raccourcissement des délais est objectivable en début de mise en oeuvre du protocole sans que cela soit quantifiable par la suite	Oui, de par un accès plus rapide à une date disponible sur le planning du délégué	L'exercice en MSP facilite la coordination et la programmation de RDV dans des délais plus courts au besoin	Oui, car ce sont des créneaux dédiés A noter qu'en zone sous dense peut être associée à une moyenne d'âge de la patientèle élevée ne permettant pas de réduire les délais de PEC.
Amélioration prévention et dépistage	Pas d'examen de dépistage ou de prévention réalisés dans ce cadre actuellement	Oui, de par l'éducation connexe des soignants / situations de plaies complexes	Oui, grâce à la mise en œuvre d'actions de prévention et d'ETP	Oui, car des glaucomes, déchirures, etc... peuvent être diagnostiqués chez les patients vus dans le cadre du protocole
Amélioration qualité des soins	Oui, grâce à la formation des délégués et du double avis en cas de difficultés du délégué. Les délais de réalisation d'examens permettent une prise en charge plus rapide de la douleur lorsqu'elle est nécessaire	Oui, du fait du délai de réponse réduit	Amélioration notable de la qualité des soins pour certains patients chroniques comme par exemple le suivi des patients hypertendus Dans le cadre de la crise COVID, vaccination et suivi de patients chroniques en ville afin d'éviter un engorgement des hôpitaux	Oui car en plus du bilan orthoptique une rétinographie grand champ est réalisée pour chaque patient
Amélioration coordination des soins	Gradation des soins du fait de la mise en place de plages dédiées. Coordination facilitée avec l'ICANS dans le cadre de la surveillance thyroïdienne et des cytoponctions	Temps libéré au médecin pour des activités diverses et de coordination (PCME)	La formation initiale réalisée par binôme IDE/MG facilite la coordination des soins ainsi que l'élaboration de protocoles permettant de répondre à certaines besoins identifiés sur le territoire. (Ex: PC apnée du sommeil, ...).	Oui, les patients ont par ailleurs bien identifié le rôle du délégué et du délégant à l'œuvre dans ce protocole Souhait d'élargissement de la cible jusqu'à 60 ans, notamment dans les zones sous denses.

Source : Mission selon données ARS GE

3.2 Le développement d'indicateurs de suivi nationaux est souhaité et les ARS proposent diverses modalités de suivi au niveau territorial

La mission a interrogé les ARS sur les indicateurs d'impacts qui seraient à développer et sur leur suggestion afin d'améliorer le suivi du dispositif. Les propositions vont du développement d'un portail national de saisie d'indicateurs partagés, à la nature des éléments qui seraient à fournir par les équipes lors de la rédaction de leurs rapports d'activité :

Tableau 14 : Propositions d'indicateurs de suivi

ARS	Quels indicateurs de suivi ?	Comment améliorer le suivi des résultats
ARA	Les indicateurs de suivi spécifiques attendus dans les protocoles, n'objectivent pas ces éléments d'impact.	
BRETAGNE		Recueil du bilan annuel sur la plateforme + campagne annuelle de suivi conduite par l'ARS
GRAND-EST	Attente d'un outil de suivi digital d'indicateurs fiabilisés (gain de temps médical, accès aux soins, qualité, coordination)	voir ci-dessous la réponse construite à partir de l'enquête menée auprès des professionnels
PACA	Un portail de saisie en ligne pour chaque équipe permettrait un recueil national d'indicateurs partagés.	
HAUT DE France	Améliorer les indicateurs quantitatifs existants à transmettre à l'ARS tous les ans et intégrer des indicateurs qualitatifs	Créer un applicatif de recueil des données d'évaluation.
NOUVELLE AQUITAINE	Un portail de saisie en ligne pour chaque équipe permettrait un recueil national d'indicateurs partagés.	
IDF		La production d'un rapport d'activité standardisé par chaque équipe de professionnels permettrait d'apprécier les résultats.
GUADELOUPE	Il semble essentiel de rester sur l'approche d'un nombre restreint d'indicateurs à renseigner .	Indicateurs autour des axes suivants : la sécurité, la pertinence, le niveau de satisfaction des professionnels de santé.
NORMANDIE	Prévoir un tableau de suivi annuel renseigné par les équipes : - <u>activité</u> : part de l'activité liée au protocole de coopération proposé / part de l'activité réalisée par les délégués, délai de prise en charge, augmentation de l'activité pour le délégué - <u>Qualité et sécurité de la prise en charge</u> : taux de reprise par le délégué, taux d'évènements indésirables - <u>satisfaction</u> : questionnaire patients - <u>impact organisationnel</u> : temps médical dégagé	

Source : ARS répondantes

La réponse de l'ARS Grand-Est présente plusieurs pistes qui pourraient être étudiées dans le cadre d'une amélioration du suivi :

- L'évaluation de l'activité des services à travers la cotation des actes spécifiques pouvant être délégués lors de la mise en place d'un protocole permettant l'identification de cette activité et également celle de l'effecteur (toutefois cela comporte de nombreux biais : recrutement annexe, investissement matériel concomitant, crise sanitaire etc...)

- L'évolution des files actives des médecins libéraux et notamment du nombre de nouveaux patients pris en charge ainsi que des délais de prise en charge par typologie d'actes
- L'évolution des prescriptions d'examen de dépistage et de prévention par les professionnels impliqués dans un protocole
- Le tableau de bord utilisé par les IDE ASALEE dans le cadre de leur activité quotidienne semble d'intérêt dans une perspective d'analyse des données d'activité quantitatives

3.3 Les ARS répondantes n'ont pas eu connaissance d'évènements indésirables survenus dans le cadre de ces protocoles.

L'ensemble des ARS précisent ne pas avoir reçu de signalements d'évènements indésirables, l'ARS Normandie précise que les professionnels engagés signalent parfois le refus de certains patients, d'être examinés par le professionnel paramédical, le jour du rendez-vous de la consultation ou de l'examen, ce qui perturbe le calendrier de rendez-vous. Les patients souhaitent voir le médecin in fine. Ce commentaire interroge la difficulté du recueil du consentement et de l'assurance de la bonne compréhension de la démarche de soins et du partage des compétences entre les professionnels par la personne.

L'ARS Haut de France rappelle qu'il n'y a pas de mesure d'accompagnement au niveau des protocoles (en dehors du cas particulier des protocoles portant sur les urgences, pour lesquels l'agence dispose de crédits d'accompagnement et dont le déploiement s'inscrit dans le cadre du pacte de refondation des urgences). Par ailleurs, cette ARS a été alertée sur le risque de dérives au niveau libéral par le conseil de l'ordre (multiplications des actes pouvant être éloignés des besoins de santé).

3.4 L'impact de la mise en place des protocoles sur le volume d'activité des médecins n'est pas mesurable sauf au sein de la filière visuelle.

L'ARS Grand-Est précise que la crise sanitaire Covid-19 n'a pas permis de réaliser cette évaluation : *« en effet, de nombreux protocoles ont dû être mis en pause compte tenu de la mobilisation des équipes sur le sujet de l'épidémie de Covid »*. Certains protocoles comme celui de la prise en charge des patients atteints d'épilepsie, par télémedecine, a permis la continuité des soins dans un contexte de fortes tensions professionnelles liées à la crise (CHU de Strasbourg)

L'ARS Nouvelle-Aquitaine rappelle qu'en ce qui concerne les protocoles de coopération en lien avec la filière visuelle, le financement de droit commun permet de fait d'objectiver cette activité. En effet, pour les médecins ayant signé un contrat de coopération avec l'assurance maladie, le versement de la rémunération complémentaire impose le remplissage d'un tableau d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs.

Les circuits d'information entre les ARS et les CPAM doivent être améliorés afin de faciliter la mesure de l'activité des professionnels de santé. A titre d'exemple, l'ARS Nouvelle-Aquitaine précise : *« la déclaration d'adhésion est obligatoirement transmise à l'ARS territorialement compétente. En revanche, il n'est pas fait obligation au déclarant qui se voit notifier son adhésion par l'ARS, d'en informer la CPAM »*.

4 Les mesures d'accompagnement des ARS

La question posée aux ARS était la suivante : « Avez-vous mis en place, au niveau de la région, des mesures d'accompagnement (FIR, remplacement/prise en charge de la rémunération pendant la formation, communication, système d'information, équipement numérique, animation d'ateliers de partage d'expérience ou de Co développement entre professionnels...) dédiées à encourager l'élargissement de l'adhésion aux protocoles existants ou le déploiement de nouveaux protocoles ? Si oui, de quelle nature, depuis quand, et au bénéfice de quels types d'exercice ou type de professionnels ? Diriez-vous que le résultat en est satisfaisant ? »

4.1 Les mesures de communication et d'information

Les mesures et modalités de communication des différentes ARS répondantes à l'enquête sont diverses et parfois très spécifiques à certaines régions :

- Via le site de l'ARS (GE ; NA ; Normandie)
- Via le Portail d'accompagnement des professionnels de santé (PAPS) et une lettre d'information adressée à tous les établissements. Intensification de la communication en 2021 en impliquant les ordres et les URPS concernés. (Guadeloupe)
- A l'occasion de réunions professionnelles (ARA)
- Via des actions de promotion portées par des CPTS (GE)
- Par la participation à des journées régionales organisées par l'Ordre des IDE, et l'URPS IDE, pour les IDE de tous les départements, avec présentation de la démarche et des protocoles de coopération. (Normandie)
- Par la participation à des réunions d'information : organisées par les DD, établissements de santé et cabinets libéraux (Nouvelle-Aquitaine).
- Par une intervention à l'Université santé, depuis 2018, pour présenter la démarche et le dispositif (Normandie)
- Une prochaine campagne de communication sera réalisée à l'automne (sous réserve que la plateforme de dépôt soit opérationnelle d'ici là pour les protocoles locaux) (Haut de France).
- Mise en place d'actions de promotion ciblées du protocole ASALEE en zone sous dense pour identifier des binômes MG/IDE (GE en collaboration avec l'association ASALEE)

L'information et l'accompagnement des professionnels susceptibles d'être intéressés passent par diverses modalités :

- Identification de référents au sein des établissements afin de transmettre des éléments d'actualité et obtenir des éléments de suivi des protocoles ou réflexions en cours avec le projet d'adapter ce format aux autres structures d'exercice coordonnées ainsi qu'au champ médicosocial dans le cadre du dispositif rénové (GE)

- Mise à disposition d'un premier niveau d'information et d'accompagnement sur le Portail d'Accompagnement des Professionnels de Santé (PAPS) du Grand Est. Présentation du dispositif rénové des protocoles de coopération et mise à disposition de l'ensemble des liens et documents utiles et est régulièrement actualisé. (GE)
- Elaboration de fiches synthétiques à destination des professionnels de santé visant à promouvoir la déclaration/actualisation des équipes de soins et rendre accessibles des démarches d'élaboration des protocoles de santé pour répondre à la sollicitation des établissements de santé (GE).
- Création et veille documentaire d'une page dédiée sur le site de l'ARS <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/protocoles-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante-2> (NA)

4.2 Un accompagnement méthodologique des professionnels et équipes de soins intéressés et un soutien à la construction de formations en région.

4.2.1 Un large panel de mesures d'accompagnement méthodologique

Cet accompagnement est varié et va du soutien individualisé par les ARS et/ou par les URPS jusqu'à la mise en place d'une boîte à outils et un projet d'observatoire des bonnes pratiques :

- Identification d'un point d'entrée unique à l'ARS (conseillère technique régionale en soins) pour les professionnels qui souhaitent adhérer à un protocole : appui pour le choix du protocole de coopération, les limites, les orientations. Accompagnement rédactionnel dans les protocoles régionaux. Aide méthodologique dans les organisations de soins à mettre en œuvre (Normandie)
- Organisation d'une équipe dédiée de l'ARS qui accompagne les projets de protocoles de coopération émergents, dès leur conception, en passant par la phase de construction, jusqu'à la mise en œuvre effective. (Guadeloupe)
- Possibilité pour les porteurs d'un projet de protocole de coopération de bénéficier d'un accompagnement méthodologique individualisé. A ce jour, les équipes de soins sont demandeuses d'un avis d'opportunité de l'ARS mais aussi d'un accompagnement à l'élaboration du protocole. (GE)
- Organisation de journées départementales dédiées aux protocoles et à la pratique avancée envisagées en collaboration avec l'URPS médecin et l'URPS Infirmier (Normandie).
- Mise en relation des différentes équipes engagées dans un même protocole pour favoriser le partage d'expérience (lors de la phase exploratoire ou à la réception d'une lettre d'intention). (GE)
- Une mobilisation d'experts extérieurs à l'agence a ponctuellement pu permettre un travail exploratoire de l'opportunité de déploiement d'un protocole. (GE)
- Envisager l'évolution d'un outil digital de partage de protocoles vers un observatoire régional de protocoles qui sont conformes aux données actuelles de la science, dont l'usage est pertinent et qui sont conformes aux exigences de qualité et de sécurité (autrement dit de « bonne pratique ») menés dans la région auprès des professionnels de premier recours.
- Protocoles de coopération filière visuelle : écriture d'une « boîte à outils » avec la DCGDR et réunion d'information ARS DD et CPAM (co-animation).

4.2.2 Un accompagnement à l'organisation et la construction des modules de formation qui peine à se développer

Plusieurs ARS ont témoigné de leurs démarches mais aussi parfois de leur difficulté à voir aboutir leur projet d'accompagnement dans le domaine de la formation :

- Accompagnement à la construction d'une formation en région pour les protocoles Urgences, mise à disposition des outils de communication permettant aux équipes de s'approprier le dispositif et enfin élaboration d'une campagne de communication globale à destination des structures hospitalières ont été les objectifs d'une ARS (Haut de France)
- Protocoles de coopération « soins non programmés » : malgré plusieurs réunions d'information avec les URPS, les ordres et les universités, la proposition d'élaboration des modules de formation par les enseignants universitaires de médecine générale n'a pas abouti (Nouvelle-Aquitaine)
- L'ARS PACA avait pour intention première d'organiser et de financer la formation relative au protocole repérage de la fragilité qui est devenu ensuite un protocole national

4.3 Les mesures financières sont peu développées mais variées

Des remontées des différentes ARS, il ressort des accompagnements plutôt ciblés pour promouvoir certains protocoles thématiques :

- Le dispositif d'aide à la contractualisation, mis en place par le national (mesure 8 du pacte urgences, prime de 100 euros pour les IDE-IAO), a été déployé au bénéfice de 3 établissements (90 500 Euros pour la région). Cette aide à la contractualisation est reconductible pour ces 3 ES. (Bretagne)
- Les équipements nécessaires au déploiement d'un protocole ont été financés dans le cadre de conventions avec la FEMAGE (Fédération de l'exercice coordonné) tels que des rétinographes fixes et/ou mobiles facilitant le déploiement du protocole « *réalisation de photographies du fond d'œil dans le cadre du dépistage de la rétinopathie par un orthoptiste et IDE en lieu et place d'un ophtalmologiste* ». Des mutualisations dudit matériel entre plusieurs MSP ont été encouragées permettant d'améliorer le dépistage de la rétinopathie diabétique notamment chez les patients en situation précaire et dans les territoires en déficit d'ophtalmologistes. (GE)
- Dans le cadre de la promotion du protocole de coopération « *Evaluation du bilan radiologique par l'IOA en service d'urgences* » et de la mise en place d'un groupe de travail pluri professionnel, l'ARS a financé l'élaboration d'un conducteur pédagogique (formation assurée par le RESU pour l'ensemble des établissements de santé publics / privés de la Région), financement par l'ARS 129 100 € (Nouvelle-Aquitaine).

5 Les dernières évolutions législatives (protocoles nationaux et locaux) sont perçues comme de bons vecteurs pour développer les protocoles de coopération tout en sollicitant une sécurisation du dispositif

5.1 L'« ancien régime » est évoqué sans nostalgie mais la transition avec le dispositif rénové a pu empêcher des initiatives dans un contexte difficile lié à la crise sanitaire.

L'ARS PACA rappelle les freins majeurs identifiés dans l'ancien dispositif à savoir la lourdeur et la longueur de la procédure de validation d'un protocole (jusqu'à 24 mois parfois) et la complexité du circuit (validation et adhésion). Elle cite également l'impossibilité d'application d'un protocole après un avis Favorable avec Réserves de la HAS : « *Gestion de l'analgésie locorégionale par perfusion d'agents anesthésiques locaux, au domicile du patient, après une chirurgie ambulatoire, par un IDE Libéral* ». Ce protocole avait demandé un investissement colossal de toutes les équipes qui ont été très déçues par son inapplication.

Pour l'ARS Nouvelle-Aquitaine, la période de transition entre l'ancien et le nouveau régime s'est traduite par une impossibilité pour les équipes d'adhérer à un protocole de coopération « régional » ou ancien régime entre le 1er janvier 2020 et début 2021.

S'agissant de l'ARSIF, la crise de la Covid-19 n'a pas permis un plein investissement des établissements et des équipes sur les protocoles de coopération, raison pour laquelle nous constatons une baisse significative du nombre de déclarations. Il faut noter l'absence ou les délais très longs de publication du MSS qui découragent les professionnels et par conséquent, le non aboutissement des projets.

5.2 La procédure d'élaboration et de diffusion des protocoles nationaux rassure mais la possibilité d'une certaine souplesse de mise en œuvre sur les territoires est évoquée

La gestion nationale animée par le comité national des coopérations interprofessionnelles (CNCI) permet de conduire une véritable politique. Sont cités : le choix des thématiques des protocoles nationaux par appel à manifestation d'intérêt (AMI) et l'écriture avec concertation simultanée des différentes parties prenantes (professionnels de santé, sociétés savantes, financeurs, HAS).

Les protocoles nationaux permettent, d'une part, une simplification des circuits (adhésion) et un raccourcissement non négligeable des délais, d'autre part, une harmonisation nationale des pratiques et des organisations. (PACA)

L'attractivité du dispositif dépend du nombre et de la diversité de protocoles de coopération existants, les 35 protocoles de coopération validés au niveau national (à la date de réponse) sont de nature à la renforcer à terme (Guadeloupe).

Cependant, afin de favoriser l'amélioration de l'attractivité du dispositif, la possibilité d'effectuer des ajustements à la marge des protocoles nationaux pour tenir compte des particularités territoriales, en lien avec l'ARS de référence, sans aller jusqu'au protocole local et sans remise en cause les principes de sécurité et de qualité est évoquée par l'ARS de Guadeloupe.

5.3 Les points forts des protocoles locaux sont reconnus et cités, leur accompagnement nécessite la mobilisation de compétences et de ressources au sein des ARS

La possibilité d'élaboration de protocoles locaux est saluée par toutes les ARS répondantes. La simple validation par les instances de la structure et une déclaration sans demande d'autorisation à l'ARS sont perçues comme devant permettre le développement de nouveaux protocoles. Des protocoles sont en attente dans les établissements pour améliorer les organisations et se baser sur des compétences déjà développées, cette possibilité va pouvoir sécuriser certaines pratiques en place. Les protocoles locaux donnent une grande autonomie aux établissements et permettent de mieux répondre aux besoins in situ des professionnels de santé. (Auvergne-Rhône-Alpes, Bretagne, Grand Est, Nouvelle-Aquitaine, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Normandie, Guadeloupe)

L'ARS Normandie constate que si certaines équipes ont compris les marges de manœuvre laissées à leur libre choix, avec les protocoles locaux, globalement la gestion de crise sanitaire n'a pas permis aux structures hospitalières de pleinement se mobiliser sur la question.

L'élargissement du champ de déploiement des protocoles de coopération au médico-social (peu coutumier de la méthodologie à ce jour) pourrait engendrer une volumétrie de travail additionnel pour les ARS nécessitant une réorganisation interne afin d'assurer l'accompagnement sollicité par les acteurs. En effet, les équipes de soins nécessitent, pour la grande majorité, un accompagnement à l'élaboration et la rédaction des protocoles avant de procéder à sa déclaration (GE).

5.4 La prise en compte des risques inhérents à ce nouveau dispositif n'est pas véritablement anticipée et les ARS pensent ne pas disposer de tous les outils nécessaires pour les gérer

Les dernières évolutions législatives vont effectivement accélérer le déploiement des protocoles de coopération sur les territoires. Pour L'ARS GE, il semble important de souligner la nécessité de préciser les périmètres de responsabilité partagée ARS/DGOS afin de minimiser les risques encourus par les patients, les professionnels et l'institution. La procédure purement déclarative avant démarrage du protocole avec contrôle de sa conformité a posteriori par les ARS, entraîne de fait un laps de temps durant lequel les prises en charge seront effectuées sans assurance de leur respect des dernières données acquises par la science, des règles de bonnes pratiques et autres garde-fous.

Enfin, pour la même ARS, en cas de suspension d'un protocole de coopération, les délais de retour du CNCI demeurent inconnus à ce jour quant aux risques que les ARS auront pu identifier. Après l'aboutissement d'un travail permettant d'élaboration un protocole de coopération, cette suspension est susceptible d'engendrer de fortes tensions auprès des professionnels concernés.

Passer d'une logique de contrôle a priori à une vérification ex post n'est pas sans soulever de difficultés, ou du moins de craintes sur la qualité des dossiers (les informations déclarées par les équipes ne doivent pas être erronées et en l'état, l'ARS ne dispose pas des moyens – administratifs ou juridiques – pour vérifier ces informations) (Haut de France).

L'absence de validation par l'ARS de ces protocoles peut entraîner des transferts de tâches ou d'activité non conformes. Par ailleurs, la dimension territoriale pourrait être perdue. Un avis favorable du GHT pourrait être sollicité. (PACA)

6 Les freins et les leviers

6.1 La culture médicale dominante, la question de la responsabilité professionnelle et le manque de reconnaissance des professionnels délégués, nécessitent une acculturation des professionnels et quelques précisions juridiques

Il est rappelé par une ARS l'importance et l'omnipotence de la culture médicale en France. « *Les principaux freins concernent la culture médicale qui caractérise encore les pratiques soignantes de notre pays* ». Il est proposé, au-delà d'une nécessaire communication à déployer sur les avancées du dispositif, de développer une dynamique d'acculturation qui devrait avant tout pouvoir reposer sur l'expérience de terrain des équipes de santé, une parole professionnelle plus marquée au moyen d'un comité de concertation pluri professionnel.

La notion de responsabilité des soignants qui prennent part à un protocole de coopération et notamment celle des personnels délégués est régulièrement évoquée. Il est proposé, dans la rédaction des protocoles de coopération, de préciser le processus décisionnel et l'étendue des responsabilités de chaque professionnel de santé et de ses conséquences juridiques, vis-à-vis du patient.

Un manque de reconnaissance professionnelle des personnels engagée dans ces protocoles est constaté par l'ARS PACA. Le déploiement de certains protocoles peut être perçu comme un moyen de contourner des difficultés de recrutement de certaines professions déficitaires et engendrer des tensions voire, une méfiance de la part des représentants des professions concernées (GE)

Pour éviter ces tensions, en particulier en dehors des établissements de santé où les directeurs des soins et les cadres supérieurs maîtrisent la réglementation des professions de santé, des campagnes de sensibilisation ciblées par type d'exercice semblent à envisager dans les secteurs de l'exercice coordonné et du médico-social. (GE)

6.2 Les délais s'écoulant entre la publication de l'arrêté national d'autorisation et celle de l'instruction de mise en œuvre découragent les équipes

Le délai trop important entre la parution des protocoles de coopération au JO et la mise en œuvre est évoqué : A titre d'exemple pour les six protocoles de coopération « soins non programmés », 15 mois séparent la publication de l'arrêté ministériel et la publication au JO de l'instruction de mise en œuvre :

- Arrêtés ministériels du 6 mars 2020 (JO du 8 mars),
- Arrêté du 10 septembre 2020 précisant leur financement par l'assurance maladie (JO du 30 septembre)
- Instruction de mise en œuvre du 18 janvier 2021 du ministre des Solidarités et de la Santé et du directeur général de l'union nationale des caisses d'assurance maladie¹⁶, (JO 17 mai 2021).

¹⁶ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/instruction_commune_2021_04.pdf

6.3 Le financement, la cotation des actes et la rémunération

6.3.1 Un modèle économique considéré comme peu incitatif

Les ARS soulignent un modèle médico-économique peu incitatif pour les professionnels de santé libéraux délégués que ce soit pour les protocoles nationaux (à l'exception des protocoles « *filière visuelle* ») et surtout pour les protocoles locaux, ou restreint, pour la mise en œuvre des 6 protocoles nationaux « *soins non programmés* », la rémunération n'est autorisée que pour les MSP adhérentes à l'accord ACI et pour les CDS signataires de l'accord national des CDS.

Par ailleurs, est relevée, l'impossibilité de fixer des modalités de rémunération dérogatoires pour les délégués hospitaliers au-delà de la prime de coopération alors que les délégués libéraux peuvent en bénéficier indirectement si le protocole de coopération est complémentaire à un article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale ainsi que l'impossibilité de repérage dans le SNDS (Système National des Données de Santé) ou dans une de ses composantes (par ex. : SNIIRAM). Le levier proposé est le « codage spécifique » des actes réalisés par les professionnels paramédicaux, tous les protocoles de coopération devraient être valorisés avec un code CPAM.

6.3.2 Des difficultés de valorisation de l'activité en coopération sont soulignées

L'ARS ARA indique que les établissements ont des difficultés pour identifier les recettes liées à la mise en place d'un protocole de coopération et donc la valorisation du temps de travail paramédical ainsi que l'impossibilité pour les délégués en établissement de santé d'objectiver l'activité en lien avec les protocoles

Les leviers proposés sont :

- Initier une cotation différente de l'acte dérogatoire réalisé par le délégué en établissement permettrait d'objectiver l'activité (DIM et contrôle de gestion) ;
- Etendre l'aide au financement, actuellement accessible dans les services d'urgence, à toutes les équipes soignantes en établissement ou en ambulatoire ;
- Valoriser financièrement les actes effectués dans le cadre d'un protocole de coopération en tenant compte du niveau de technicité acquis par les professionnels de santé délégués.

6.4 Le renforcement de l'accompagnement en proximité est préconisé

L'ARS GE, avance que la gestion de la crise sanitaire a mobilisé fortement les ressources et compétences existantes notamment dans les délégations territoriales, or l'hétérogénéité des connaissances et des besoins d'accompagnement des acteurs du territoire dans l'élaboration des protocoles requiert un accompagnement de proximité des porteurs de projet en matière de coopération interprofessionnelle. Une complexification des projets de protocoles de coopération comprenant des actes dérogatoires, recoupant des projets innovants et sollicitant des expertises et des niveaux de technicité plus importants, est rapportée.

Les leviers proposés sont de déployer, à l'image de ce qui existe pour les articles 51 innovation, des accélérateurs à la formalisation des projets afin de favoriser l'appropriation de la méthodologie du protocole de coopération. A défaut, une information en ligne mettant en lumière une équipe de soins ainsi que sa démarche afin de formaliser un protocole de coopération local expérimental pourrait s'avérer instructive.

7 Les autres leviers et les perspectives pour les mois à venir

La question posée était la suivante : « *Identifiez-vous d'autres leviers (ex.: campagne de communication) susceptibles d'encourager l'élargissement de l'adhésion aux protocoles existants ou le déploiement de nouveaux protocoles ? Les CPTS se sont-ils investis sur le sujet ?* »

7.1 La communication au niveau national, régional et local représente un levier majeur

Un partage d'expérience inter régional et national pourrait être opportun, grâce notamment à des occasions de dialogue avec des équipes à l'origine de protocoles de coopération repris au niveau national. Les URPS et les ordres sont à associer dans cette démarche de communication et également dans les démarches d'accompagnement méthodologique.

Les leviers proposés par les ARS sont variés :

- Envisager une campagne de communication nationale relayée en région avec un kit de déploiement (GE ; Guadeloupe).
- Communiquer sur des protocoles éprouvés dans certains territoires, à travers des séminaires départementaux, pourrait permettre de faire adhérer davantage d'équipes. Animation de réunions d'information et de retour d'expérience sur les territoires (DD ARS, professionnels de santé, élus, ...) (Nouvelle-Aquitaine). L'ARS Guadeloupe évoque aussi des rendez-vous périodiques avec un comité de concertation pluri professionnel sur les actualités des appels à manifestation d'intérêt, les projets de protocoles en cours, les bilans annuels d'activité à partir du recueil consolidé des indicateurs de suivi, ...
- Elaborer des kits de communication : boîte à outils, communication simultanée ARS / Assurance Maladie, communication / information avec la communauté médicale en fonction du thème des protocoles de coopération, structures d'exercice coordonné (Nouvelle-Aquitaine)
- Concevoir une base de données et un espace dématérialisé de type « SharePoint » à destination des professionnels de santé permettant de recenser les protocoles locaux autorisés par type d'exercice, pathologie et/ou enjeux de santé publique, spécialité, qualité des intervenants, etc. pour faciliter et accélérer le déploiement des protocoles de coopération.

Il est nécessaire pour cela que les ARS puissent être à même d'identifier facilement les protocoles locaux expérimentaux autorisés ou en cours d'élaboration afin de faciliter les synergies entre équipes de soins à l'échelle régionale ou nationale. (GRAND EST)

7.2 La mobilisation des partenaires institutionnels, professionnels et territoriaux est considérée comme essentielle

La mobilisation des partenaires institutionnels, professionnels et territoriaux est bien identifiée :

- Encourager les CPTS à engager des actions innovantes qui répondent à des problématiques faisant partie de leurs 4 missions socles. L'implication des URPS, des fédérations pourrait être recherchée en ce sens. (GE). Une ouverture des protocoles à l'échelle d'une CPTS pourrait être envisagée / expérimentée (IDF)

- Prendre attache avec les réseaux de l'assurance maladie notamment via les conventions ACI pour informer les professionnels dans le cadre de l'exercice coordonné en ambulatoire et coordonner l'analyse des problématiques portées par les équipes avec différentes directions de l'ARS et l'assurance maladie (Bretagne)
- Mobiliser les équipes qualité des établissements de santé sur ces démarches (Bretagne)

8 Les besoins et possibilités de développement des protocoles de coopération couvrent des champs d'intervention et des lieux d'exercice différents

La question posée était la suivante : *« Au vu des dynamiques que vous observez sur votre territoire, dans quels types ou lieux d'exercice, contextes de recours au soin (Urgence/soin non-programmé, suivi pathologique, suivi préventif/demande non-pathologique, suivi pré ou post-opératoire, don d'organes), champs d'intervention ou types d'actes sont-ils les plus susceptibles de se développer ? »*

Pour l'ARS PACA, quelques secteurs semblent propices à l'implantation de protocoles comme l'ophtalmologie, l'imagerie, les urgences, le SSR, le secteur médico-social, la psychiatrie. Pour l'ARS Île-de-France, le contexte privilégié est celui des urgences et des soins non programmés. De la même façon, l'ARS Grand-Est reçoit de nombreux protocoles portant notamment sur l'imagerie médicale (pose de voie veineuse...), les publics spécifiques (pédiatrique, gériatriques, soins palliatifs).

L'ARS Normandie situe les besoins au niveau des consultations spécialisées (protocole MAR avec IADE (consultation programmée d'anesthésie pour chirurgie ambulatoire / ou conventionnelle programmée) ou encore chirurgien avec IBODE (consultation préopératoire programmée en chirurgie, sur certains types d'intervention) et enfin pédiatre avec puéricultrice pour des consultations en pédiatrie.

Selon l'ARS GE, si la majorité des projets de protocoles sont aujourd'hui portés par des établissements sanitaires, les centres de santé pourraient également s'emparer de cette possibilité (avec potentiellement une recherche d'optimisation de la gestion financière du centre). Par ailleurs, la perspective d'ouverture des protocoles locaux expérimentaux au champ médico-social voit émerger des réflexions visant à prendre en charge des problématiques liées à la prévention de la fragilité de la personne âgée en EHPAD.

Enfin, il existe une demande quant à l'inclusion des ESP dans le périmètre autorisé de déploiement des protocoles.

ANNEXE 3 : Les expérimentations d'innovations organisationnelles et financières dites « Article 51 LFSS »

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a introduit un dispositif souple permettant d'expérimenter de nouvelles organisations en santé mobilisant des modes de financement dédiés. L'enjeu de ces expérimentations, dont la durée maximale est de 5 ans, est d'encourager, d'accompagner et d'accélérer le déploiement d'organisations innovantes en santé et de nouveaux modes de financement afin d'inciter à la coopération entre les acteurs, notamment à travers des objectifs d'efficience, d'une meilleure prise en compte de la prévention et de la qualité des prises en charge.

Le cadre expérimental ouvre la possibilité de déroger à de nombreuses dispositions législatives de financement et d'organisation.

Un fonds pour l'innovation du système de santé (FISS) a été créé pour accompagner les expérimentations¹⁷. Il contribue au financement d'expérimentations devant concourir à améliorer :

- la pertinence et la qualité de la prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale ;
- les parcours des usagers, via notamment une meilleure coordination des acteurs ;
- l'efficience du système de santé ;
- l'accès aux prises en charge (de prévention, sanitaire et médico-sociale).

L'enjeu de ces expérimentations, dont la durée maximale est de 5 ans, est d'encourager, d'accompagner et d'accélérer le déploiement d'organisations innovantes en santé et de nouveaux modes de financement afin d'inciter à la coopération entre les acteurs, notamment à travers des objectifs d'efficience, d'une meilleure prise en compte de la prévention et de la qualité des prises en charge.

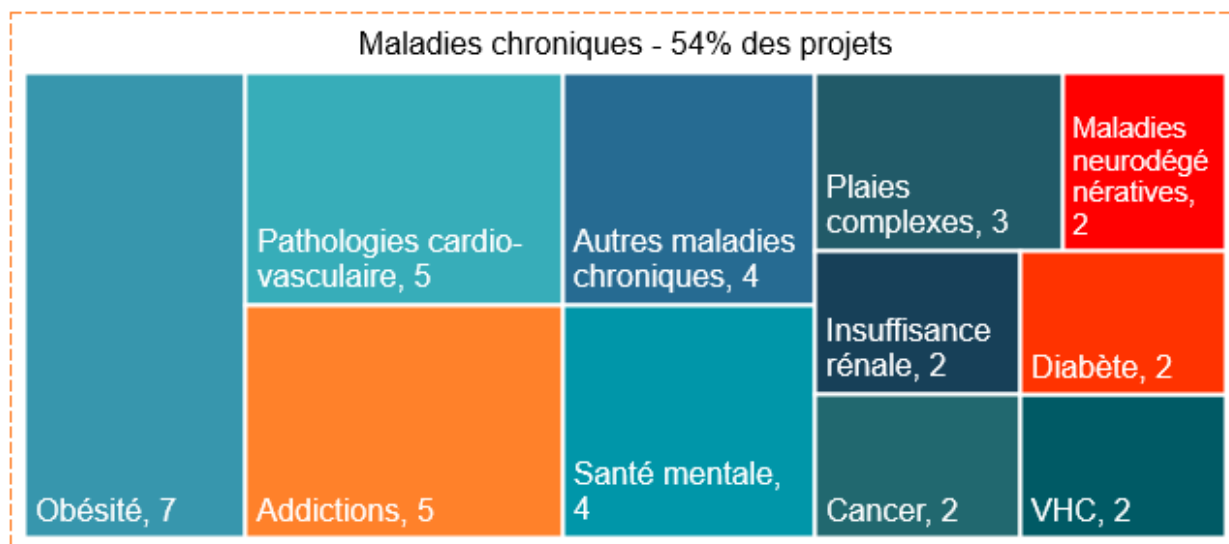
Le périmètre potentiel des expérimentations porte sur le champ de la santé et en conséquence sur la quasi-totalité du champ d'intervention des ARS. Le dispositif ne prévoit aucune restriction concernant le statut juridique des porteurs de projets. Il s'agit d'associations d'usagers, d'établissements de santé (publics ou privés), de fédérations et syndicats, de professionnels de santé, d'entreprises de professionnels de l'aide à domicile, d'organismes complémentaires ou de collectivités territoriales. Le champ d'application territorial des projets d'expérimentation peut être local, régional, interrégional ou national.

810 projets ont été déposés depuis 2018, dont 528 initiatives se sont révélées éligibles. 71 projets ont été autorisés (rapport au parlement 2020) malgré l'impact de la crise sanitaire.

¹⁷ L'article L. 6133-1 du code de la santé publique dispose ainsi que « le financement de tout ou partie des expérimentations peut être assuré par un fonds pour l'innovation du système de santé, géré par la Caisse nationale d'assurance maladie. Les ressources du fonds sont constituées par une dotation de la branche maladie, maternité, invalidité et décès du régime général, dont le montant est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé. L'évaluation des expérimentations régies par le présent article est financée par le fonds pour l'innovation du système de santé »

Les expérimentations autorisées concernent la quasi-totalité des régions françaises, qu'il s'agisse de projets locaux, régionaux, inter-régionaux ou nationaux. Au total, on compte en fin d'année 2020, 241 déclinaisons territoriales de projets.

Tableau 1 : Répartition des projets en cours d'expérimentation / autorisés par thème



Source : Caisse nationale de l'Assurance Maladie

Selon la CNAM, 54 % des projets autorisés visent à améliorer la prévention, la prise en charge ou l'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques. À elle-seule, la thématique de l'obésité fait l'objet de 7 expérimentations dont la moitié concerne des enfants et des adolescents, tant sous l'angle de la prévention que de son traitement médical et chirurgical. La santé mentale fait, elle, l'objet de 3 expérimentations autorisées (et une réintégrée), portant notamment sur la prise en charge de la souffrance psychique ou sur la prise en charge de troubles psychiatriques lourds.

Par ailleurs, un projet sur deux (50 %) relève d'une approche populationnelle, avec pour but de répondre aux vulnérabilités et/ou aux besoins particuliers de santé de populations fragiles, comme les personnes âgées dépendantes, les personnes en situation de handicap ou isolées comme les populations précaires.

Les porteurs des projets autorisés reflètent la diversité des acteurs du système de santé : établissements de santé (31 %), acteurs de ville (10 %), pouvoirs publics (18 %), ESMS (6 %) ... Les acteurs de la ville jouent désormais un rôle important dans le dispositif, puisque les ¾ des expérimentations concernent des prises en charge réalisées en ville.

Un grand nombre de professions intervient dans les différents projets, qui s'inscrivent pour la plupart dans une démarche pluri-professionnelle ou multidisciplinaire, sous forme par exemple d'un parcours de soins. Les infirmières, les médecins généralistes ainsi que les masseurs-kinésithérapeutes et les pharmaciens sont les professions les plus représentées dans les expérimentations.

Trois grands types d'expérimentations de modèles de financement sont nés des appels à manifestations d'intérêt (AM) depuis 2018: PEPS, IPEP et EDS.

○ **le dispositif PEPS (« Paiement en équipe de professionnels de santé en ville ») : un nouveau modèle de rémunération des professionnels travaillant en équipe**

L'expérimentation PEPS s'adresse aux équipes de professionnels de santé pluriprofessionnelles volontaires pour s'engager à mettre en œuvre un paiement collectif forfaitaire, substitutif à l'acte, pour la prise en charge et le suivi en ville de tout ou partie de la patientèle « médecin traitant » (MT) de l'équipe¹⁸. L'objectif global du projet PEPS est ainsi d'améliorer le service rendu aux patients par une meilleure qualité des soins et de renforcer l'efficacité des dépenses de santé par une meilleure utilisation des ressources disponibles. Le passage à une rémunération forfaitaire a plusieurs objectifs dont celui de favoriser des évolutions organisationnelles notamment au travers de protocoles de coopération.

*« La mise en place d'un forfait vise à encourager le découplage entre professionnels de santé et l'amélioration de la qualité et de la pertinence des soins prodigués, en plaçant le patient et son parcours de santé au cœur de la prise en charge de l'équipe traitante. Cette expérimentation s'inscrit dans une logique de structuration de l'offre de soins ambulatoires de premier recours et d'accompagnement des modes d'exercice regroupés ou coordonnés ».*¹⁹

L'expérimentation s'adresse à une équipe pluriprofessionnelle exerçant au sein d'une structure éligible au paiement forfaitaire (SISA²⁰, centre de santé...), comportant au moins 5 professionnels volontaires pour remplacer le paiement à l'acte par une rémunération forfaitaire dont 3 médecins généralistes et 1 infirmier. La patientèle « médecin traitant » doit être d'au moins 250 patients.

Le paiement collectif forfaitaire, substitutif à l'acte, appelé « rémunération PEPS », est versé à une structure juridique pour une équipe volontaire, en substitution du paiement à l'acte des soins concernés par le champ de l'expérimentation. Les équipes sont libres dans la répartition et l'utilisation de la rémunération PEPS. Elles peuvent décider collégialement de l'utilisation la plus pertinente possible de la « rémunération PEPS » qui leur est allouée pour la patientèle prise en charge. Cette rémunération peut aussi être utilisée, par exemple, pour proposer de nouvelles prestations, qu'elles soient réalisées par les membres de l'équipe ou même par d'autres professionnels de santé ou non.

L'équipe volontaire reçoit un paiement forfaitaire substitutif à l'acte en contrepartie de son activité. L'équipe est libre dans la répartition et l'utilisation du forfait. Le forfait rémunère l'activité de l'équipe selon :

- le profil et le nombre de patients pris en charge ;
- le volume d'activité réalisée (modulation à l'activité) ;
- la qualité des prises en charge ;
- les caractéristiques du territoire.

La mise en œuvre de l'expérimentation se décline sur 5 ans avec des modifications des modalités de rémunération par année. La première année, la tarification à l'acte est maintenue, la deuxième année le paiement à l'acte est également maintenu et sont versés au titre de l'année N-1 (cf. encadré ci-

¹⁸ patientèle MT totale, patientèle MT diabétique et patientèle MT âgée

¹⁹ Extraits de l'Avis du comité technique de l'innovation en santé : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/peps_avis_de_comite_technique_de_l_innovation_en_sante.pdf

²⁰ Les Sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoire (SISA) s'adressent aux professionnels libéraux souhaitant s'associer dans le cadre d'une MSP. Elle permet aux associés de mettre en commun des moyens afin de faciliter l'exercice professionnel et des activités de coordination thérapeutique d'éducation thérapeutique ou de coopération.

dessous²¹) : un bonus, le cas échéant (si on estime que le paiement forfaitaire aurait été plus intéressant), un montant supplémentaire au titre d'une présomption de qualité.

a) Un bonus peut être versé en fonction des simulations. Une simulation de l'impact théorique qu'aurait eu l'application du passage au forfait sur l'année N-1, hors prise en compte de la partie qualité (en attente de pouvoir mesurer les indicateurs) est en effet réalisée pour chaque équipe – En cas d'impact financier positif pour l'équipe par rapport à ce qui a été versé au titre du paiement à l'acte, le surplus de rémunération, appelé ici « bonus » est versé à la structure ; – Pas de prise en compte d'un trop-perçu dans le cas où le forfait théorique serait inférieur à ce qui a été effectivement versé dans le cadre de la rémunération à l'acte

b) Un montant supplémentaire sera versé au titre d'une présomption de qualité (lors de la phase 2, dans l'attente de pouvoir mesurer tous les indicateurs qualité) à hauteur de 5 % de l'ensemble de la rémunération PEPS théorique de l'année N-1 (hors qualité), afin d'inciter les professionnels à mettre en œuvre des pratiques innovantes (ce montant s'ajoute à l'éventuel bonus mentionné ci-dessus) ; – Etant donné la sécurisation financière pour les acteurs, le montant maximal versé au total ne peut être supérieur à 15 % de l'ensemble des revenus que les professionnels ont perçus au titre du paiement à l'acte en année N-1 sur le périmètre concerné.

Les années suivantes, la rémunération forfaitaire se met en place : le paiement à l'acte est maintenu pour les patients qui n'entrent pas dans le cadre de l'expérimentation et pour les actes non inclus dans le forfait. Les autres rémunérations forfaitaires sont conservées (ex. : ROSP²², Forfait médecin traitant, ACI, etc).

Trois types de forfait ciblent les patients suivants : les patients diabétiques (en ALD 8), les patients âgés de plus de 65 ans ou de plus de 50 ans présentant une ALD et enfin la patientèle totale « médecin traitant ». Ils sont basés sur les dépenses constatées au niveau national ; chaque équipe peut se positionner sur une ou plusieurs de ces populations-cibles.

La rémunération de l'équipe PEPS est donc la somme des forfaits patients, pondérés par la prise en compte du niveau d'activité, d'indicateurs de qualité²³, des caractéristiques des territoires.

Le cahier des charges, annexé à l'arrêté, précise : « *Un montant forfaitaire composé d'une part fixe et d'une part variable a été estimé à partir de ces besoins. Afin de tenir compte de la diversité des équipes, la part variable est fonction de la taille de la patientèle concernée par PEPS. Les modalités de paiement des crédits d'amorçage sont précisées dans la convention de financement passée entre l'équipe et l'Assurance maladie. Ainsi, la première année, la part fixe versée en crédits d'amorçage s'élève à 12 000 euros, quelle que soit l'équipe et la part variable à 5 € par patient « médecin traitant » PEPS de l'équipe. Les deux années suivantes, le montant des crédits d'amorçage est fixé à 9 000 euros.* »

La pérennisation de ce type de dispositif dérogatoire n'est pas garantie à l'issue de la période d'expérimentation mais ce type de financement rencontre l'intérêt de beaucoup de professionnels.

²¹ Arrêté du 30 décembre 2020 modifiant l'arrêté du 19 juin 2019 relatif à l'expérimentation nationale d'un paiement en équipe de professionnels de santé en ville et fixant la liste des structures autorisées à participer à l'expérimentation à partir de 2019

²² Créée en 2011, la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) a pour objet de faire évoluer les pratiques médicales pour atteindre les objectifs de santé fixés par la Convention médicale signée entre l'Assurance Maladie et les syndicats de praticiens. Ce dispositif repose sur un système de rémunération forfaitaire annuel, en sus de la rémunération à l'acte en vigueur pour la médecine de ville, ouvert à tout médecin traitant libéral et conventionné, permettant de valoriser l'atteinte d'objectifs ainsi que la progression réalisée.

²³ (Sécurité et continuité des prises en charge, qualité clinico-biologique selon profil patient, expérience patient)

La répartition des financements forfaitaires restant à discrétion des équipes, il ne nous a pas été possible de déterminer le niveau de rémunération moyen des professionnels impliqués et d'établir une comparaison avec la tarification à l'acte.

Le financement de l'expérimentation est principalement assuré par le fonds pour l'innovation du système de santé (FISS), et ce à deux titres :

- Au titre de la rémunération PEPS versée aux équipes expérimentatrices, le besoin de financement est estimé de manière indicative à 14 millions d'euros (M€) pour les 21 structures déjà volontaires pour toute la durée de l'expérimentation, réparti de la manière suivante: 0,6 M€ en 2020, 4,8 M€ en 2021, puis 4,3 M€ en 2022 et 2023. Avec une hypothèse de doublement des participants, ce montant pourrait être porté à 30 M€, et versé jusqu'en 2024 à hauteur de 4,3 M€ du fait de l'entrée des structures en 2020.

- au titre des crédits d'amorçage versés aux équipes expérimentatrices pendant les années 2019, 2020 et 2021, afin d'aider au lancement et à la mise en place progressive du paiement forfaitaire prospectif, à un montant estimé de manière indicative à 0,6 M€ réparti de la manière suivante : 0,30 M€ en 2019, 0,14 M€ en 2020, et 2021.

Le dispositif finance donc les structures à hauteur de 200 000 € par structure en moyenne.

Par ailleurs, des compléments de financement peuvent éventuellement être apportés pour les crédits d'amorçage par le Fonds d'intervention régional (FIR) sur décision des agences régionales de santé (ARS) pour aider à la mise en œuvre des plans d'action des équipes.

L'évaluation finale de ce dispositif n'est pas encore connue et il n'a pas été possible à pour la mission de juger de son efficacité et de sa soutenabilité en cas de passage à l'échelle. Elle n'a pas non plus permis de réaliser une analyse comparative des rémunérations avant / après / en dehors de ce dispositif.

Le dispositif PEPS a toutefois été mentionné par plusieurs acteurs rencontrés par la mission comme mode de financement privilégié concernant les protocoles de coopération notamment en MSP. Le principe de la rémunération collective forfaitaire partagée semble apprécié par les professionnels. La mission relève cependant une grande hétérogénéité et une certaine opacité de la répartition du financement entre les différents professionnels.

○ **L'expérimentation incitation à une prise en charge partagée (IPEP)**

Elle vise à tester un nouveau modèle de financement collectif incitatif (bonus incitatif collectif IPEP) à la mise en place d'organisation d'acteurs en santé sur un territoire (actions coordonnées entre professionnels de santé).

Les actions mises en place portent sur des objectifs d'amélioration de l'accès aux soins, de coordination des prises en charge, en particulier ville-hôpital et enfin de renforcement de la pertinence des prescriptions médicamenteuses et de prévention.

La population visée par le projet IPEP (au niveau national) correspond à la patientèle des médecins traitants membres du groupement engagé collectivement autour d'un principe de responsabilité populationnelle, et plus particulièrement les patients ayant les parcours de santé les plus complexes ou à risque de complications (atteints de pathologies chroniques, poly-pathologies ou personnes âgées...) et ceux ayant des difficultés d'accès aux soins (notamment sur les soins non programmés).

Expérimentation RSMO²⁴ (Réseau de santé Le Mans Ouest)

Cette expérimentation vise à mettre en place un suivi de proximité, à domicile, par les infirmiers libéraux (IDEL), coordonné entre médecin traitant et IDEL de la maison de santé pluri professionnelle (MSP) pour les patients âgés ou en situation de handicap ne pouvant se déplacer au cabinet du médecin.

La durée de l'expérimentation est de 3 ans, extensible à 5 ans. Une montée en charge progressive de l'inclusion des patient.es est prévue. Le financement du projet est prévu par création d'un forfait annuel par patient, incluant :

- la visite initiale conjointe d'intégration dans le dispositif, au domicile du patient, par l'IDEL et le médecin,
- les visites mensuelles de l'IDEL,
- le suivi par une visite annuelle conjointe 2 par le médecin et l'IDEL,
- les temps de coordination mensuelle pour le médecin,
- le temps de secrétariat dédié au dispositif de rémunération des visites à domicile de l'IDEL.

Le forfait est fixé à 450 euros par patient, facturable une seule fois dans l'année pour la prise en charge (actes et prestations décrits ci-dessus) par la SISA et financé par le fonds pour l'innovation du système de santé (FISS). Le financement des coûts d'ingénierie est assuré par le fonds d'intervention régional (FIR) dans les conditions prévues par le cahier des charges. En conséquence, il est attendu un besoin de financement de 236 250 € pour les trois premières années (78 750 € en année 1, 78 750 € en année 2, 78 750 € en année 3) sur le FISS, pour la prise en charge de 175 patients en file active et de 397 750 € (78 750 € en année 4, 78 750 € en année 5) en cas d'extension à 5 années. Un besoin de financement de 11 645 euros sur le FIR est attendu pour couvrir les coûts d'amorçage et d'ingénierie sur la durée de l'expérimentation.

L'évaluation, réalisée au début de ces expérimentations, notait²⁵ : « Certaines équipes restent circonspectes quant à un modèle de financement dont elles comprennent les principes, mais dont elles ne maîtrisent pas encore toutes les composantes de la rémunération (impact des partenaires externes). Ce point peut gêner l'adhésion du reste de l'équipe dans certaines situations. C'est pourquoi les porteurs de projet PEPS et IPEP entendent poursuivre le travail avec les équipes nationales afin de disposer, comme c'est déjà le cas pour les porteurs de projet EDS²⁶, de tableaux de bord ou d'outils de pilotage qui leur permettraient de faire tourner le modèle de financement par eux-mêmes. Les porteurs de projet ne savent pas encore comment seront réalisés les versements des forfaits et comment seront réalisées les répartitions entre les partenaires. »

²⁴ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rsmo_avis_comite_technique.pdf

²⁵ « Article 51 : EDS, IPEP et PEPS. Premiers mois de mise en œuvre des 3 expérimentations », Pauline Jaouannet, Claire Lansac, Axèle Reberga, ANAP, novembre 2020.

²⁶ Le paiement à l'épisode de soins chirurgicaux (EDS) permet de financer forfaitairement l'ensemble d'une prise en charge hospitalière. Il concerne 3 épisodes de soins (colectomie pour cancer programmée, prothèse totale de hanche programmée et prothèse totale de genou) dont l'articulation avec les protocoles de coopération investigués par la mission, n'est pas effective.

ANNEXE 4 : Questionnaire aux ARS – Infirmiers en pratique avancée

Introduction

La mission IGAS a adressé un questionnaire d'évaluation des protocoles de coopération et de la pratique avancée à l'ensemble des agences régionales de santé les 23 juillet et 23 août 2021 (ré adressage du message initial) ; les réponses se sont échelonnées jusqu'au 23 septembre 2021. Huit des 13 ARS métropolitaines ont répondu (elles servent 76 % de la population métropolitaine, près de 50 millions d'habitants) ainsi que l'ARS Guadeloupe (17 % de la population des outre mers). Les huit régions métropolitaines répondantes ont enregistré 79 % des inscriptions universitaires totales sur les années 2019 et 2020²⁷ :

Questionnaire état des lieux des pratiques avancées dans la région

- Combien d'infirmiers de votre région sont titulaires d'un diplôme d'Etat en pratique avancée (si possible par mention : Pathologies chroniques stabilisées, oncologie/hemato-oncologie, maladie rénale chronique, psychiatrie/santé mentale) ?
- Combien sont actuellement en cours de formation pour 2020-2021 et 2021-2022 ?
- Comment expliquez-vous la tendance à la hausse ou à la baisse du flux d'inscription en formation ?
- Parmi les titulaires d'un DE IPA, combien (à défaut quels ordres de grandeur ou proportion) ont obtenu la validation d'un protocole d'organisation leur permettant d'exercer en tant qu'IPA ?
 - En ville :
 - En structure pluriprofessionnelle :
 - En établissement de santé :
- Observez-vous du fait de la mise en place de la pratique avancée :
 - un gain en temps médical ?
 - un recentrage de l'activité médicale sur des actes plus complexes ?
 - un raccourcissement des délais d'accès au soin ?
 - une amélioration de l'accès au soin en zone sous-dense ?
 - une amélioration de la qualité des soins ?
 - une amélioration de la coordination des soins ?
 - autres :

²⁷ 1095 des 1393 inscriptions en première année en 2019 et 2020 sur l'ensemble des universités agréées.

Si oui, pouvez-vous nous fournir des indicateurs ou exemples permettant de montrer ces effets ?

- Avez-vous connaissance d'évènements indésirables survenus dans le cadre de la pratique avancée ?
- Constatez-vous un impact de la mise en place de la pratique sur le volume d'activité des médecins ?
- Comment qualifieriez-vous le modèle économique associé au déploiement des IPA ?
 - En libéral :
 - En exercice coordonné :
- Le déploiement des IPA rencontre-t-il des difficultés particulières dans votre région ? Si oui, est-ce plutôt le cas en ville, en exercice coordonné ou en établissement de santé ?
- Comment ces difficultés pourraient-elles être levées ?
- Avez-vous mis en place, au niveau de la région, des mesures d'accompagnement (FIR, remplacement/prise en charge de la rémunération pendant la formation, communication, système d'information, équipement numérique, animation d'ateliers de partage d'expérience ou de co-développement entre professionnels ...) dédiées à encourager la formation ou l'installation d'infirmiers en pratiques avancées ? Si oui, de quelle nature, depuis quand, et au bénéfice de quels types d'exercice ou type de professionnels ? Diriez-vous que le résultat en est satisfaisant ?
- Comment pourrait-on davantage encourager l'évolution des infirmiers vers la pratique avancée ?
- Comment pourrait-on faire adhérer davantage de professionnels médicaux à des protocoles d'organisation faisant intervenir des IPA ?
- Les domaines de pratique avancée existants actuellement vous semblent-ils adaptés ? Faudrait-il en développer d'autres ? Si oui, lesquels ?
- Les évolutions suivantes vous sembleraient-elles possibles, souhaitables et pertinentes :

	Possibles	Souhaitables	Pertinentes
L'extension de la pratique avancée vers des prises en charge en premier recours en ville selon une approche populationnelle (enfants/personnes âgées/adultes)			
Le développement de pratiques avancées d'expertise en appui de certaines spécialités médicales (ex: pratiques avancées en anesthésie-réanimation, en rééducation fonctionnelle,...)			
La délivrance d'une autorisation d'installation en lieu et place d'un protocole d'organisation (ouverture de l'accès direct).			
L'accès des IPA à la primo-prescription pour certains examens, médicaments, dispositifs médicaux ou soins peu risqués.			

- Commentaire libre

1 Evaluation quantitative de la pratique avancée infirmière

1.1 Les données nationales reflètent l'engagement d'universités précurseuses et la progression du nombre de nouveaux inscrits concerne de nouvelles régions

1.1.1 Le nombre de diplômés n'atteindra pas les 2000 en juillet 2022 et sans évolution du nombre de nouveaux étudiants, il faudra attendre 2026 pour approcher les 5000 diplômés

Selon les informations transmises par l'UNIPA et en considérant que l'ensemble des étudiants inscrits en M1 dans les facultés en 2019 (diplômés en juillet 2021) et en 2020 (diplômés en 2022) finaliseront leur parcours de formation, le nombre total d'IPA sera de l'ordre de 1700 en juillet 2022.

Tableau 1 : Estimation du nombre potentiel de diplômés à l'horizon 2022

ANNEE	NOMBRE DE DIPLOMÉS ou FUTURS DIPLOMÉS	NOMBRE TOTAL D'IPA DIPLOMÉS
2019	63	63
2020	260	323
2021	664	987
2022	729	1716

Source : UNIPA

Si le nombre d'inscriptions se maintient à environ 800 élèves par an l'évolution sur les années à venir conduira à un nombre total d'environ 5000 IPA à l'horizon de 2026 ou 2027. La mission ne dispose pas du nombre de nouveaux inscrits en 2021. A titre indicatif, l'université Aix Marseille a admis le même nombre d'étudiants en 2021 qu'en 2020²⁸. Les infirmiers, selon la DREES sont au nombre de 764 000 infirmiers au 1^{er} janvier 2021²⁹ en France. Lorsque 5000 IPA seront formés, ils représenteront donc à peine 0,7 % de l'ensemble des infirmiers.

²⁸ <https://smpm.univ-amu.fr/fr/formations/sciences-infirmieres/diplome-etat-infirmier-pratique-avancee>

²⁹ site de la DREES : [consulter les données sur la démographie des professionnels de santé.](#)

Tableau 2 : Estimation du nombre potentiel d'IPA diplômés dans les années à venir avec un nombre d'étudiants constant.

ANNEE	NOMBRE DE FUTURS DIPLOMÉS	NOMBRE TOTAL D'IPA DIPLOMÉS
2023	800	2516
2024	800	3316
2025	800	4116
2026	800	4916
2027	800	5716

Source : Mission

1.1.2 Les universités engagées en 2019 ont globalement accueilli moins de nouveaux étudiants en 2020

En excluant la région Haut de France qui a mis en place les formations en 2020 (61 places) et l'Université de Strasbourg (installation de 29 places en 2020), les évolutions ont été très variables selon les régions entre 2019 et 2020 et globalement les universités engagées en 2019 ont accueilli moins d'étudiants en 2020. L'augmentation globale (+65) est inférieure au nombre de nouvelles places installées (90) avec un déficit de 25 places dans les universités déjà engagées en 2019.

Durant l'année universitaire 2020-2021, la région Île-de-France a présenté une baisse significative du nombre d'étudiants par promotion, les étudiants en M2 étaient au nombre de 186 et les étudiants nouvellement inscrits en M1 étaient 138 (baisse de 26 % des effectifs). La région comporte pourtant l'une des universités pionnières à savoir Versailles Saint Quentin qui n'a accueilli que 4 infirmiers de plus en 2020.

La diminution du nombre d'étudiants en Normandie est conjoncturelle (accueil d'infirmiers des Hauts de France dans l'attente de l'organisation de la filière dans leur région). La région Grand-Est, malgré l'installation de 29 places à l'Université de Strasbourg (diminution de 41 % sur les autres universités du Grand Est) a comptabilisé une baisse globale de 5 %. Les régions Bretagne et PACA ont présenté une certaine stabilité. Les autres régions métropolitaines ont fait l'objet d'une montée en charge (cf. tableau ci-dessous).

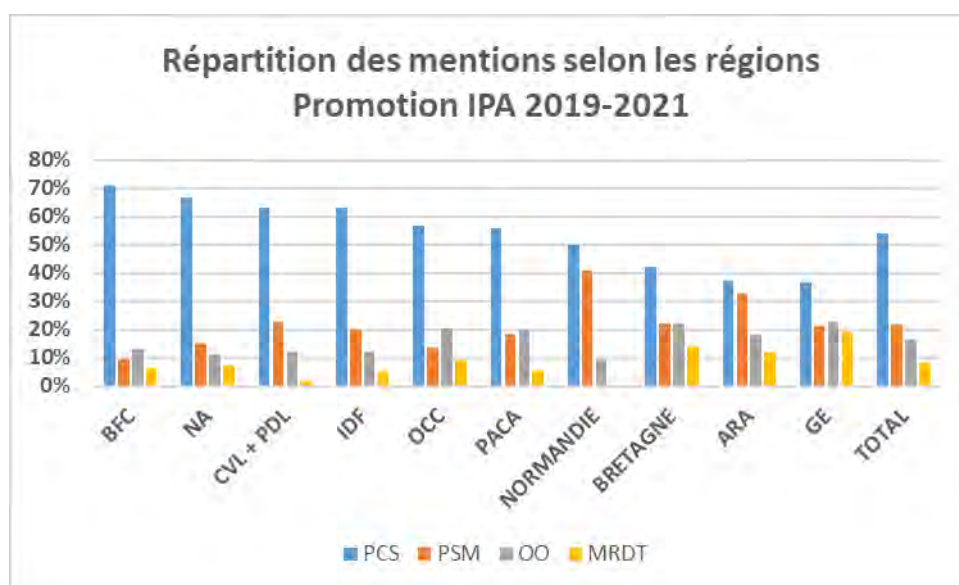
Certains infirmiers en pratique avancée ont précisé à la mission, avoir été amenés à choisir leur université non pas selon sa proximité mais selon ses modalités d'organisation. Par exemple, une IPA de St Nazaire n'a pas choisi Nantes (formation à temps plein) mais a opté pour la formation de Tours/Angers qui propose un rythme de formation d'une semaine par mois.³⁰

En région Rhône-Alpes, le choix de l'université se fait aussi selon la mention suivie, les quatre universités proposant chacune une des mentions (cf. tableau ci-dessous)

Enfin, au niveau national et pour la promotion qui a été diplômée en juillet 2021, la répartition des mentions est la suivante : 54 % pour la mention maladies chroniques stabilisées (PCS) ; 22 % pour la mention santé mentale (PSM), mention plus récente que les 3 autres ; 16 % pour la mention oncologie (OO) et enfin 8 % pour la mention insuffisance rénale (MRDT).

³⁰ <https://www.infirmiers.com/pdf/pdf-inivers-ipa-2020-2021.pdf>

Ces moyennes cachent des disparités entre les régions, la mention PCS pouvant représenter de 37 à 71 % des mentions selon les régions. Il apparaît que lorsqu'elles sont les moins représentées, il y a une répartition plus équilibrée entre les trois autres mentions (cf. le schéma ci-dessous : Bretagne et Grand-Est). L'université de Normandie a conventionné avec l'université Paris-Descartes pour la mention MRDT, les infirmiers inscrits en mention MRDT effectuent donc leur deuxième année à Paris. La mention « psychiatrie et santé mentale », bien que plus récente, est parfois très proche de la mention PCS (Normandie, ARA) :



Source : Mission IGAS

Tableau 3 : État des lieux de la formation. Infirmiers étudiants en pratique avancée en 2020-2021

Régions	Universités	M1 (2020-2022) Futurs diplômes 2022	M2 (2019- 2021). Diplômes juillet 2021	évolution tendancielle entrées2020/entrées2019	M2 PCS	M2 PSM	M2 OO	M2 MRDT	TOTAL diplômés 2021 et futur diplômés 2022 (si 100%réussite)	DIPLOMÉS 2021 ET 2022
ARA	Université Grenoble Alpes	17	25		25	0	0	0	42	147
ARA	Université de Lyon	23	12		0	0	12	0	35	
ARA	Université Jean-Monnet Saint-Étienne	20	8		0	0	0	8	28	
ARA	Université Clermont Auvergne	20	22		0	22	0	0	42	
TOTAL ARA		80	67	hausse de 19%	25	22	12	8	147	
BFC	Université de Franche-Comté	29	11		7	2	1	1	40	86
BFC	Université de Bourgogne	26	20		15	1	3	1	46	
TOTAL BFC		55	31	Hausse de 77%	22	3	4	2	86	
BRETAGNE	Université de Rennes	29	26		11	7	6	2	55	99
BRETAGNE	Université de Bretagne occidentale	20	24		10	4	5	5	44	
TOTAL BRETAGNE		49	50	STABLE (-2%)	21	11	11	7	99	
CVL et PDL	Université de Tours - Angers	38	31		21	3	6	1	69	121
PDL	Université de Nantes	26	26		15	10	1	0	52	
TOTAL CVL et PDL		64	57	Hausse de 12%	36	13	7	1	121	
GE	Université de Lorraine	18	40		16	8	8	8	58	154
GE	Université de Strasbourg	29	0		0	0	0	0	29	
GE	Université de Reims Champagne-Ardenne	28	39		13	9	10	7	67	
TOTAL GE		75	79	Baisse de 5% malgré création de 29 places	29	17	18	15	154	
HDF	Université de Lille	46	0		0	0	0	0	46	61
HDF	Université Amiens Picardie	15	0		0	0	0	0	15	
TOTAL HDF		61	0	Mise en place en 2020	0	0	0	0	61	
IDF	Paris-Est Créteil Sorbonne Université	30	38		26	9	3	0	68	324
IDF	Université de Paris	70	114		72	19	17	6	184	
IDF	Université de Versailles Saint-Quentin	38	34		19	9	3	3	72	
TOTAL IDF		138	186	Baisse de 26%	117	37	23	9	324	
NA	Université de Bordeaux	24	15		10	0	3	2	39	71
NA	Université de Limoges	20	12		8	4	0	0	32	
TOTAL NA		44	27	Hausse de 62%	18	4	3	2	71	
NORMANDIE	Université Rouen/Caen Normandie	23	32	baisse de 28% liée à l'accueil d'infirmier HDFune année, poursuite en HDF	16	13	3	0	55	55
OCCITANIE	Université Toulouse III - Paul-Sabatier	25	22		13	4	5	0	47	91
OCCITANIE	Université de Montpellier	22	22		12	2	4	4	44	
TOTAL OCC		47	44	Hausse de 7%	25	6	9	4	91	
PACA	Université Nice Sophia Antipolis	27	29		16	10	2	1	56	184
PACA	AMU (Aix-Marseille Université)	66	62		35	7	16	4	128	
TOTAL PACA		93	91	STABLE (+2%)	51	17	18	5	184	
TOTAL GENERAL		729	664	globalement stable (+ 65 étudiants mais 61 installations HDF) soit +0,6%	360	143	108	53	1393	1393
Répartition des mentions en M2					PCS 54%	PSM 22%	OO 16%	MRDT 8%		

Source : UNIPA, données retraitées par l'IGAS. Signification des sigles : PCS : pathologies chroniques stabilisées ; prévention et poly pathologies courantes en soins primaires ; PSM : psychiatrie et santé mentale ; OO : oncologie-onco-hématologie ; MRDT : maladie rénale, dialyse et transplantation rénale.

1.2 Les ARS répondantes perçoivent la difficile montée en charge du dispositif de formation et ciblent plusieurs causes

1.2.1 L'insuffisance des échanges avec les universités empêche certaines ARS d'identifier et d'analyser les causes des tendances haussières ou baissières

L'ARS Bretagne précise que les quotas de formation sont définis par les universités agréées sans concertation avec l'ARS, la baisse des inscriptions peut être due à « une organisation adaptée de l'université par rapport à ses capacités de formation ou une baisse des inscriptions des infirmiers (due aux mauvaises retombées des premiers diplômés sortant, notamment au niveau libéral) ». L'ARS IDF déplore le manque de remontée d'information des universités et estime que « pour 2021, la diminution est la conséquence de la crise sanitaire ».

Les réponses des ARS permettent néanmoins de repérer un certain nombre de collaborations avec les universités. Ainsi, l'ARS de Normandie participe aux épreuves de sélection des infirmiers (29 admissions en 2021) et précise que l'université, après échange avec l'ARS, envisagerait d'ouvrir la formation à 40 ou 50 étudiants en 2022 pour tenir compte des nouvelles mentions. L'ARS PACA construit sa communication avec l'université. Par ailleurs, la mission a pris connaissance de la participation des universités au comité de pilotage organisé par l'ARS des Pays de la Loire.

1.2.2 En établissement, le financement de la formation des DE IPA n'est pas prioritaire face aux besoins de financement des formations de métiers « en tension ».

L'ARS Grand-Est rappelle que le financement des formations au DE IPA n'est pas prioritaire dans le plan de formation des établissements de santé. En effet la priorité est donnée aux formations aux diplômes de métiers « en tension » comme IDE, IADE, IBODE, IPUER et CS. L'ARS Nouvelle-Aquitaine constate également que le nombre de prises en charge en formation est limité par les établissements de santé et une quasi absence de possibilité de financement pour les IDE travaillant en établissements médico-sociaux.

La mise en place d'un soutien financier spécifique aux établissements par l'ARS Grand-Est est conséquente, mais limitée dans le temps (deux premières promotions) dans la perspective d'un relai de la prise en charge financière par les établissements ou les OPCO / OPCA. Il s'agit d'une subvention de remplacement à hauteur de 30 000 € par salarié et par an ainsi que le financement des frais pédagogiques pour chaque étudiant. Il est d'ores et déjà constaté qu'« une baisse du volume de candidats pour la troisième promotion à la faculté de médecine de Nancy est observée ». Par ailleurs, un soutien aux universités est également apporté par l'ARS : financement de 2 postes pendant 2 années dans chaque université de la région Grand Est pour accompagner la création du département des professions de santé.

1.2.3 Les infirmiers libéraux sont moins bien accompagnés pour préparer leur dossier d'inscription et passent plus difficilement les étapes de sélection

L'ARS Normandie constate que la part des IDE exerçant en établissement de santé ou en établissement médico-social progresse sur les trois promotions. Les établissements de santé ont mis en place des formations destinées à la préparation du projet pluri professionnel, pilier de la sélection. Une moindre réussite à la sélection universitaire des IDE libéraux serait liée à l'absence d'aide à la préparation d'une sélection sur dossier.

L'ARS ARA constate qu'en 2021, seulement 3 infirmières démarrent le cursus avec un projet d'installation en libéral (versus 13 IPA libérales diplômées en 2021). La sélection est importante pour la mention PCS, elle se fait sur dossier dans lequel les candidats doivent décrire leur projet professionnel et les IDEL peuvent ne pas avoir un projet suffisamment mature (partenariat avec les médecins de leur territoire...). Les EHPAD comme les établissements de santé sont demandeurs d'IPA PCS, laissant ainsi que peu de place aux IDE libérale.

L'ARS Nouvelle-Aquitaine rappelle que le métier d'IPA libéral est peu attractif (avenant 7...) et que le suivi de la formation implique un engagement financier important. L'ARS Bretagne signale également les premiers retours d'expériences très négatifs transmis par les premiers IPA libéraux.

1.2.4 Plusieurs régions posent le constat d'une attractivité en baisse de la mention « maladie rénale chronique, dialyse et transplantation rénale »

Pour l'ARS ARA, la baisse des inscriptions tient probablement au fait que la filière est très structurée et que les établissements contingentent les départs en formation.

L'ARS PACA constate que ce domaine, « très ciblé », voit le nombre d'inscrits diminuer « fortement ». Beaucoup d'universités proposent cette mention. Aussi, une rationalisation de l'offre de formation à l'échelon national serait à envisager.

A contrario, un engouement pour la nouvelle mention « psychiatrie et santé mentale » est signalé car elle était attendue au regard des besoins (ARS PACA).

1.2.5 L'ARS PACA explique la hausse des inscriptions dans sa région par diverses actions dont la promotion de la formation auprès des étudiants en soins infirmiers de 3^{ème} année

Pour l'ARS PACA, la hausse des inscriptions fait suite à une campagne d'information soutenue (colloque, intervention en CME, en CSIRMT, auprès des Etudiants en soins infirmiers de 3^{ème} année...) et d'un accompagnement des établissements et des professionnels conduits par l'ARS en collaboration avec les universités.

1.2.6 Difficultés de recensement des IPA par les ARS sur leur territoire

REGION	IPA diplômés		sorties attendues en juillet 2021	sorties attendues en juillet 2022	INSCRIPTION 2021	REMARQUE
	En libéral (MSP,ville)	En établissement				
ARA (IPA financées)	11 financés	NR	13 financés	NR	3 financés	Juillet 2021 : une seule IPA "INSTALLÉE EN VILLE" (salariée dans une MSP)
BRETAGNE (données exhaustives)	11	51	inclus dans les diplômés	18	21	
GRAND EST(données exhaustives)	29		77	72	NR	
Nouvelle-Aquitaine (données recueillies auprès association IPA)	11 (9 en structures pluriprofessionnelles, 2 en ville)	18	NR, probablement inclus dans les IPA diplômés	43 attendus mais certains étudiant dans autres universités en France	NR	Promotion 2019-2021 : à Limoges: 6 échecs dont 4 financés par ARS
HDF(exhaustif)	11		58	72	NR	Ouverture de la formation en 2020 (

						certain ont commencé leur cursus en Normandie, ce qui explique que des IPA soient déjà diplômés.
IDF (IPA financées uniquement)	Nombre total inconnu, 53 ont été financés par l'ARS IDF.			91 financés par ARS	56 demandes en cours, attente admission pour financement	
PACA (remontées de données des 2 universités non harmonisées)	67 (sous réserve des rattrapages d'octobre 2021)		inclus dans les diplômés	les chiffres ne sont pas présentés de façon harmonisée entre université Aix Marseille et Côte d'Azur : Aix Marseille affiche 4 étudiants IPA Urgences en 2020-2021 !		50 des 67 possiblement diplômés ont suivi la formation pour la mention oncologie
Normandie	3	15 dont 5 issus d'autres régions, 3 en rattrapage en septembre 2021.	inclus dans les diplômés	25	29	les étudiants qui choisissent mention IRC font leur 2ème année à Paris Descartes
GUADELOUPE	1		1	2	2	

Source : Mission selon données des ARS

Des difficultés sont signalées par les ARS pour recenser les données :

- Les ARS IDF et ARA n'ont pu communiquer que le nombre d'IPA qu'elles ont financé (pas d'échange fluide avec les universités) ;
- L'ARS Nouvelle-Aquitaine signale que les IPA ne se forment pas toujours dans leur région d'implantation (choix en fonction en particulier du coût et des modalités de formation...), le recensement est réalisé avec l'aide de l'association IPA.
- En Normandie, la deuxième année (pour ceux qui choisissent la mention MRT se fait à Paris Descartes...

Toutes les formations étiquetées « libérales » (financement d'IDEL) ne se soldent pas toujours par une installation effective (ex : ARA affiche 11 IPA libérales formées (avant 2021), mais il semblerait qu'une seule IPA soit installée en juin 2021 (à Ambérieu : IPA salariée au sein d'une MSP).

2 Evaluation qualitative de la pratique avancée infirmière

2.1 Deux ARS présentent des études qualitatives multicentriques (auprès des IPA diplômés en 2020 et des directeurs de soins concernés dans le Grand-Est³¹ ; étude exploratoire auprès de médecins, encadrants, infirmiers, patients et étudiants en pratique avancée dans la région PACA³²)

Tableau 4 : Etude ARS Grand Est auprès des IPA diplômés et étude exploratoire ARS PACA

	Etude ARS Grand-Est auprès des IPA diplômés	Etude exploratoire PACA
Gain de temps médical	« Moi je veille à ce que les examens soient faits et le médecin quand il voit le patient il peut se concentrer sur les choses importantes. Tout ce qui est annexe est déjà sécurisé. » « Les médecins ont plus de temps pour prendre en charge les patients les plus difficiles » « Cela a dégagé du temps pour les médecins qui font plus de RCP et qui prennent plus de cas complexe ». " Les médecins ils ont moins de pression, une matinée de consultation en moins par semaine »	« Si elle voit les patients stables, déjà ça va nous soulager et améliorer les délais de rendez-vous » (Médecin)
Recentrage de l'activité médicale	« Les consultations des médecins ne portent que sur le diabète ». Les autres problèmes de santé intercurrents sont vus par l'IPA, parfois orientés vers d'autres spécialistes. « Nous les sollicitons parfois mais on facilite aussi leur travail. »	
Raccourcissement des délais d'accès aux soins	– « Les patients sont orientés plus vite dans le parcours de soin, car on les voit plus souvent »	Les patients, notamment, estiment que le suivi va être amélioré par le temps dédié, la mise en place de stratégies de prévention mais aussi par la diminution des délais de rendez-vous : « C'est sûr que nous, nous sommes heureux d'imaginer que nous allons être reçus par des professionnels qui auront le temps de nous écouter, parce que quand on met six mois à obtenir un rendez-vous prévu chez le neurologue pour même pas dix minutes de consultation, on est déçu » (Patient)
Amélioration de la prévention et du dépistage	« on s'assure que le patient fait tout pour prévenir d'autres complications » « Réadresser le patient à des spécialistes sur des comorbidités, parfois les patients n'osent pas parler aux médecins » « On a plus de temps 30 minutes de consultation et développe plus l'écoute, on plus de temps, on peut déceler des choses."	
Amélioration de la qualité des soins	« L'action de l'IPA permet de mieux prendre en charge les patients : focus plus large lors des consultations, rythmes de consultation permet d'être en phase avec les recos de la HAS, certaines activités n'étaient pas totalement réalisées comme les synthèses, la centralisation des alertes et l'amélioration des pratiques » « Cela n'allège pas les consultations. Il ne faut surtout pas que l'on soit là en remplacement des médecins, on est là pour améliorer le parcours patients »	"Il faut reconnaître qu'il y a un paquet de trucs qu'on fait mal en ce qui concerne la relation soignant-soigné, et qu'une IPA ferait dix-mille fois mieux que nous » (Médecin)".
Amélioration de la coordination des soins	« Avant les infirmiers libéraux n'étaient pas au courant »	« Moi, j'attends de l'IPA qu'elle tienne aussi le rôle de lanceur d'alerte, qu'elle puisse me prévenir suite à son évaluation qu'un patient se dégrade et, comme ça, on pourra réajuster le tir rapidement » (Médecin).
la diminution de la durée moyenne de séjour, le nombre de passages aux urgences ou le nombre de réhospitalisations		« si on prend les recos, les patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque, ils devraient être vus dans le mois qui suit l'hospitalisation. Si on avait une IPA, je peux vous dire qu'on en éviterait des passages aux urgences » (Médecin). Les IPA peuvent faciliter la coordination ville/hôpital, les patients le remarquent en proposant d'identifier l'IPA comme interlocuteur principal du volet hospitalier.

Source : ARS Grand Est et ARS PACA

³¹ Etude financée par l'ARS auprès des IPA diplômés en 2020 (en établissement de santé, aucun IPA en libéral cette année-là)

³² Jocelyn Schwingrouber, Alain Loschi, Stéphanie Gentile, Sébastien Colson « ÉTUDE EXPLORATOIRE DE LA PERCEPTION DES PARTIES PRENANTES HOSPITALIÈRES VIS-À-VIS DE L'IMPLANTATION DES INFIRMIERS EN PRATIQUE AVANCÉE »

L'enquête exploratoire conduite en région PACA met en exergue un certain nombre de risques qu'il paraît opportun de rappeler afin d'en mesurer les effets éventuels :

Tableau 5 : Extrait étude exploratoire PACA auprès de médecins, encadrants, infirmiers, patients et étudiants en pratique avancée

L'IMPLANTATION DES IPA PRÉSENTE DES RISQUES					
THÈMES ET SOUS THÈMES	IDE	MÉDECINS	ENCADRANTS	PATIENTS	ÉTUDIANTS
RISQUES LIÉS À LA NOUVELLE ORGANISATION DES SOINS					
IPA accaparées par les médecins	+	+	+	±	+
Risque de clivages	+	+	+	±	+
Incompréhension du rôle IPA	+	+	+	±	+
Manque d'humilité de l'IPA	+	+	+	±	±
Non-adhésion médicale	+	+	+	±	±
Concurrence avec cadres/IDEC	±	+	+	±	+
Absence de statut défini	±	±	+	±	+
Risque de chevauchement des missions	+	+	+	±	+
RISQUES LIÉS À LA SOUS-UTILISATION DE LA FONCTION INFERMIÈRE DES IPA					
Risque de sous-utilisation des compétences IDE de l'IPA	+	±	+	±	+
Risque d'utilisation des compétences médicales uniquement	+	±	+	±	+
Risque d'être considéré comme un « sous-médecin »	+	+	+	+	+
Risque d'être considéré comme un interne	+	+	+	+	+
RISQUES LIÉS À LA SÉCURISATION DES SOINS					
Risque de glissement de tâches	+	+	+	+	+
Lié à la méconnaissance des rôles IPA	±	+	±	±	±
Nécessité du protocole d'organisation	±	+	+	+	+
Risque lié à la formation des IPA	+	+	+	+	+
Formation trop courte	±	+	±	+	±
Ressorts par le niveau de formation	+	±	+	+	+
Formation continue nécessaire	+	+	+	±	+
Compagnonnage nécessaire	+	+	+	+	+
RISQUES LIÉS AU MODÈLE ÉCONOMIQUE					
Risque de défaut de déploiement des IPA	+	+	+	+	+
Par manque de valorisation pour les établissements	±	+	+	±	+
Par manque d'attractivité lié à la valorisation salariale des IPA	+	+	+	+	+
Risque que le modèle économique guide l'organisation du modèle d'offre de soins	±	+	±	±	+

Figure 3.
Synthèse des résultats pour la thématique n° 2 : l'implantation des IPA présente des risques.

Source : ARS PACA

3 L'ensemble des ARS déplorent l'inadaptation du modèle économique libéral et l'absence de modèle médico-économique en établissement

3.1 Concernant le modèle économique appliqué aux IPA en libéral, différents obstacles sont relevés

3.1.1 L'obligation d'un exercice exclusif pour pouvoir bénéficier d'aide à l'installation

L'ARS ARA précise que les infirmiers libéraux se trouvent confrontés à une baisse de revenus qui succède à deux années d'exercice très allégées voire interrompues. La constitution de la file active de la patientèle IPA demande du temps et un exercice mixte (IPA / IDEL) s'impose le plus souvent.

Pour l'ARS PACA, le seul modèle économique actuel est celui de l'avenant 7, les IPA affirment ne pas pouvoir en vivre. Dans ce contexte, ils sont souvent contraints de cumuler les activités d'IDE et IPA libérales. Les activités transversales : recherche, coordination, ETP ne sont pas valorisées financièrement.

3.1.2 L'importance des charges sociales et fiscales appliquées aux aides à la formation et à l'installation

L'ARS Bretagne relaie les difficultés signalées par les IPA en libéral et en particulier le fait que les aides à la formation et les aides à l'installation soient considérées comme des ressources (impliquant donc l'application de charges sociales et fiscales).

3.1.3 Le modèle financier forfaitaire s'appuie sur des estimations d'activité insuffisantes et ne prend pas en compte l'activité de promotion et de coordination avec les différentes équipes de soins primaires

A ce jour, le modèle économique destiné aux IPA libéraux semble difficilement viable. L'estimation de la file active minimale a été remise en question par les professionnels du territoire, afin de correspondre à un niveau de rémunération équivalent au niveau d'études (ARA, Bretagne).

Selon les professionnels, **l'activité pourrait s'avérer viable à partir d'une file active de 500 patients** (et non 300 comme prévu dans l'avenant 7). Le nombre de patients pouvant être confiés par un médecin traitant à un IPA ne peut qu'être progressif (temps de mise en confiance du médecin, du patient ; temps de coordination du binôme médecin/IPA) et reste quoiqu'il en soit limité. Cela exige une mise en relation avec de nombreux médecins et une activité de promotion de l'exercice très chronophage (ARA).

L'ARS Guadeloupe rapporte que **le forfait trimestriel est inadapté aux prises en soins de patients pluri pathologiques**, inadapté quand une démarche ETP doit être mise en place et si le patient nécessite plusieurs examens complémentaires en cabinet de ville (ex : patient à risque cardio vasculaire (tabagique : Electro cardio gramme, Epreuve Fonctionnelle Respiratoire, examen cardio pulmonaire, bilan biologique, Radio pulmonaire, sevrage tabac, ETP ...).

La pratique libérale d'IPA prend tout son sens dans le cadre d'un exercice coordonné (sur plusieurs MSP par exemple), autour de plusieurs médecins pouvant adresser un nombre suffisant de patients.

Aussi **les modalités d'adressage et de partage d'information doivent être clairement identifiées.** (Bretagne)

L'ARS Guadeloupe précise également que dans le cadre d'un exercice coordonné, il est nécessaire de **prévoir une enveloppe permettant le financement des missions paracliniques : évaluation, montage projet, coordination équipe, formation, recherche ...**

En pratique exclusive, l'avenant 7 permet de financer environ 70 à 80 % de l'activité, **il reste à financer les activités de recherche, collaboration, soutien clinique et ingénierie.** Le modèle économique actuel empêche notamment la démarche de prévention et de promotion de la santé (Nouvelle-Aquitaine).

3.2 Certaines ARS déplorent l'absence de modèle médico-économique en secteur sanitaire et/ou médico-social, frein à l'implantation des IPA

Les activités des IPA ne sont pas valorisées, la construction d'une approche médico-économique est difficile et manque au montage des dossiers de financement des formations d'IPA. Certains établissements prennent appui sur l'avenant 7 (soins de ville) pour valoriser les activités des IPA dans les établissements de santé. (NA)

4 Les principales difficultés recensées par les ARS et les leviers proposés

4.1 La méconnaissance de la pratique avancée infirmière

Les actions recommandées par les ARS pour lutter contre la méconnaissance de la pratique avancée infirmière sont de trois ordres (formation, organisation et communication) :

leviers en lien avec la formation	leviers en terme d'organisation	leviers en terme de financement	leviers en terme de communication
Accompagner les équipes en secteur hospitalier comme en libéral dans leur projet d'implantation des IPA (aide à la rédaction du projet, du protocole d'organisation, ...),	Groupe de travail national inter ARS (GE)		Communication vers les médecins, vers les infirmiers avec des exemples concrets

4.2 Les difficultés d'accès à la formation et l'importance de la préparation du projet d'implantation de la pratique avancée sur un territoire

Afin de mieux préparer les IDE à l'épreuve d'admission en M1, l'ARS Nouvelle-Aquitaine recommande l'organisation d'une préparation au concours d'entrée et à l'écriture du projet professionnel en lien avec les universités (surtout pour les IDEL).

4.3 Les leviers proposés par les ARS pour faciliter l'implantation des IPA en libéral concernant la formation, l'organisation des équipes, le financement et la communication

Cette problématique de la difficulté d'implantation en libéral est illustrée par de nombreux témoignages et constats qui conduisent à proposer un faisceau d'actions pour résoudre cette problématique complexe avec des conséquences sur la carrière et le parcours de vie des infirmiers qui peuvent s'avérer délétères :

- Malgré des projets d'exercice dans des territoires déficitaires au niveau médical et dans le cadre d'un exercice coordonné, les médecins, notamment généralistes, restent réfractaires à la pratique malgré des actions de communication menées par l'Agence pour les sensibiliser. Les médecins spécialistes (autres que médecine générale) semblent à ce stade plus enclins à la collaboration (Bretagne).
- Aucun IPA n'est parvenu à développer une activité suffisante pour qu'elle soit viable. Les IPA ayant abandonné leur activité d'IDEL ont finalement dû la réinvestir ou chercher des postes en salariat. A noter que le frein majeur à l'activité libéral d'IPA réside aujourd'hui dans la réticence de nombreux médecins à collaborer avec les IPA : manque d'intérêt, inquiétude quant aux compétences, doutes sur la plus-value en terme de temps, de la qualité des prises en charge, d'accessibilité aux professionnels... sont les éléments les plus rapportés. (GE).
- Problématique d'installation pour certains IPA, obligés de changer d'équipe pluri disciplinaire : certains professionnels de santé ayant participé au projet initial, ne souhaitent plus un IPA dans leur cabinet, une fois diplômé.
- Globalement, difficultés pour les IDE libéraux de se projeter dans le futur métier d'IPA (alors que dans le secteur hospitalier, l'apport de l'IPA en psychiatrie ou en cancérologie est plutôt bien compris). (Normandie).

Tableau 6 : Leviers proposés par les ARS pour l'implantation des IPA en libéral

leviers en lien avec la formation	leviers en terme d'organisation	leviers en terme de financement	leviers en terme de communication
Accompagnement renforcé des IPA diplômés à la sortie de formation : accompagnement par les chargés de mission de l'Agence, extension du secrétariat d'orientation professionnelle pour la filière IPA	Développer l'accueil d'étudiants IPA dans les équipes de ville afin qu'ils puissent visualiser de façon plus concrète le rôle des IPA,	Conditionner l'attribution de l'aide ARS durant la formation à un projet d'installation déjà connu et soutenu par les médecins du territoire.	Mise en place d'une campagne de communication avec l'UPRS ML et le CNOM sur la place des IPA, le bénéfice pour les médecins
Mise en place d'un accompagnement et de conseils sur la possibilité d'un début d'activité mixte : IDEL/IPAL ou IPAL/IPA salariée	Développer le partenariat Ville /hôpital autour de la place IPA dans le parcours de soins,	Financement des structures soutenant le projet d'installation en ambulatoire de l'IPA en formation	Actions de communication à renforcer notamment auprès du grand public (patientèle notamment).
Révision des maquettes et proposer un stage en ambulatoire systématique ;	Mettre en place un compagnonnage.	Mise en place de cotations spécifiques, de tarification à l'acte et pas uniquement de suivis trimestriels	Campagne de communication et d'accompagnement spécifique pour les IDE libéraux. L'URPS IDE a mis en place une commission spécialisée IPA (travail ARS, URPS IDE et URPS Médecins autour de 3 thématiques : diffusion d'information sur le métier, appui au dossier de candidature, appui à l'insertion professionnelle. normandie
		Financement d'accompagnement CPAM supérieur à celui proposé à ce stade	Campagne de communication à destination des médecins généralistes ;
L'addictologie peine à trouver sa légitimité au sein de la mention PSM : diffusion des maquettes de formation et une présentation plus aboutie des compétences IPA acquises.		Intégrer une souplesse dans l'application de la convention avec la CPAM, au regard de l'exclusivité de l'exercice en tant qu'IPA à 100% (garde un petit temps partiel, pour activité libérale, ou vaccination....)	
		Révision de l'avenant 7	
		Pour inciter la formation en ambulatoire, prévoir une rémunération pour les maîtres de stage	

Source : Mission

5 Les mesures d'accompagnement mises en place par les ARS

Les mesures d'accompagnement mises en place par les ARS concernent principalement l'aide aux IDE libérales qui souhaitent se former. Des aides sont aussi attribuées pour des structures d'exercice coordonné et certains établissements de santé. Ces aides ont progressé ces dernières années mais le nombre de bénéficiaires, très faible, a diminué. En cause un fort probable problème d'attractivité mais également de difficulté d'accès aux universités :

Tableau 7 : Mesures d'accompagnement financier recensées

	ARA	BRETAGNE	GRAND-EST	NA	HDF	IDF	PACA	NORMANDIE	GUADELOUPE
AIDE FINANCIERE IDE LIBERAUX	10 600€ par an + 1300 euros (participation frais inscription)	21 200 €/an	45 000 EUROS PAR AN	16000 euros/an	10 600 euros pour la 1ère année et 15 900 pour la seconde		10 600€ par année	21 200 Euros par année de formation, sur 2 ans,	21200 euros sur 2 ans
CONTREPARTIE	exercer 2 ans au moins comme IPA au sein d'une structure coordonnée pluri professionnelle de la région.	exercer 2 ans dans le cadre d'un exercice coordonné ou auprès d'un médecin spécialiste en Bretagne					exercer 1 an en PACA, au sein d'une structure d'exercice coordonnée	avec condition de s'installer IPA en Normandie	
NOMBRE D'IDEL bénéficiaire 2021	13 en 2020-2021 / 3 en M1 en 2021-2022		Aucun IPA en libéral en 2020	possibilité de financer 8 IDEL mais seulement 5 (non admission à l'université)					
Aide à l'installation		13 500 euros - Si exercice coordonné en zone en sous densité médicale pendant 5 ans. Adhérer projet de santé du territoire, travailler 3 jours par semaine minimum et 50 patients 1ère année /150 minimum à partir 2ème							
ACCOMPAGNEMENT DE L'ARS		Un chargé de mission référent par territoire à l'ARS							
aides aux MSP et CS	PROJET : soutien financier via le FIR pour accompagner les centres de santé (3 à 5 par an) qui envoient des infirmiers en formation IPA pour pallier notamment les frais de remplacement.	13500 euros aux MSP et CS en zone déficitaire en médecins		rémunération des MSU accueillant des IDEL en stage : 6 800 € (idem internes)		Financement du remplacement du professionnel partant en formation, qu'il soit salarié ou libéral depuis 2018			
Autres actions		UN FLYER + VIDEO					cofinancement de 8 postes d'infirmiers Hospitalo-Universitaires	Convention avec URPS IDE,	
IDE SALARIES		salariés non pris en charge par leur employeur ou demandeurs d'emploi : 5 000 €/année de formation							
SOUTIEN AUX ETABLISSEMENTS		AAP 2021 / 27 établissements : 50% sur le recrutement d'IPA et/ou une aide à l'accompagnement de son intégration au sein des équipes et des organisations	Soutien aux établissements pour les deux premières promotions d'IPA (30000 euros/an)		5 300 euros par salarié et par année de formation	Financement du remplacement du professionnel partant en formation, qu'il soit salarié ou libéral depuis 2018		subvention de 20 000 Euros pour aider à la mise en place d'un projet pluri professionnel avec IPA	

Source : Mission selon les données des ARS

6 Comment pourrait-on davantage encourager l'évolution des infirmiers vers la pratique avancée ?

6.1 Multiplier les canaux et les temps d'information et de communication

6.1.1 Valoriser et faciliter l'accès et la sortie du cursus universitaire

Selon l'ARS Grand Est, les infirmiers sont plutôt en accord avec une dynamique universitaire qui leur permet une évolution différente que celle proposée jusqu'ici (IADE, IBODE, IPUER, CS). L'accès à la pratique avancée est une alternative permettant de diversifier les parcours professionnels et l'évolution tout au long de la vie des infirmiers. Cependant, le manque de visibilité actuel sur l'activité des IPA tant en établissement de santé qu'en secteur ambulatoire peut être un frein.

L'ARS Normandie suggère de proposer pour les IDE libéraux un cursus de formation préparatoire (démarche projet, management, coordination d'équipe).

Pour l'ARS Guadeloupe, cette formation pourrait se traduire :

- Par l'accompagnement au **montage de projet pluri professionnel** avant le départ en formation avec des exemples concrets, une analyse des besoins et de la faisabilité ;
- Par une communication plus active visant à mieux faire connaître le métier d'IPA et les modalités pour suivre la formation (mise en ligne sur le PAPS d'informations).

L'ARS Grand Est a organisé un échange à chaque fin de cursus de formation afin de réunir les étudiants, les universités, les employeurs et l'association ANFIPA. Ces échanges ont pour but de mettre en commun les expériences, projets, freins et leviers rencontrés et créer une dynamique. La DGOS a également pu participer à la réunion organisée en 2021 ce qui a permis des échanges constructifs.

S'agissant de la formation à la pratique avancée, l'ARS Guadeloupe émet deux propositions :

- Soit la création d'une formation universitaire interrégionale d'IPA pour les Antilles – Guyane qui favoriserait l'entrée en formation des IDE motivées pour la suivre mais qui ne peuvent pas le faire compte tenu des difficultés financières et familiales qu'induisent des études en hexagone (projet de création prévu avec une localisation aux Antilles) ;
- Soit une modularité de la formation alternant des modules sur place et un ou 2 en métropole.

6.1.2 Soutenir les IPA en poste, tout particulièrement en secteur libéral mais également en établissement de santé (réseau des directeurs de soins...)

Diverses initiatives et propositions sont avancées par les ARS :

- Elaboration d'outils pour favoriser l'implantation et donc le déploiement des IPA en Région (ex. : le document ARS NA sur la fiche de poste et les conseils relatifs à la rédaction d'un protocole d'organisation). Création et veille documentaire d'une page dédiée sur le site de l'ARS <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/infirmiers-en-pratique-avancee-ipa-en-nouvelle-aquitaine> (NA)
- Mieux accompagner les professionnels dans leur pratique afin que la pratique avancée soit plus efficiente dans les soins. (IDF)

- En complément des journées nationales IPA, l'ARS Grand Est projette d'organiser une journée régionale des IPA pour mettre en avant les expériences menées. Les IPA diplômés et en cours de formation sont encouragés par l'ARS à s'organiser en association régionale pour faciliter les échanges (GE), organisation de séminaires en région (Nouvelle-Aquitaine).
- Communication auprès des différents acteurs (URPS, Ordres professionnels, structures d'exercice coordonné, CPAM, Fédérations, établissements de santé publics et privés, établissements sociaux et médico-sociaux) : création d'un réseau des directeurs des soins, co-animation de rencontre ARS / CPAM, information institutionnelle auprès des laboratoires des centres de radiologie des pharmaciens etc.... (Nouvelle-Aquitaine).
- Un engagement conjoint Ordre infirmier/ARS est déjà impulsé. Il doit se mettre également en marche avec les URPS IDEL au regard de la problématique de la légitimité des IPA dans la prise en soins des patients en ville. (Haut de France)

6.1.3 Soutenir le développement de champs d'activité qui permettent d'accéder à plus d'autonomie (en secteur sous dense ; en EHPAD)

L'ARS ARA suggère de proposer des champs d'activité autonomes, par exemple, de favoriser l'installation d'IPA dans des territoires sans médecin pour sécuriser le quotidien des patients avec des maladies chroniques, permettant une orientation précoce vers les référents médicaux (MG ou spécialiste), par un suivi de proximité. Pour autant, il faudra prévoir des éléments de surveillance partagés et une évaluation des pratiques. De même la mention pathologies chroniques permet à des IPA d'assurer le suivi régulier des patients en EHPAD ne demandant aux MG d'intervenir que pour des situations aiguës ou lors d'une visite annuelle. Beaucoup de territoires ruraux bénéficieraient de ces installations.

Selon l'ARS PACA, il est également important d'interroger certains éléments du décret trop réducteurs qui posent des difficultés dans le parcours de soins : les bons de transport, le renouvellement des arrêts maladie, biologie (RAI, hémocultures ...).

7 Comment pourrait-on faire adhérer davantage de professionnels médicaux à des protocoles d'organisation faisant intervenir des IPA ?

7.1 Toutes les ARS répondantes prônent une meilleure communication prenant appui sur des retours d'expériences positifs et sur l'intérêt à agir des médecins

Pour l'ARS Grand-Est, il s'agit de communiquer les retours d'expériences menées, l'identification factuelle de gain de temps médical, les volumes de nouveaux patients pris en charge par un médecin collaborant avec un IPA, la création de créneaux de soins non programmés et les retours de satisfaction des patients et professionnels.

L'ARS Normandie insiste sur l'importance de communiquer à partir d'exemples probants de fonctionnement réussi médecin / IPA en se concentrant plutôt sur les structures d'exercice coordonné, d'organiser des campagnes de communication / information aux URPS, ordres professionnels, au sein des facultés de médecine (différentes spécialités médicales), sur le rôle et les missions des IPA, leur place dans le système de santé, leur plus-value et sur l'intérêt à agir pour les médecins.

7.2 Diverses propositions de mise en place d'un intérêt financier au travail en collaboration avec une IPA

L'ARS PACA propose de prévoir un financement du temps de concertation entre MG et IPA et l'ARS Grand-Est, évoque une valorisation financière destinée aux structures d'exercice coordonné selon des critères de volumétrie de patients pris en charge par les IPA. D'autres ARS prônent également une incitation forte par financement sans en détailler les modalités.

8 Si la surspécialisation des IPA semble devoir être écartée, les propositions d'évolution des mentions sont très diverses.

L'ARS ARA rappelle que les premières mentions se voulaient générales et ouvertes à plusieurs formes de coopération. L'évolution des mentions suivantes, oriente les IPA vers de la spécialisation. Cette option peut être intéressante pour structurer les filières de soins mais devrait rencontrer le même phénomène que pour la mention maladie rénale chronique ; la satisfaction d'un besoin qui diminue car trop spécifique. A trop spécialiser les mentions, la notion de coordination pourrait perdre de son sens.

L'ARS Nouvelle-Aquitaine constate que le domaine « maladie rénale chronique » semble trop spécialisé au regard des besoins de l'offre de soins.

L'ARS Grand-Est ajoute une distinction entre les domaines de spécialisation :

- Chaque « spécialité » peut prétendre à exercer une pratique avancée liée à une spécification et à une expérience acquise. Cependant, une surspécialisation des infirmiers peut répondre aux problématiques de démographie médicale mais risque de cloisonner les IPA par spécialité ;
- Les domaines très spécialisés peuvent être intéressants à étudier pour donner de l'autonomie aux infirmiers (réanimation, urgences...).

Par ailleurs, une réingénierie des études des infirmiers en puériculture peut être une piste pour créer une spécialité **pédiatrique**.

L'ARS Bretagne signale l'intérêt de développer une mention **gériatrie**. L'ARS IDF et Guadeloupe précise l'intérêt de la mention « **Urgences** », en cours. L'ARS PACA propose l'ouverture à de nouvelles mentions : **Le premier recours ; la pédiatrie ; la gériatrie**. Dans la mention pathologies Chroniques Stabilisées, pourraient s'inscrire la Gastroentérologie, la rhumatologie. L'ARS Normandie évoque plusieurs nouvelles mentions également : « **Santé Publique, éducation à la santé** » ; « **Grand Age** », « **santé au travail** » ;

Pour l'ARS HDF, les domaines actuels semblent adaptés, il faut laisser du temps au développement de la pratique avancée. La mention Pathologies Chroniques stabilisées notamment permet de faire du lien entre de nombreuses spécialités. Il semble pertinent d'attendre pour objectiver et identifier d'autres spécialités.

9 Les évolutions les plus pertinentes pour les ARS répondantes concernant la primo-prescription et l'approche populationnelle en premier recours

Les neuf ARS répondantes ont toutes complété le tableau leur proposant de préciser si les quatre évolutions de la pratique avancée infirmière suivantes leur paraissent possibles, souhaitables, pertinentes :

- L'extension de la pratique avancée vers des prises en charge en premier recours en ville selon une approche populationnelle (enfants/personnes âgées/adultes) ;
- Le développement de pratiques avancées d'expertise en appui de certaines spécialités médicales (ex.: pratiques avancées en anesthésie-réanimation, en rééducation fonctionnelle) ;
- La délivrance d'une autorisation d'installation en lieu et place d'un protocole d'organisation (ouverture de l'accès direct) ;
- L'accès des IPA à la primo-prescription pour certains examens, médicaments, dispositifs médicaux ou soins peu risqués.

Certaines ARS ont coché plusieurs items (par exemple souhaitable et pertinent). L'évolution qui rassemble le plus de réponses positives en terme de pertinence, est celle concernant l'élargissement de la primo-prescription. Vient ensuite, l'extension de la pratique avancée selon une approche populationnelle en premier recours.

Les avis des ARS sont plus partagés en ce qui concerne les spécialités infirmières, certaines ayant très clairement exprimé leur désaccord en ce qui concerne les IADE. La question concernant la suppression des protocoles d'organisation n'a pas donné lieu au remplissage du tableau par deux ARS et le remplissage par les autres ARS dénote un niveau de lecture variable selon les différents correspondants des ARS.

Tableau 8 : Les évolutions de la pratique avancée infirmière selon les ARS

EVOLUTIONS	Possible	Souhaitable	Pertinent	Remarques
L'extension de la pratique avancée vers des prises en charge en premier recours en ville selon une approche populationnelle (enfants/personnes âgées/adultes)	OUI pour 2 ARS	OUI pour 3 ARS	OUI pour 6 ARS	Pertinent : OUI "L'approche populationnelle permet de décloisonner les parcours de santé, d'avoir une vision globale de la santé des populations (par opposition à une approche par pathologie)" (ARS NA); OUI "C'est ce qui est souhaitable pour éviter le cloisonnement du patient par pathologie et orienter vers une prise en charge holistique du patient dans ses différentes dimensions, permettant un rôle d'orientation/coordination plus adapté aux besoins" (Guadeloupe). Rem : ARS PACA coche OUI aux trois propositions et précise pour Souhaitable : OUI "Le travail concerté avec une IPA pourrait permettre de libérer du temps médical pour permettre au MG d'accueillir de nouveaux patients ou à l'IPA de venir compléter l'offre d'accueil de nouveaux patients"
Le développement de pratiques avancées d'expertise en appui de certaines spécialités médicales (ex: pratiques avancées en anesthésie-réanimation, en rééducation fonctionnelle,...)	OUI pour 2 ARS NON en particulier pour IADE (3 ARS)	OUI pour 2 ARS NON pour IADE (1 ARS)	OUI pour 1 ARS NON pour IADE (1 ARS)	Possible : NON "Anesthésie réanimation déjà une spécialité IDE" (ARA). "Ceci ressemble plus à un développement de protocoles dérogatoires" (HDF) Souhaitable NON : "La multiplication des domaines d'intervention est à l'encontre de la démarche pratique avancée, risque d'une hyper spécialisation comme pour les médecins" (NA); NON "Attention à ne pas superposer les IPA avec les IADE, IBODE, PUER, ... déjà très réglementée" (Normandie). Pertinent NON, Prématuré pour Rééducation fonctionnelle "Les protocoles de coopération comment tout juste à se développer il n'y a pas encore de dynamique" (ARA). OUI pour Kiné... "Pour les professionnels de la filière rééducation : Masseur-Kiné, Ergothérapeute, ..." (Normandie). PACA : OUI pour les 3 rubriques avec "l'implantation des IPA en pédiatrie est souhaitable et pertinente" et ni souhaitable ni pertinent pour les IADE : "la mise en place des IPA ne doit pas se substituer aux formations de certaines spécialités existantes pour les IDE comme la formation d'IADE".
La délivrance d'une autorisation d'installation en lieu et place d'un protocole d'organisation (ouverture de l'accès direct).	OUI pour 2 ARS	OUI pour 1 ARS	OUI pour 4 ARS (plutôt "OUI MAIS" pour 3 d'entre elles)	Remarque : 2 ARS n'ont pas répondu. Possible : OUI "la sortie des protocoles d'organisation est souhaitée par les IPA" (HDF) Pertinent : OUI "Cela permettrait et faciliterait le démarrage avec la possibilité d'exercice avec plusieurs médecins sur un territoire, même de manière épisodique" (Guadeloupe) OUI MAIS "Peut-être une difficulté à constituer une file active quand le médecin ne définit pas le champ d'intervention sur sa patientèle" (ARA); OUI MAIS "l'autorisation d'installation est déjà nécessaire pour exercer". (PACA); Ni oui ni non "Proposer des convention ou protocole d'organisation, gradué par étape d'installation, avec échancier, sur plusieurs années" (Normandie)
L'accès des IPA à la primo-prescription pour certains examens, médicaments, dispositifs médicaux ou soins peu risqués.	OUI pour 3 ARS	OUI pour 1 ARS	OUI pour 7 ARS	Possible : OUI "Il faudrait, en même temps, que ces prescriptions soient reconnues et acceptées par les pharmaciens ...qui exigent la signature du médecin référent de la structure pluri professionnelle" (Normandie). Pertinent OUI "Très intéressant. acceptable par le médecins en structure coordonnées avec des acteurs qui se connaissent" (ARA); OUI "cela permet de développer les soins primaires, d'améliorer l'accès aux soins, primo consultation, primo prescription, autonomie renforcée" (NA); OUI "L'accès à la primo prescription des IPA est déjà en cours pour la paraclinique, les dispositifs médicaux et pour les médicaments non soumis à prescription médicale obligatoire." (PACA); OUI "Cela simplifierait la possibilité de recours rapide puis d'orientation sans perte de temps et de chance." (Guadeloupe)

Source : Mission

10 Implantation de la pratique avancée infirmière : le projet préfigurateur de l'ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur qui vise à proposer un modèle d'évaluation de la qualité de l'implantation³³

10.1 Le contexte

L'agence régionale de santé PACA a inscrit, de longue date, dans ses axes stratégiques l'implantation de la pratique avancée. Elle pilote dans ce cadre, en partenariat avec les deux universités de Marseille et de Nice, un projet régional initié en 2018, dans lequel l'agence a décidé d'être active dans l'accompagnement des structures de santé.

³³ Reprise intégrale (copier-coller) du projet adressé par l'ARS PACA

10.2 Les objectifs

Ce projet poursuit plusieurs objectifs :

- Répondre aux **besoins de santé du territoire**
- Impulser **l'implantation et la modélisation** des IPA en Région
- **Accompagner les professionnels dans la démarche**
- Valoriser **les compétences de l'IPA**
- Anticiper **la transformation du système de soins** provoquée par l'intégration des IPA

10.3 La stratégie d'implantation

L'atteinte de ces objectifs a nécessité une forte implication de l'ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur dans l'implantation et la modélisation des infirmiers de pratique avancée, d'une part dans **le champ de la formation**, d'autre part dans **le champ de l'exercice professionnel**.

10.3.1 Dans le champ de la formation

Un partenariat étroit a été développé dès l'origine avec Aix Marseille Université. Dans ce cadre, six postes d'Infirmiers Hospitalo-Universitaires (cofinancement AMU-ARS) ont été créés. Ces IHU sont rattachés à des établissements de santé de la région (Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Hôpital St Joseph, Institut Paoli Calmette, CH du Pays d'Aix, CH d'Avignon) avec une double mission :

- Un volet enseignement (AMU) : Suivi des cours médicaux pour un calibrage correspondant aux attendus de formation pour les IPA, activités d'enseignement, construction d'outils pédagogiques, coordination et accompagnement des étudiants en stage, formation et accompagnement des cotuteurs de stage, Suivi pédagogique des étudiants, Direction de mémoires
- Un volet hospitalier (ARS) : Participation à la modélisation de la fonction IPA, Participation et facilitation de l'implantation des IPA au sein des établissements auxquels ils sont rattachés, Elaboration d'outils d'aide à l'implantation et à la modélisation, Accompagnement des établissements volontaires
- Un partenariat avec l'Université de Nice initié en 2020 sur le même modèle qu'avec AMU et reste à accompagner en 2021 et 2022 : l'objectif est d'étendre la stratégie d'implantation en PACA Est et de modéliser les organisations entre les deux universités

10.3.2 Dans le champ de l'exercice professionnel

Les deux référents ARS, pilotent et coordonnent le projet d'implantation de la pratique avancée en région.

Ce projet préfigurateur est centré sur la modélisation de la fonction d'infirmier(e) en pratique avancée, le suivi et l'évaluation de son implantation.

Parallèlement, un chargé de mission, rattaché à l'Hôpital Européen, a participé, sous la supervision et en étroite collaboration avec le Conseiller Technique Régional, à la coordination de l'implantation de la pratique avancée sur la région. Pour ce faire trois objectifs, communs avec les IHU, étaient poursuivis :

- Réaliser une enquête régionale
 - Recenser les ressources et les besoins régionaux
 - Mener une étude descriptive auprès des professionnels concernés
- Implanter et modéliser la fonction d'IPA
 - Constituer des groupes de travail (Médecins, encadrement, futurs IPA, université, patients)
 - Réaliser un guide d'implantation adaptable et diffusable à chaque structure de santé
- Promouvoir, accompagner et évaluer
 - Communications orales
 - Accompagner les structures /IHU
 - Evaluation médico-économique du projet
 - Réalisation d'une étude impact de la Pratique Avancée

10.4 Les perspectives

La poursuite du projet s'articule autour de plusieurs axes :

- Accompagner, en PACA ouest, le développement de la pratique avancée dans les établissements support (Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Hôpital St Joseph, Institut Paoli Calmette, CH du Pays d'Aix, CH d'Avignon)
- Implanter la pratique avancée dans d'autres établissements volontaires du territoire de rattachement des établissements support dans une logique de territoire (GHT) : appel à candidature, rencontre avec la direction, le corps médical constitution des COPIL, évaluation des besoins, accompagnement et conseil par les IHU (à ce jour une quinzaine d'établissements se sont portés volontaires pour la mise en place des IPA dans la structure)
- Implanter et modéliser la pratique avancée en secteur ambulatoire en partenariat avec la DSDP
- Poursuivre l'implantation de la démarche en PACA Est : conventionnement avec l'Université de Nice Côte d'Azur, création et cofinancement de deux postes d'IHU, accompagnement des établissements volontaires dans la mise en place des IPA
- Animer le réseau régional des IPA
- Evaluer, en collaboration avec AMU, l'implantation des IPA en PACA Ouest

Ce dernier objectif est fondamental pour garantir la qualité et la pertinence du projet.

Après une première phase centrée sur la formation universitaire des IPA, et une deuxième phase relative à l'implantation et la modélisation de la pratique avancée dans un premier temps en structures hospitalières uniquement, une troisième phase va être mise en œuvre en 2022 et va concerner l'évaluation.

Pour ce faire le choix a été fait d'orienter la stratégie de l'agence sur les données probantes, et notamment de suivre le modèle PEPPA³⁴ qui est le modèle de référence du conseil international des infirmières.

Ce modèle stipule qu'une implantation de qualité se traduit par deux aspects :

- L'utilisation des compétences de l'IPA (Est-ce que l'IPA exerce bien les missions d'une IPA ?)
- L'intégration de l'IPA dans les équipes (Est-ce que l'IPA est intégrée et travaille en collaboration avec les autres membres de l'équipe?)

Dans ce contexte, en partenariat avec les deux universités, l'agence a choisi de développer un modèle d'évaluation de la qualité de l'implantation, qui sera une phase préliminaire de l'évaluation de l'atteinte des objectifs.

10.5 Méthode

Une étude de cas multicentrique pilote va être menée pour évaluer la qualité de l'implantation de la pratique avancée.

Pour ce faire, un membre de l'équipe projet, sera amené à se déplacer au sein de structures de santé durant deux journées et de recueillir différentes données dans l'environnement de l'IPA à partir :

- **D'entretiens semi directifs** (IPA, membre de la direction, membre de l'équipe dont un médecin, un cadre et un professionnel paramédical).
- **D'observation** : A l'aide d'une grille d'observation des activités IPA, l'IPA sera observé dans sa pratique pendant une demi-journée.
- **De l'analyse de documents** : Protocole d'organisation, Fiche de poste,
- **De questionnaires** pour évaluer la collaboration professionnelle (aux équipes), et la satisfaction professionnelle (à l'IPA).

10.6 Résultats attendus

L'ensemble des résultats sera étudié à partir d'une analyse de contenu. Les thèmes dégagés, mis en relief avec la littérature nous permettront de proposer un modèle d'évaluation de la qualité de l'implantation. Ce modèle sera ensuite publié et proposé aux établissements de la région dans le cadre d'un accompagnement.

³⁴ « Participatory, evidence-based, patient- focused process for advanced practice nursing (APN) role development » (Bryant- Lukosius & DiCenso, 2004)

ANNEXE 5 : Association Asalée : 20 ans d'évolution

Introduction

« L'association ASALEE est née de l'intuition qu'une équipe, associant des médecins généralistes et des infirmiers, à vocation clinique, pourrait améliorer le suivi des pathologies chroniques et l'accès aux soins et à un médecin traitant, et à offrir une capacité d'évolution professionnelle non seulement aux infirmiers mais aussi aux médecins généralistes, dans une forme expérimentale que le nom de l'association porte : « action de santé libérale en équipe », libérale s'entendant comme capacité à innover, à créer, à entreprendre. »³⁵

En septembre 2021, l'association ASALEE déclare :

1250 infirmiers délégués à la santé populationnelle (le seuil maximal autorisé par l'assurance maladie est de 1000 ETP en 2021)

- Dont 70 engagés en pratique avancée : 35 en formation IPA ; **35 diplômés dont 15 avec au moins un an d'ancienneté (les IPA ASALEE)**

Près de 6000 médecins généralistes

Près de 2000 structures (cabinets médicaux, maison de santé, centre de santé)

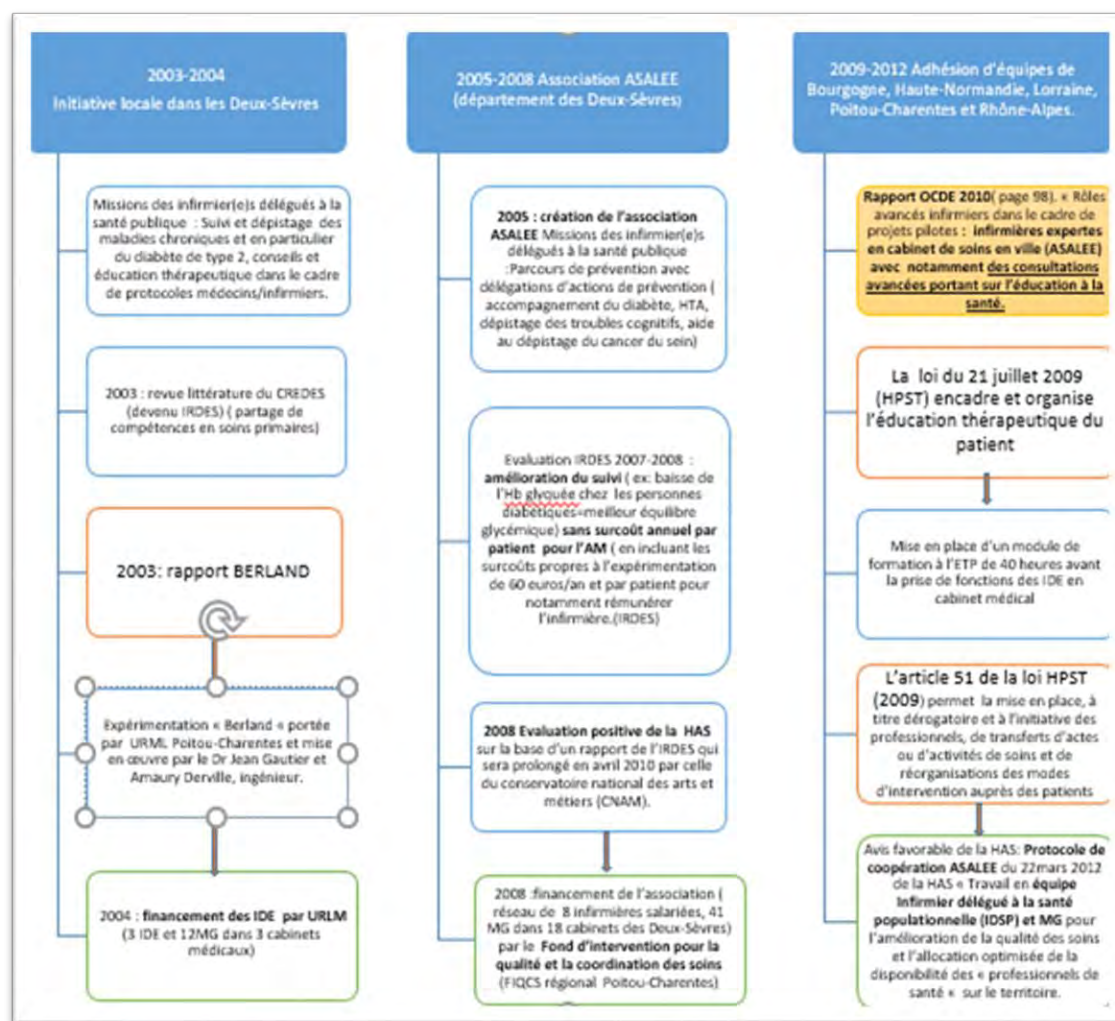
1 ASALEE se déploie en composant avec l'évolution des politiques de santé et les positionnements institutionnels et professionnels.

1.1 Une expérience de collaboration médecin-infirmier pionnière en soins primaires et évolutive au gré des lois de santé successives

Depuis le début des années 2000, l'évolution continue du travail en équipe médecin-infirmier va s'adapter afin de s'inscrire dans les différentes réformes qui vont progressivement soutenir la coopération interprofessionnelle.

Un schéma synthétise le parcours de l'association jusqu'à l'intégration dans les protocoles de coopération en 2012. C'est un point d'étape important et la dynamique de développement se poursuivra ensuite en intégrant l'émergence du métier d'infirmier en pratique avancée.

³⁵ Contribution écrite adressée à la mission par l'association ASALEE en septembre 2021



1.1.1 Le projet initial, soutenu puis financé par l'Union régionale des médecins libéraux (URML) de Poitou-Charentes, s'inscrit dans les expérimentations conduites suite à la publication du rapport Berland de 2003

A partir de l'année 2000, l'union régionale des médecins libéraux (URML) Poitou –Charente conduit une réflexion sur la coopération pluridisciplinaire, le Dr Jean Gautier participe à ces travaux et il sera le porteur du projet.

Selon l'IRDES, « La mise en place du dispositif en 2003 est à l'initiative d'un médecin généraliste (Dr Jean Gautier) et d'un ingénieur (M. Amaury Derville) ayant l'expérience des systèmes d'information médicale, avec le soutien de médecins de santé publique. Ces deux fondateurs évoquent une intuition née de leurs travaux antérieurs : l'idée qu'un infirmier formé et outillé, pensé comme un « informé médiateur » exerçant sur le lieu de travail d'un médecin généraliste, peut contribuer à améliorer la qualité de la prise en charge des patients. Et ce en leur donnant du temps pour exprimer leurs besoins et être accompagnés vers une plus grande autonomie dans leur vie avec un facteur de risque ou une maladie. Il s'agissait également de répondre à la dégradation des conditions de travail des médecins confrontés à une complexité croissante des situations des patients, alors que la démographie médicale était en recul. »³⁶

³⁶ www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/232-action-de-sante-liberale-en-equipe-asalee.pdf

Les premiers protocoles médecin-infirmier portent essentiellement sur le développement de l'éducation à la santé, de délégation de tâches avec un axe fort portant sur les délégations de santé publique, les infirmières sont des « infirmières déléguées à la santé publique ». Pour le Dr Jean Gautier *« au moment de la création du dispositif, on ne parlait pas encore d'éducation thérapeutique. Mais on se rendait bien compte que les infirmiers ne tenaient pas le même langage aux patients que les médecins. On peut considérer que c'étaient les prémisses de l'ETP »*³⁷. Pour Daniellou et Petit ³⁸ il s'agit de l'émergence d'une « *alliance originale entre le monde du traitement (le cure) et le monde du soin (le care)* ».

Les premières versions du protocole de collaboration médecin-infirmier concernaient majoritairement la prévention et l'accompagnement des patients diabétiques de type 2, le repérage des troubles cognitifs des personnes âgées et l'accompagnement des campagnes collectives des dépistages de cancer.³⁹

L'URML Poitou-Charentes a répondu à l'appel à projet consécutif au rapport Berland (2003) qui a permis de retenir quatorze équipes de cliniciens, médecins et paramédicaux pour « *lancer des expérimentations de transfert de tâches et de compétences entre les professions de santé* ». Le projet a pu démarrer et être financé à partir de 2004. Les infirmiers étaient directement rémunérés par l'URML la première année.

L'association ASALEE créée en 2005, servira ensuite de support pour rémunérer les infirmiers, mutualisés entre plusieurs cabinets ainsi que les médecins libéraux et recevoir les financements destinés à développer le système d'information partagé entre les médecins et les infirmiers.

1.1.2 Les infirmiers de l'association ASALEE travaillent en équipe avec les médecins, diversifient les activités par des consultations ciblées de prévention, de dépistage, d'éducation à la santé et d'éducation thérapeutique. La qualité des soins est améliorée sans surcoût pour l'assurance maladie

A la création de l'association, le contexte général est celui de **l'organisation du parcours de soins coordonné** mis en place par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Il consiste à confier à un médecin traitant les différentes interventions des professionnels de santé pour un même assuré, dans un objectif de rationalisation des soins.

Le Dr Jean Gautier, dans le cadre d'une présentation lors d'une rencontre avec la Haute Autorité de santé en 2010 précise ainsi le contexte de l'époque⁴⁰ :

- « *La plupart des politiques menées dans les pays étrangers pour adapter ou renforcer les soins primaires visent à étendre les services délivrés à la population tout en réorganisant l'offre de soins* ». Le CREDES (devenu IRDES) publie en 2003 une revue de la littérature étrangère (1970-2002) portant sur « *Efficacité et efficience du partage des compétences dans le secteur des soins primaires* »⁴¹ ;

³⁷Article de mars 2021 sur infirmiers.com : <https://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/education-therapeutique/diabete-et-education-therapeutique-quelle-plus-value-de-l-infirmier-asalee.html>

³⁸ Daniellou F. et Petit J. (2007). « ASALEE, c'est du travail. Une contribution à l'évaluation de l'expérimentation par l'analyse des pratiques », Document de travail, Ecole nationale supérieure de cognitique / Institut polytechnique de Bordeaux.

³⁹ Contribution écrite adressée à la mission par l'association ASALEE, septembre 2021

⁴⁰ <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-04/po208.pdf>

⁴¹ <https://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/effeff.pdf>

- « Ils s'appuient pour cela d'une part, principalement sur le regroupement des médecins généralistes entre eux et d'autre part le développement de la coopération des médecins avec d'autre professions de santé et notamment les infirmières (IRDES 2006) » ;
- « En pratique, la coopération médecin-infirmier peut prendre différentes formes (salarial, mise à disposition, associées, réseau) et peut porter sur **le développement de tâches nouvelles et l'élargissement de l'offre de services** (complémentarité) mais aussi **la délégation d'activités médicales à l'infirmière** (subsidiarité) » ;
- « La France qui s'est engagée en 2004 dans une réforme visant à organiser l'inscription des patients auprès du médecin traitant oriente l'organisation du système de soins dans une logique populationnelle propre à l'organisation des systèmes de soins primaires » ;
- Le médecin généraliste à l'instar de l'organisation des autres pays en constitue désormais **le pivot** (le médecin traitant est un généraliste dans 99,6 % des cas) ;
- Néanmoins, cette évolution survient dans un contexte de raréfaction de la ressource humaine en santé qui est annonciatrice de modifications importantes dans l'organisation des soins ambulatoires et notamment la médecine de ville⁴² ;
- Le médecin traitant exerçant seul ne paraît pas en capacité d'assumer l'ensemble des activités qui lui sont confiées.

→ **ASALEE expérimente depuis 2004 une nouvelle forme de coopération médecins-infirmiers au sein du cabinet libéral de soins primaires pour une amélioration de la qualité des soins.**

Les missions et compétences des infirmières ASALEE de 2004 à 2011

Une formation spécifique assurée par l'IFSI de Niort et par l'association.

Installation dans les cabinets médicaux où elles disposent d'une salle de consultation et d'un poste informatique permettant l'accès au dossier du patient en local et un accès au système d'information ASALEE qu'elles renseignent pour permettre l'évaluation.

Les MG et les infirmières repèrent dans les dossiers du cabinet les patients éligibles à telle ou telle intervention (dépistage et accompagnement); par ex diabétiques de type 2, hypertendus, patients de 50-75 ans (dépistages cancer), facteurs de risque cardio-vasculaire, repérage des troubles cognitifs etc. Elles constituent la base de donnée des patients éligibles.

Ces activités sont entièrement protocolisées et donnent lieu au renseignement :

- De la base de données utilisée pour l'évaluation du projet ASALEE
- Du dossier du patient (disposition d'alarmes à l'attention du médecin), notes de consultation

Le médecin traitant adresse les patients à l'infirmière avec un objectif éducationnel personnalisé.
L'infirmière organise ensuite son planning librement avec les patients et débrieife périodiquement avec le médecin.

Le dispositif a fait l'objet de multiples évaluations :

⁴² Mission Berland démographie médicale 2005, Rapport ONDPS 2004.

Evaluation de satisfaction des patients⁴³: Patients très satisfaits « confiance » -« enrichissant » - « se met à la portée » -« dialogue » - « il faut que cela dure ».

Evaluation Socio organisationnelle⁴⁴

« Les infirmières construisent des consultations permettant de comprendre ce qui bloque la construction de la santé par le patient, et d'explorer de nouveaux chemins ».

« Les patients ASALEE gagnent sur les deux tableaux : ils voient que leurs examens sont programmés régulièrement et leur traitement réajusté par le médecin. Ils disposent avec l'infirmière d'un espace gratuit d'écoute et de soutien à la construction de leur santé ».

« ASALEE est efficient dans le dépistage et le suivi du diabète, le dépistage du cancer du sein améliorant le taux de mammographie effectué, le dépistage du cancer du col et dans le repérage des troubles cognitifs ».

Évaluation Médico-économique⁴⁵:

« Le taux de réalisation de tous les examens de suivi du diabète de type 2 est significativement plus élevé dans ASALEE, et ce de façon stable dans le temps. »

Evaluation coûts : « Nous ne constatons pas une dépense totale (libérale ou ambulatoire et hospitalière) significativement plus élevée dans ASALEE ».

Evaluation Economique⁴⁶ :

« Il existe une économie relative de la consommation de soins de 10 % dans la population suivie par rapport au groupe témoin qui est reconduite la deuxième année ».

« Plus d'examens mais moins d'hospitalisations aiguës »

En avril 2008, la HAS publie une recommandation portant sur les coopérations entre professionnels de santé⁴⁷ qui acte la réalité de la diversification de l'activité au sein des coopérations ASALEE. Une typologie des nouvelles formes de coopération selon la nature de l'intervention et celle des compétences partagées est proposée : ASALEE mobilise des compétences étendues (et non spécifiques) pour des interventions ciblées dans la prise en charge (et non globales).

⁴³ Questionnaire validé par la HAS, remis au patient après chaque contact avec l'infirmière déléguée de santé publique.

⁴⁴ Département d'ergonomie de la Faculté de Bordeaux (juillet 2007). Pr Daniélou : entretiens avec les infirmières, les patients, observation du travail des infirmières

⁴⁵ IRDES (2007) Y. Bourgueil, Ph. Le Fur, A. Marek, J. Mousques, E. Ylmaz sur la cohorte des patients diabétiques

⁴⁶ Service d'Economie du Conservatoire des Arts et Métiers (2009) J Kervasdoué L Hartmann J.M Mace G Saporta

⁴⁷ Recommandation HAS en collaboration avec l'ONDPS (2008) : Délégation, transferts, nouveaux métiers...Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ?

En juillet 2010, la HAS publie un guide⁴⁸ qui attire l'attention sur les points suivants :

- La difficulté de maintenir la coopération dans un périmètre trop contraint : certains cabinets ne se contentent pas d'exécuter les protocoles, mais essaient des choses en marge des protocoles (ex. : examen de pied des diabétiques). Si un cadrage très ferme est nécessaire dans la phase de mise en place, une place doit ensuite être réservée aux initiatives, avec un encadrement et un suivi collectif, afin de favoriser l'émergence sécurisée des « bonnes idées qui méritent d'être généralisées ». Cela implique qu'il existe un espace où peuvent se développer des controverses entre plusieurs acteurs et plusieurs logiques, avec un mécanisme de décision qui permette éventuellement l'expérimentation : *« Cela nous amène à admettre que ces projets peuvent être initiés sans disposer d'un corpus définitif de protocoles et de procédures régissant toutes les dimensions des pratiques collaboratives, dans la mesure où le périmètre et le contenu des pratiques inscrites dans l'espace de la collaboration peuvent connaître des reconfigurations ».*
- **L'importance d'un travail en équipe et d'une relation de confiance partagée entre médecins et professionnels experts** : Le travail en équipe, marquant la construction d'une véritable coopération, est ressenti comme un atout fort d'efficacité (sécurisation de l'acte exploratoire, double regard sur la pathologie et la santé du patient, apprentissages mutuels, processus de réassurance). Cette notion d'équipe met en avant d'une part, l'importance de la coopération, **il ne s'agit pas de la simple juxtaposition de compétences différentes** ; d'autre part, **la distinction et la valorisation de cœurs de métiers différents, les professionnels de santé experts ne se présentant pas comme des « médecins bis ».**
- Rôle de l'infirmière de santé publique en médecine générale « ASALEE » : **Consultation par l'infirmière au cabinet médical : prévention, éducation à la santé et éducation thérapeutique du patient** (Expérimentations d'interventions ciblées (prévention et dépistage))

1.1.3 La loi du 21 juillet 2009 « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » encadre l'éducation thérapeutique du patient, l'obligation de formation de 40h s'applique à l'ensemble des infirmiers ASALEE sans obérer l'importance de l'entretien motivationnel

Encadrée par la loi du 21 juillet 2009, l'éducation thérapeutique du patient (ETP) s'inscrit dans le parcours de soins du patient et a pour objectif de le rendre plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et d'améliorer sa qualité de vie.

*« L'évolution de la médecine, des attentes des patients et de leur entourage, sont à l'origine d'un changement des pratiques, incluant l'éducation thérapeutique et, contribuant ainsi à redessiner le nouveau paradigme de la santé, dans un contexte de **développement de la démocratie sanitaire**. La progression des maladies chroniques a contribué à une meilleure connaissance des déterminants et des comportements de santé. **Le facteur pronostique majeur mentionné dans l'ensemble des contributions scientifiques concerne l'implication du patient dans son projet thérapeutique.** L'objectif est en conséquence de maintenir et d'améliorer la qualité de vie du patient ou de la personne en s'appuyant sur plusieurs concepts et outils « empowerment », « care », accompagnement,... »⁴⁹*

⁴⁸ HAS (2010) Coopération entre professionnels de santé- Guide méthodologique - Tome 1 « Conditions de succès et retour sur les expérimentations de 2004 à 2007 »

⁴⁹ Préambule de l'AVIS relatif à la mise en œuvre de l'éducation thérapeutique du patient depuis la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) d'octobre 2015

Les équipes de coopération médecins-infirmiers délégués à la santé publique ASALEE ne répondent pas aux caractéristiques des programmes d'éducation thérapeutique, autorisés par les ARS. Cependant le rapport du Haut Conseil de la santé publique ⁵⁰ relève que leurs pratiques « *aménagent l'éducation thérapeutique pour la ville* ».

L'association applique aux infirmiers délégués à la santé publique les mêmes obligations que les professionnels des programmes d'éducation thérapeutique à savoir une formation de 40 heures qui doit être faite avant la prise de poste.

L'association est particulièrement attachée à la formation des infirmiers à l'entretien motivationnel. Une thèse récente⁵¹ de médecine illustre cet intérêt : « *Les bons résultats motivent le patient (amélioration ou stabilisation des analyses biologiques, perte de poids etc...) dans une dynamique de **renforcement positif**, concept utilisé en entretien motivationnel par exemple, défini par William R. Miller et S. Rollnick, psychologues et professeurs d'université aux Etats-Unis et au Royaume-Uni comme un style de conversation collaboratif pour renforcer la motivation propre d'une personne et son engagement vers le changement.. Ce renforcement positif est également un des outils de l'ETP* ».

1.1.4 En 2010, l'OCDE⁵² décrit les infirmiers ASALEE « *en pratique avancée dans le domaine des soins primaires, menant notamment des consultations avancées d'éducation à la santé* »

Après avoir précisé que la mise en œuvre de loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) de 2009 (article 51), récente à ce moment-là, sur le versant des coopérations professionnelles « *n'est pas simple et se heurte à des difficultés* », les expérimentations dites « *Berland* » sont rappelées et en particulier la coopération médecin-infirmier ASALEE :

- **Description des rôles avancés infirmiers dans le cadre des projets pilotes :**
 - Plusieurs expérimentations impliquant des pratiques avancées pour les infirmières, dans le domaine hospitalier mais aussi dans le domaine des soins primaires, ont été tentées au cours des dernières années dans les champs suivants :
 - Infirmières expertes en cabinet de soins en ville (Action de Santé Libérale En Equipe « ASALEE ») qui mènent notamment des consultations avancées portant sur l'éducation à la santé .../...
- **Evaluation :**
 - Expérience de coopération entre les médecins généralistes et les infirmières en rôle avancé pour le suivi de patients diabétiques dans le secteur primaire :
 - Les infirmières ont obtenu de meilleurs résultats que pour le groupe témoin sans intervention d'infirmières.
 - Ce modèle de coopération est efficient d'après les évaluateurs. L'éducation thérapeutique dispensée par les infirmières auprès des malades permet d'améliorer la santé du malade (amélioration de son équilibre glycémique).

⁵⁰ Idem

⁵¹Thèse de médecine générale Ida ETCHEGOYEN ; Laurie PAGADOY ; Clément SCHUCK « Ressenti des médecins généralistes, infirmières et patients sur le protocole ASALEE dans les Landes : évaluation qualitative croisée par méthode focus group » décembre 2020

⁵² Documents de travail de l'OCDE sur la santé No. 54. « Les pratiques infirmières avancées : Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés »

- La gestion des données concernant les patients par l'infirmière (partie administrative des tâches) permet aussi d'améliorer le suivi du patient.
- Cette coopération n'a pas entraîné de changement dans le nombre de consultations par médecin et il n'a pas été prouvé que les médecins passent plus de temps sur les cas complexes.
- Les coûts sont équivalents : aucune différence significative n'a été relevée (Mousquès et al, 2010).

1.1.5 L'avis favorable de la HAS à la demande de l'association ASALEE d'évolution vers un protocole de coopération en 2012 sera suivi d'un accès à un financement pérenne à partir de 2019 (LFSS de 2018)

La loi HPST de 2009 contient un article 51 qui pose le principe général de coopération entre professionnels de santé permettant le transfert d'activités, actes de soins ou la réorganisation des modes d'intervention des professionnels de santé auprès du patient. L'association ASALEE dépose une demande en 2011.

L'avis favorable du 22 mars 2012 de la HAS porte sur le « protocole de coopération ASALEE *« Travail en équipe Infirmier délégué à la santé populationnelle (IDSP) et MG pour l'amélioration de la qualité des soins et l'allocation optimisée de la disponibilité des « professionnels de santé ».*

Les actes dérogatoires aux conditions légales d'exercice des infirmiers sont dorénavant autorisés :

- **Suivi du patient diabétique de type 2** incluant rédaction et signature de prescriptions des bilans biologiques et ophtalmologiques réguliers, prescription et réalisation des électrocardiogramme (ECG), prescription, réalisation et interprétation des examens des pieds,
- **Suivi du patient à risque cardiovasculaire** incluant prescription et réalisation des ECG,
- **Suivi du patient tabagique à risque de BPCO**, incluant prescription, réalisation et interprétation de la spirométrie,
- **Consultation de repérage des troubles cognitifs** par réalisation de test mémoire, pour les personnes âgées.

Outre ces activités dérogatoires, les infirmiers réalisent une activité de repérage des patients dans le système d'information du cabinet et de gestion de certains aspects de leurs dossiers médicaux (gestion des rappels pour les bilans par exemple) ainsi que des consultations individuelles d'éducation thérapeutique. Ils participent aux campagnes collectives de dépistage des cancers.

De plus, les interventions individuelles s'enrichissent d'interventions collectives (activité physique et remise en mouvement, accompagnement à la marche quotidienne, comme alternative thérapeutique. Aussi, quand les médecins deviennent médecins traitants des enfants et mineurs, là où la prévalence le justifie, une capacité d'accompagnement de l'enfant en surpoids se met en œuvre⁵³ ainsi que le suivi des addictions, troubles du sommeil et sevrage tabagique.

A partir de 2012, l'extension du dispositif devient nationale, via son intégration à l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR) en tant que module de délégation de tâches. Le dispositif ASALEE se développe alors largement dans les maisons de santé pluri professionnelles

⁵³ Contribution de l'association ASALEE adressée à la mission (septembre 2021)

(MSP) et les centres de santé bénéficiaires des expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR).

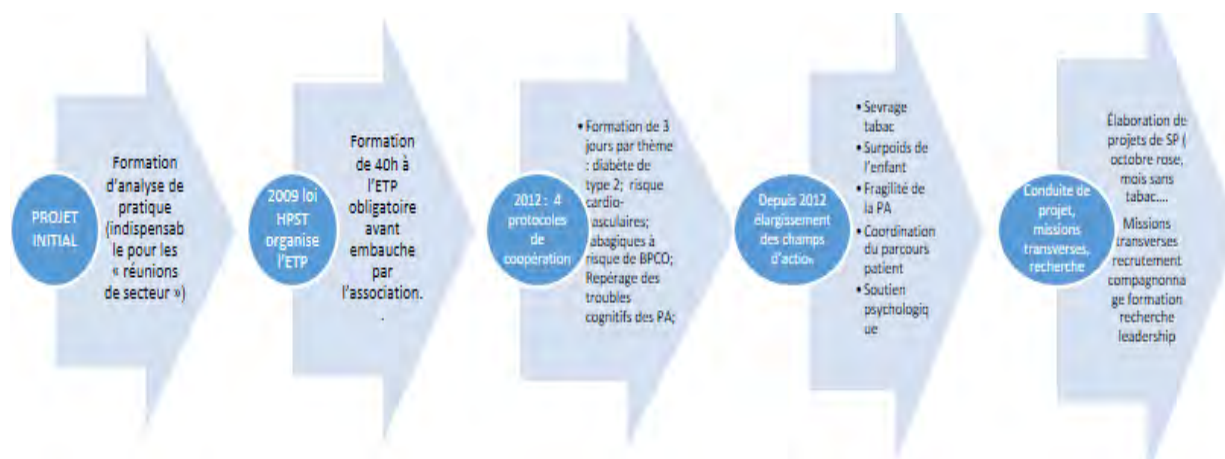
A partir de 2015 et pour trois ans, ce financement est repris par le Collège des financeurs (MSS et principaux assureurs sociaux). Le plafond d'effectifs d'infirmiers est maintenu à hauteur de 167 Equivalents temps pleins (ETP), 50 ETP infirmiers supplémentaires étant prévus en 2016 et 50 en 2017. Au 31 décembre 2017, le dispositif ASALEE concerne 533 infirmiers, représentant 267 équivalents temps plein, exerçant dans 753 cabinets avec 1 959 médecins.

La loi de financement de la sécurité sociale 2018 prévoit désormais un financement d'ASALEE dans le cadre du droit commun *via* l'enveloppe de gestion des risques. À partir de 2019, la CNAM finance directement le dispositif sur la base d'un régime pérenne⁵⁴. ASALEE dispose d'un mandat d'exécution pour rémunérer les salaires et charges des infirmiers salariés ou l'équivalent de leur traitement en honoraires bruts. La convention prévoit aussi les indemnités perçues par les médecins et la charge de support.⁵⁵

En application de la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé et de la loi du 7 décembre 2020, le protocole de coopération « ASALEE » est autorisé sur le territoire national. Les structures d'emploi ou d'exercice sont tenues de déclarer auprès de l'agence régionale de santé territorialement compétente chaque membre de l'équipe volontaire pour mettre en œuvre le protocole « ASALEE »⁵⁶

1.1.6 La formation des infirmiers délégués à la santé publique se diversifie et accompagne l'évolution de l'offre d'accompagnement des patients

Schéma 1 : Synthèse des enseignements thématiques



Source : Mission

⁵⁴ L'assurance maladie a versé à l'association ASALEE en 2020 un montant total de 45 819 974 €.

⁵⁵ HCSP, juillet 2018, Place des offreurs de soins dans la prévention Rapport.

⁵⁶ Arrêté du 1er mars 2021 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « ASALEE : travail en équipe infirmiers délégué(e)s à la santé populationnelle & médecins généralistes pour l'amélioration de la qualité des soins et l'allocation optimisée de la disponibilité des professionnels de santé sur le territoire concerné »

1.1.7 En 2014, la pratique ASALEE est perçue, par un représentant du ministère de la Santé, comme préfigurant la pratique avancée infirmière en France. En 2021, l'association emploie des IPA ASALEE

Pour l'association ASALEE, depuis 2004, la pratique des infirmiers ASALEE a évolué tout en restant ancrée dans le travail en équipe avec le médecin et s'est enrichie d'un savoir expérimentiel :

- L'analyse de pratique : les réunions de secteur toutes les six semaines ;
- Les concertations RCP autant que nécessaires avec le médecin ;
- La coordination de facto de parcours complexes de certains patients ;
- L'éducation thérapeutique du patient, aspect fondamental de l'exercice, s'est enrichie de nouvelles méthodes (*infirmière experte en éducation à la santé, en complémentarité avec les compétences médicales*) ;
- Les quatre protocoles de coopération ont permis aux infirmiers ASALEE d'expérimenter de nouvelles responsabilités dans un champ dérogatoire (*partage de compétence, subsidiarité et travail en équipe*) sur des questions de santé essentielles dans le domaine des maladies chroniques ;
- Implication dans le management d'équipe, le compagnonnage, le leadership ;
- Implication dans la formation et la recherche (les équipes ASALEE sont souvent sollicitées comme terrain de stage pour les élèves IPA).

Les jeunes diplômés IPA ASALEE sont encore trop peu nombreux pour pouvoir réaliser une évaluation. Les premières observations de la répartition du travail entre infirmier IPA (salarié ou non de l'association) et l'infirmier ASALEE sont extrêmement variables. Parfois la mission de suivi chronique stabilisé échoit à l'IDE ASALEE et l'IPA œuvre dans le champ des parcours complexes, parfois c'est l'inverse : « *Dans tous les cas, l'épanouissement de l'IPA ASALEE reste de leur avis même autour de l'ETP ou l'entretien motivationnel enrichi le cas échéant d'aspect clinico-biologique, beaucoup plus que l'aspect bio-clinique qui ferait de l'IPA selon leur propre terme un « sous-médecin généraliste* ».

1.2 Le dispositif compose avec un environnement professionnel, syndical et institutionnel complexe voire hostile

L'IRDES⁵⁷ constate que durant les premières années du développement des équipes ASALEE (portées initialement par l'Union régionale des médecins libéraux de Poitou-Charentes), l'« *extension du dispositif s'est faite via le relais de médecins militants appartenant au réseau syndical MG France, avec l'aval de la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF)*. Aujourd'hui, les médecins ne sont pas engagés individuellement comme les infirmières, mais en tant que membres d'un cabinet candidat au dispositif. »

Les syndicats d'infirmiers libéraux ont exprimé leur désaccord. Un communiqué de presse de la Fédération Nationale des Infirmiers (FNI) de janvier 2011 reprend l'analyse commune de la FNI, de l'organisation nationale des infirmiers libéraux (ONSIL) et de convergence infirmière (CI) sur le projet ASALEE : « *Parmi les expérimentations de transfert de tâches d'Yvon Berland, le projet ASALEE est la seule expérimentation se rapportant aux soins de ville. Elle consistait à salarier des infirmières au*

⁵⁷ Questions d'économie de la santé n°232/Avril 2018 « ASALEE : un espace de transformation des pratiques en soins primaires »

sein des cabinets de médecins généralistes afin que ces derniers disposent de plus de « temps médical utile ». Seul le Sniil a cautionné avec le syndicat de médecins MG France cette expérimentation qui préfigurait la bascule vers le salariat des infirmières libérales. L'ONSIL et CI se sont ralliés à la position de la FNI qui s'est opposée à la généralisation de cette expérimentation sur tout le territoire et a obtenu l'arrêt de son financement par le FAQSV ».

En 2015, le portage médical du dispositif et de son évolution a suscité des réactions du Sniil. L'extension aux Pays de la Loire a conduit l'ORS à réaliser une enquête auprès des médecins généralistes⁵⁸ publiée en 2014. Dans la réaction à la publication des résultats de l'enquête d'opinion des médecins par le Syndicat National des Infirmières et Infirmiers Libéraux (Sniil), il est précisé :

- *« Au sein de cette enquête, c'est bien, de nouveau, à des médecins que l'on demande de se prononcer sur l'avenir de la profession infirmière... alors que jamais encore on ne l'a demandé aux infirmières elles-mêmes ».*
- *« Sensée avoir pour sujet la « coopération entre professionnels de santé », l'étude de l'ORS propose ainsi aux médecins de dire s'ils sont, ou non, favorables au rattachement au cabinet médical d'une infirmière « rémunérée par un forfait de l'Assurance Maladie ». Transformée, sans qu'on ne lui ait rien demandé en tâcheronne corvéable à merci et payée par la Sécu, l'infirmière voit alors son travail imposé par les médecins via des « délégations de tâches ». Parmi elles : la « surveillance de la tension artérielle », « l'éducation thérapeutique du patient diabétique ou asthmatique » ou encore « l'éducation nutritionnelle »*
 - *« Tous les actes cités pour être délégués aux infirmières font déjà **partie intégrante de leur rôle propre**. Autrement dit, les libérales n'ont pas besoin d'une « délégation de tâches » pour pouvoir, déjà, les pratiquer en toute autonomie... »*
- *« Illustration de l'attitude des pouvoirs et institutions publiques vis-à-vis de la profession de santé la plus nombreuse en France et la plus proche des patients :*
 - *Le Ministère n'accorde des entretiens au sujet de la prochaine loi de Santé qu'aux syndicats de médecins généralistes...*
 - *Le groupe de travail chargé d'élaborer le référentiel du métier d'infirmier en pratiques avancées au sein du Ministère de la Santé n'est pas piloté par une infirmière... mais par un membre de la Direction Générale de l'Offre de Soins et un médecin généraliste*
 - *Depuis 2012, le Ministère de la Santé a commandé sept études sur la profession de médecin généraliste à la DREES, contre deux seulement pour les dentistes, une pour les sages-femmes et les métiers de la rééducation... et zéro pour les infirmières. Ce qui a pour conséquence immédiate une totale ignorance du métier infirmier ».*

En avril 2018, lors du congrès de médecine générale, une intervention portait sur la comparaison entre infirmière IPA et infirmière ASALEE (durée de formation, rémunération au forfait versus salariat...), la FNI a réagi aux différents échanges⁵⁹ :

⁵⁸ Panel en médecine générale - 2010-2012 - pays de la Loire 10 intégration d'infirmiers au sein de cabinets de médecine générale > l'opinion des médecins généralistes des pays de la Loire

⁵⁹ <https://www.fni.fr/ipa-asalee-le-dessous-des-cartes/>

- « Les médecins auraient exprimé plutôt un besoin de « **secrétaires en pratique avancée et des assistants de cabinet médical** ». Aux premières, la prise de rendez-vous, l'accueil, la gestion des dossiers et la coordination des professionnels de santé dans les parcours, aux secondes – dont le profil serait « variable », c'est-à-dire soit infirmier, soit aide-soignant – les différentes tâches concernant l'installation du patient en salle de soins, le recueil des paramètres et celui des résultats d'examen afin de compléter les dossiers du patient ».
- « C'est pourquoi les IDEL doivent rester plus vigilants et unis que jamais pour défendre leur profession, éviter le morcellement des soins et la mise sous tutelle: Non, les infirmiers libéraux ne doivent pas devenir des sous-secrétaires ni des assistants dociles au service des médecins généralistes. Sachons défendre notre métier et le rappeler.../... »

L'IRDES analyse ces questions ainsi : « l'hostilité des syndicats infirmiers au salariat a conduit le dispositif à offrir également la possibilité d'une rémunération sous forme d'honoraires. D'où le paradoxe, pour surmonter ces oppositions, d'un développement « masqué » pendant les premières années (absence de site Internet et peu de communication), contrastant avec une forte dynamique infirmière. Celle-ci, portée dès l'origine par les « réunions de secteur », est devenue plus visible à partir de 2015, lors des journées nationales réunissant médecins et infirmières ASALEE ».

2 Les propositions d'organisation de la formation à la pratique avancée des Infirmières déléguées à la santé populationnelle et de l'exercice des IPA au sein de l'association ASALEE

2.1 L'association ASALEE estime que plus de la moitié des IDE ASALEE seraient intéressées par le master IPA

L'association suggère des mesures telles que les conditions d'accès, d'exercice pendant et après à revisiter et à accompagner et que la VAE soit facilitée pour les IDE ASALEE :

- Favoriser les lieux d'implantation ASALEE comme terrain de stage IPA ;
- Développer des actions de formations en situation de travail (AFEST)⁶⁰ qui pourraient être agréées sur certains éléments, et certifiées. Pour l'association ASALEE « cela allégera le travail d'appropriation enseigné au moment de la phase théorique ».
- Accompagner les infirmières ASALEE à la constitution d'un dossier en vue d'une VAE (validation des acquis et de l'expérience) ou d'une VAPP (validation des acquis professionnels et personnels) ou encore d'une certification de la pratique.
 - Valoriser l'analyse de la pratique professionnelle (APP) qui est pratiquée en continu dans le dispositif ASALEE (réunions de secteur toutes les 6 semaines)
 - Valoriser le travail en équipe et en exercice coordonné (en s'appuyant sur une action de formation en situation de travail (AFEST) ?)

La reconnaissance mutuelle entre le médecin et l'infirmière (ASALEE ou IPA) est un préalable à la coopération, « c'est un point clé de la formation de l'équipe ». La formation en exercice coordonné en équipe médecin-infirmière consiste en l'organisation de « consultations à 3 » (avec l'accord du patient) afin de connaître l'exercice de l'autre avec ses contraintes et ses exigences pratiques...Ceci

⁶⁰ <http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/action-de-formation-en-situation-de-travail-afest-a1827.html>

doit être reconnu dans le cursus universitaire et les infirmières ASALEE doivent pouvoir accéder à une VAE sur ce thème.

2.2 L'association considère l'implantation de la pratique avancée dans le dispositif ASALEE comme une continuité et une évolution pour mieux faire face aux enjeux de santé (chronique, publique, mentale, sociale)

Il s'agit de conjuguer - une approche fondée sur la réponse aux demandes des patients par l'ETP incluant l'entretien motivationnel - une approche fondée sur la réponse aux besoins des professionnels, besoins qui sont personnes et territoires dépendants (approche adhocratique, qui se joue en équipe) - et soutenue par une organisation qui laisse une large autonomie et capacité de création aux équipes de leur propre accompagnement (approche holocratique).

3 Un exemple d'organisation et de répartition des missions entre une infirmière ASALEE et une IPA au sein d'une même MSP

Au sein d'une MSP de taille importante (onze médecins), une infirmière en pratique avancée et une infirmière déléguée à la santé populationnelle (ASALEE) travaillent en exercice coordonné avec l'ensemble des professionnels et plus particulièrement le médecin.

Elles ont préparé une présentation commune de leurs deux métiers en suivant le même plan (domaine d'intervention, compétences...) et en se centrant ensuite sur des situations cliniques qui permettent d'illustrer différentes possibilités (intervention de l'une ou l'autre ou des deux (exemple donné oralement : un patient suivi par l'IPA présente un tabagisme, il souhaite arrêter de fumer, l'IPA lui propose de consulter l'IDE ASALEE pour poursuivre spécifiquement l'accompagnement à l'arrêt du tabagisme et elle poursuivra le suivi général, en lien avec le médecin...)

L'adressage vers l'une ou l'autre ou les deux (en exercice coordonné) dépendra des besoins du patient (éducatifs, suivi...), du contexte (sortie d'hospitalisation...) et des critères d'inclusion en lien avec les 4 protocoles ASALEE pour IDSP ou le domaine d'intervention concerné pour l'IPA en soins primaires (selon la mention PCS IPA)

Intérêts et objectifs d'un exercice coordonné IPA – Infirmière ASALEE :

- Harmoniser l'accès aux soins de l'ensemble la patientèle de la MSP
- Améliorer la qualité de la PES globale des patients en valorisant de nouvelles compétences paramédicales = s'inscrire dans un processus d'innovation
- Fluidifier et sécuriser le parcours santé du patient
- Faciliter le suivi des patients chroniques
- Faciliter l'accompagnement de situations médico-sociales complexes

Les objectifs étant :

- Conforter une réflexion d'équipe - harmonisation
- Travailler en complémentarité au service du patient

Quelques illustrations :

L'activité clinique d'un Infirmier en Pratique Avancée

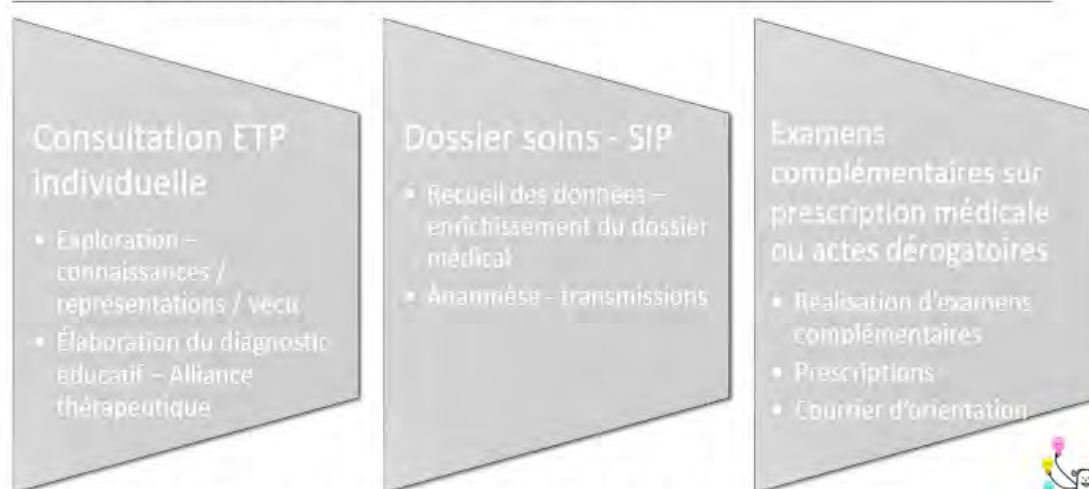


Pour le patient, vers une meilleure connaissance de sa maladie et de ses traitements.



Source : Maison de Santé Pluri professionnelle Laennec à Saint Nazaire

L'activité clinique d'un IDSP Asalée:



Pour le patient, vers une meilleure connaissance de sa maladie, et de ses traitements.



Source : Maison de Santé Pluri professionnelle Laennec à Saint Nazaire

ANNEXE 6 : Éléments de réflexion de la mission pour qualifier et grader des pratiques intermédiaires

Le véritable enjeu derrière les sujets traités par cette mission est l'émergence de pratiques et de formes d'exercice « intermédiaires » qui placent certains professionnels auparavant considérés comme "auxiliaires médicaux" au-delà des compétences « paramédicales » (enjeu d'émancipation) sans atteindre (ni revendiquer) pour autant l'autonomie complète d'exercice d'un professionnel "médical". Toute la difficulté doctrinale consiste à identifier des critères et définitions pertinents pour qualifier et grader les différentes situations.

Au vu des observations et analyses réalisées par la mission, les critères de qualification de différents degrés de pratiques « intermédiaires » gagneraient à être enrichis pour embrasser toute la diversité des situations et des aspirations existant aujourd'hui.

- L'axe des compétences et du pouvoir décisionnel : Jusqu'où le professionnel peut-il décider par lui-même ?

La distinction s'opère principalement sur les deux compétences proprement médicales que sont le diagnostic et le traitement (les autres compétences telles que la prévention ou l'éducation thérapeutique, non couvertes par le « monopole médical », sont en principe partagées, voire font l'objet d'un monopole particulier dans le cadre d'un rôle propre reconnu à certains professionnels paramédicaux) :

Différents degrés de contribution à l'examen du patient et l'analyse diagnostic
Réalisation de tests ou prise de mesures standardisés
Evaluation du patient/détection d'un état pathologique
Prescription d'examens complémentaires
Pré-diagnostic (interprétation de résultats d'examens)
Primo-diagnostic avec renvoi vers une expertise complémentaire pour préciser/confirmer
Diagnostic complet et définitif

Différents degrés de contribution à la décision et l'action thérapeutique
Exécution de la décision thérapeutique (Réalisation de soins, administration de médicaments prescrits)
Mise en œuvre avec adaptation possible de la décision thérapeutique (Renouvellement ou adaptation d'une prescription médicale initiale)
Interprétation/enrichissement de la décision thérapeutique (Bilan complémentaire)
Décision thérapeutique complète et définitive (primo-prescription de produits ou soins soumis ou non à prescription médicale obligatoire)

- L'axe de l'autonomie interventionnelle : A quelle distance spatiale ou temporelle doit se situer le médecin à qui le professionnel peut ou doit avoir recours s'il ne peut pas décider lui-même ?

Différents degrés d'autonomie interventionnelle
Sous la conduite et en présence du médecin
Sous supervision et à proximité du médecin
En l'absence du médecin mais dans le respect de consignes d'intervention précises et explicites
En l'absence du médecin avec une capacité d'initiative dans un champ limité ou dans le cadre d'une stratégie générale établie par lui et sous réserve de compte-rendu a posteriori et avec devoir d'en référer à lui si besoin
En l'absence du médecin et en autonomie

- L'axe de l'indépendance d'accès à la patientèle (place dans le parcours de soin) : le patient peut-il consulter le professionnel en premier recours ? Si non, comment accède-t-il au professionnel ? Peut-il choisir le professionnel qui s'occupe de lui ?

Différents degrés d'indépendance d'accès à la patientèle
Patient accessible uniquement en présence du médecin (le professionnel présent au côté du médecin s'impose au patient)
Patient confié par le médecin (le patient ne peut consulter que les professionnels recommandés par le médecin)
Patient partagé dans le cadre d'un exercice coordonné ou d'un protocole de coopération (le patient choisit le professionnel dans une liste de professionnels liée au médecin)
Patient adressé par prescription ⁶¹ (le patient ne peut pas voir le professionnel sans prescription)
Patient adressé par lettre dans le cadre d'un parcours coordonné (le patient peut voir le professionnel sans adressage préalable mais il subit des pénalités de remboursement)
Accès direct en premier recours

- L'axe du risque et de la responsabilité assumés :

Cet axe est complexe à analyser car il nécessite de qualifier à la fois la gravité et l'urgence de la condition initiale du patient, la perte de chance que peut représenter pour la patiente une absence de diagnostic mais aussi la dangerosité du traitement lui-même.

Gravité de la condition initiale du patient
Situation physiologique
Situation pathologique mettant en jeu le bien-être du patient (le soin améliore la situation mais celle-ci peut se résorber ou perdurer sans soin)
Situation pathologique mettant en jeu la santé du patient (en l'absence de soin, la situation du patient risque de se dégrader)
Situation mettant en jeu la vie du patient (en l'absence de soin, le patient peut mourir)

Le degré d'urgence s'apprécie, indépendamment de la gravité, en fonction de la plus-value qu'apporte une intervention rapide par rapport à une intervention plus tardive. L'urgence peut être plus importante sur une situation physiologique (ex.: contraception) ou bénigne que sur une situation mettant en jeu la vie du patient (ex.: cancer à évolution lente).

⁶¹ Il est intéressant de constater qu'en pratique, le système de prescription offre une plus grande indépendance au professionnel et une plus grande liberté de choix au patient que le système du patient "confié" qui a été mis en place pour les IPA.

Degré de dangerosité de l'intervention pour le patient
Administration d'un produit non-dangereux (médicament non soumis à prescription médicale), examen non-invasif, soin de rééducation sans manipulation, appareillage externe
Administration d'un produit pouvant dégrader la situation du patient (médicament soumis à prescription médicale), examen invasif, manipulation ou appareillage pouvant dégrader la situation du patient
Administration d'un produit dangereux, acte pouvant blesser le patient ou mettre sa vie en péril

Au final, le caractère plus ou moins "avancé" d'une pratique ou d'un exercice professionnel s'apprécie donc au regard d'un faisceau d'indices plus ou moins concordants entre eux.

ANNEXE 7 : Exemple de modifications législatives nécessaires pour transformer les IPA en profession

- Proposition de rédaction du projet :

Rédaction actuelle	Rédaction proposée
<u>Partie législative</u> <u>Quatrième partie : Professions de santé</u> <u>Livre III : Auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires</u> Titre Ier : Profession d'infirmier ou d'infirmière Chapitre Ier : Règles liées à l'exercice de la profession Chapitre II : Organisation de la profession et règles professionnelles Section 1 : Ordre national des infirmiers Article L4312-1 Il est institué un ordre national des infirmiers groupant obligatoirement tous les infirmiers habilités à exercer leur profession en France.	Titre Ier : Professions d'infirmiers Chapitre Ier : Profession d'infirmier diplômé d'Etat (Articles L4311-1 à L4311-29 sans changement) Chapitre I bis : Profession d'infirmier en pratique avancée. Art L4311-30 : L'infirmier exerçant en pratique avancée dispose de compétences élargies validées par un diplôme d'Etat en pratique avancée selon les dispositions de l'article L4301-1 du présent code. L'infirmier exerçant en pratique avancée apporte son expertise et participe, en collaboration avec l'ensemble des professionnels concourant à la prise en charge du patient, à l'organisation des parcours entre les soins de premier recours, les médecins spécialistes de premier ou deuxième recours et les établissements et services de santé ou médico-sociaux. (Optionnel) Art L4311-31 : La profession d'infirmier ou d'infirmière en pratique avancée comprend : - Des infirmiers praticiens en pratique avancée ; - Des infirmiers en pratique avancée spécialisée. <i>Un décret en conseil d'Etat pris après avis de l'Académie nationale de médecine et des représentants des professionnels de santé concernés précise les modalités d'intervention et domaines d'exercice de ces deux catégories d'infirmiers en pratique avancée.</i> Chapitre II : Organisation de la profession et règles professionnelles Section 1 : Ordre national des infirmiers Article L4312-1 Il est institué un ordre national des infirmiers groupant obligatoirement tous les infirmiers habilités à exercer leur profession en France. (Optionnel)

L'ordre national des infirmiers veille à maintenir les principes éthiques et à développer la compétence, indispensables à l'exercice de la profession. Il contribue à promouvoir la santé publique et la qualité des soins. Le conseil national de l'ordre prépare un code de déontologie, édicté sous forme d'un décret en Conseil d'Etat. Ce code énonce notamment les devoirs des infirmiers dans leurs rapports avec les patients, les autres membres de la profession et les autres professionnels de santé. Conformément aux dispositions de l'article L. 4061-1, les infirmiers relevant des dispositions de l'article L. 4138-2 du code de la défense ne sont inscrits à aucun tableau de l'ordre. Section 2 : Conseils départementaux Section 3 : Conseils régionaux Section 4 : Conseil national Section 5 : Dispositions communes Section 6 : Dispositions diverses Chapitre III : Dispositions disciplinaires. (Abrogé) Chapitre IV : Dispositions pénales (Articles L4314-1 à L4314-6)	<i>L'ordre national des infirmiers comporte deux sections dans lesquelles les infirmiers sont répartis de la manière suivante :</i> <i>Section A : infirmiers diplômés d'Etat mentionnés aux articles L4311-1 à L4311-29 du présent Code ;</i> <i>Section B : infirmiers en pratique avancée mentionnés aux articles L4311-30 à L4311-31 du présent Code.</i> L'ordre national des infirmiers veille à maintenir les principes éthiques et à développer la compétence, indispensables à l'exercice de la profession. Il contribue à promouvoir la santé publique et la qualité des soins. Le conseil national de l'ordre prépare un code de déontologie, édicté sous forme d'un décret en Conseil d'Etat. Ce code énonce notamment les devoirs des infirmiers dans leurs rapports avec les patients, les autres membres de la profession et les autres professionnels de santé. Conformément aux dispositions de l'article L. 4061-1, les infirmiers relevant des dispositions de l'article L. 4138-2 du code de la défense ne sont inscrits à aucun tableau de l'ordre. Section 2 : Conseils départementaux Section 3 : Conseils régionaux Section 4 : Conseil national Section 5 : Dispositions communes Section 6 : Dispositions diverses Chapitre III : Dispositions disciplinaires. (Abrogé) Chapitre IV : Dispositions pénales (Articles L4314-1 à L4314-6)
---	--

Source : Mission

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

Art 1 - I. A l'article L4301-1. I., après le 1°c), est ajouté l'alinéa d) suivant : "En lien avec leur domaine de compétence et en cohérence, le cas échéant, avec la stratégie thérapeutique, certaines prescriptions soumises à prescription médicale."

II. Le premier alinéa du II. du même article est complété par les mots : " ou d'un diplôme équivalent dont la liste est précisée par arrêté du ministre en charge de la Santé."

Art 2 - Le titre Ier du livre III de la IVe partie est renommé : "Les professions d'infirmiers"

Art 3 - I. Le chapitre Ier du Titre susmentionné est renommé : "Profession d'infirmier diplômé d'Etat"

II. Après l'article L4311-29, est inséré un chapitre I bis intitulé : "Profession d'infirmiers en pratique avancée"

III. Au sein de chapitre I bis, sont insérés les articles suivants :

"Art L4311-30 : L'infirmier exerçant en pratique avancée dispose de compétences élargies validées par un diplôme d'Etat en pratique avancée selon les dispositions de l'article L4301-1 du présent code.

L'infirmier exerçant en pratique avancée apporte son expertise et participe, en collaboration avec l'ensemble des professionnels concourant à la prise en charge du patient, à l'organisation des parcours entre les soins de premier recours, les médecins spécialistes de premier ou deuxième recours et les établissements et services de santé ou médico-sociaux."

Si ces options sont retenues, ajouter à la suite de ces dispositions :

"Art L4311-31 : La profession d'infirmier ou d'infirmière en pratique avancée comprend :

- Des infirmiers praticiens en pratique avancée ;
- Des infirmiers en pratique avancée spécialisée.

Un décret en conseil d'Etat pris après avis de l'Académie nationale de médecine et des représentants des professionnels de santé concernés précise les modalités d'intervention et domaines d'exercice de ces deux catégories d'infirmiers en pratique avancée."

Art 4 - A l'article L4312-1, après le premier alinéa sont insérés les alinéas suivants :

"L'ordre national des infirmiers comporte deux sections dans lesquelles les infirmiers sont répartis de la manière suivante :

Section A : infirmiers diplômés d'Etat mentionnés aux articles L4311-1 à L4311-29 du présent Code ;

Section B : infirmiers en pratique avancée mentionnés aux articles L4311-30 à L4311-31 du présent Code."

ANNEXE 8 : Tendances d'évolution démographique de la population médicale et inégalités d'accès aux professionnels et aux soins

1 Même avec une augmentation significative du nombre de médecins, les problématiques d'accès aux médecins sont amenées à durer

Une étude de la DREES publiée en Mars 2021⁶² incite à relativiser l'amélioration à attendre en termes d'accès au soin du fait de l'augmentation importante des effectifs de jeunes médecins formés au cours des dernières années.

Cette étude rappelle d'abord que malgré le fort accroissement du *numerus clausus* depuis le début des années 2000⁶³, et l'intégration importante de praticiens à diplômes étrangers, les effectifs de médecins, tous modes d'exercice confondus, vont stagner à partir de 2022 jusqu'en 2030 (avec un creux marqué en 2028) et ne augmenteront numériquement, si les flux demeurent aussi importants⁶⁴, qu'à compter de 2031 avec une croissance annuelle moyenne des effectifs autour de +1,5 % par an en 2030 et 2050.

La DREES propose sur cette base, une projection de la densité médicale standardisée tenant compte non seulement de l'évolution démographique de la population mais de l'évolution prévisible de sa demande de soin au vu de ses caractéristiques socio-démographiques et des tendances observées en matière de santé publique. Selon cette étude, la densité médicale ne retrouvera son niveau actuel (c'est-à-dire un niveau fortement dégradé⁶⁵) qu'en 2035. La densité médicale se situerait à 309 médecins pour 100 000 habitants de 2022 jusqu'en 2030 (avec un creux en 2028) puis progresserait à nouveau jusqu'en 2050 (372 pour 100 000 habitants). Elle s'établirait à 339 médecins disponibles pour 100 000 habitants en 2020 et en 2021.

Pour ce qui concerne les généralistes libéraux, la densité médicale devrait subir une diminution de 6 % entre 2021 et 2028 et retrouver son niveau actuel (de 92,4 généralistes pour 100 000 habitants en 2022) en 2036. A supposer que la ventilation des places aux épreuves classantes nationales (ECN) reste identique à celle existant actuellement après 2033, la situation de cette spécialité devrait finalement connaître une amélioration avec 26 000 omnipraticiens supplémentaires attendus d'ici

⁶² Les dossiers de la DREES N° 76 - [Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? - Constat et projections démographiques](#) - Paru le 26/03/2021 Màj le 15/04/2021

⁶³ A son plus bas à 3500 étudiants admis en 1993, le *numerus clausus* a commencé à s'élargir significativement dès les années 2000 et avait déjà doublé son volume en 2007. Les effets de cette hausse se font déjà sentir sur les flux de médecins diplômés depuis 2017. Lors de sa suppression en 2020, il atteignait 9361.

⁶⁴ Le scénario tendanciel de la DREES est construit à comportements et législations constants, sur un flux moyen estimé de 8 700 étudiants admis en deuxième année et un flux de 1 200 praticiens diplômés à l'étranger qui commencent une activité en France chaque année. Ces flux, notamment le deuxième peuvent être modifiés par des facteurs comportementaux ou des contraintes exogènes (ex: limites des moyens de formation) qui rendent toute projection d'effectifs au-delà de 10 ans assez hasardeuse.

⁶⁵ Malgré la très forte augmentation du *numerus clausus* depuis les années 2000, la spécialité de médecine générale a perdu, plus de 5000 praticiens depuis 2015

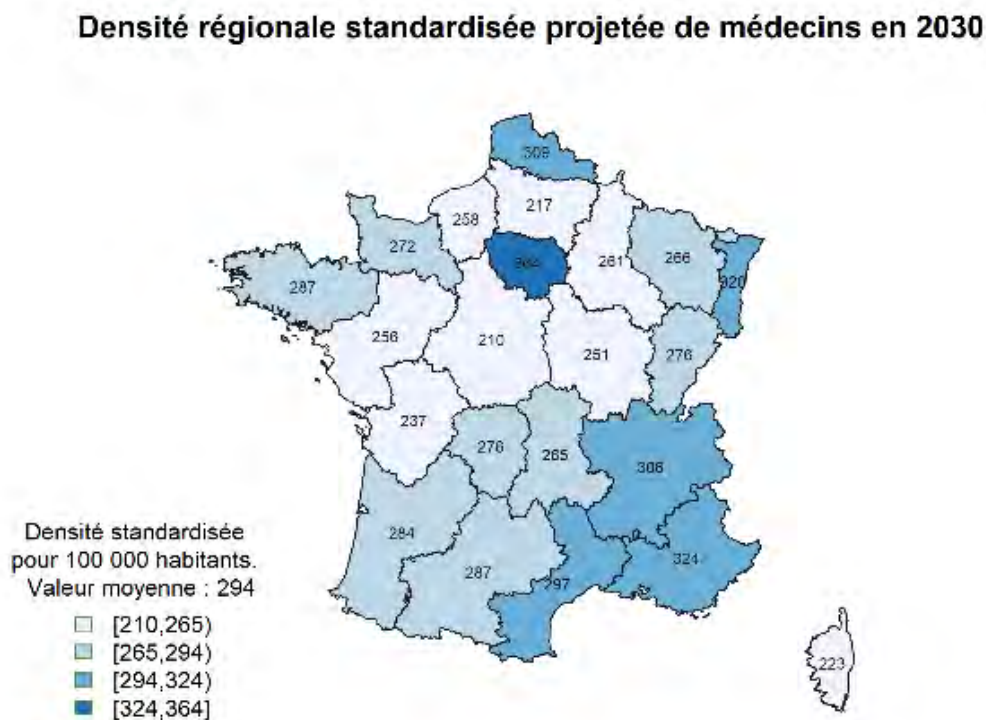
2050 et une densité médicale standardisée à 126,2 médecins généralistes pour 100000 habitants en 2050.

Cette amélioration se ferait au détriment des effectifs de spécialistes libéraux, qui connaîtraient sur la même période une baisse des effectifs de 50 541 à 40 970 praticiens sans parvenir à retrouver, malgré une légère croissance à compter de 2040, le niveau de densité médicale de 2022 en 2050.

La mission en déduit une probabilité forte que la répartition des places aux ECN soit rectifiée entre temps, ce qui pourrait modifier fortement les projections de la DREES.

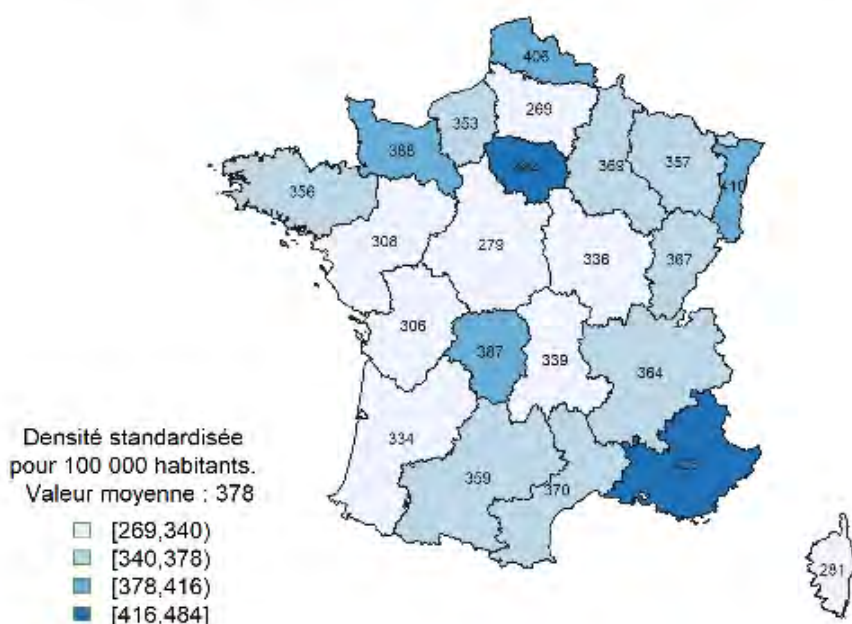
Sur le plan de la répartition territoriale, les projections de la DREES sont particulièrement inquiétantes. A comportement et législation constants, en effet, la répartition géographique des médecins resterait très inégale et les inégalités tendraient plutôt à se creuser :

Carte 1 : Projections par la DREES de la répartition des médecins par région à l'horizon 2030 et 2050



Définition des bornes de la légende : densité standardisée moyenne $\pm$ 10% de sa valeur

Densité régionale standardisée projetée de médecins en 2050



Définition des bornes de la légende : densité standardisée moyenne +/- 10% de sa valeur

Source : DREES

Pour la DREES, compte tenu de l'augmentation parallèle de la population, seule une hausse de 20 % du nombre d'étudiants en formation permettrait de combler le creux démographique des 15 prochaines années. Avec la suppression du numerus clausus, cette augmentation n'a été que de 5 %.

Certaines évolutions sociodémographiques conduisent à relativiser les effets positifs de l'augmentation de la densité médicale. Ainsi, une étude de la DG trésor de 2019⁶⁶ indique qu'une "baisse du nombre d'actes peut être attendue de la féminisation rapide de la profession. Les femmes représentaient 47 % des médecins en 2017 contre 38 % en 2007⁶⁷ et sont désormais majoritaires parmi les étudiants⁶⁸. Or on observe que les femmes réalisent en moyenne, toutes spécialités confondues, moins d'actes que les hommes (18 % de moins, et 23 % de moins en corrigeant des effets de structure dus aux proportions différentes d'hommes et de femmes dans chaque spécialité⁶⁹). Cette analyse mériterait d'être confirmée en ciblant uniquement les jeunes générations, les différences d'activité entre les femmes et les hommes étant moins marquées sur ces populations, avec possiblement un alignement du comportement des hommes sur celui des femmes. On note d'une manière générale une diminution

⁶⁶ Trésor Eco n°247 – octobre 2019 "Comment lutter contre les déserts médicaux?"

⁶⁷ CNOM (2017), "Atlas de la démographie médicale en France – Situation au 1er janvier 2017".

⁶⁸ Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation (2019), "Vers l'égalité femmes-hommes ? Chiffres clés".

⁶⁹ Source : SNIIR-AM (base de données AMOS) pour l'année 2014.

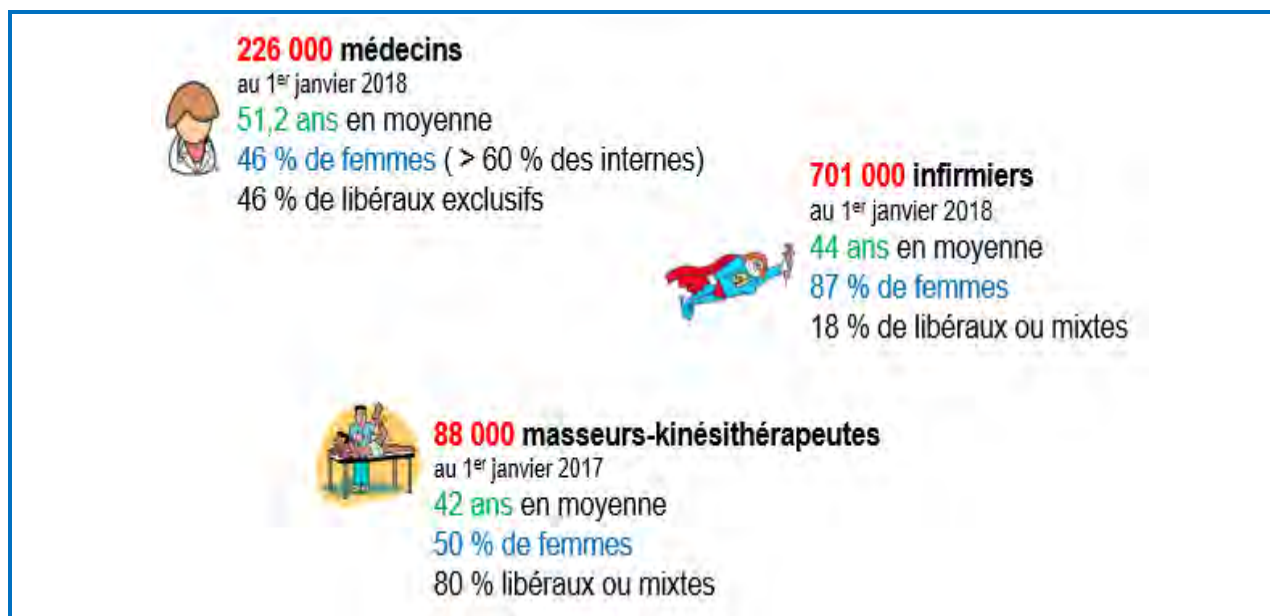
du temps de travail des médecins au cours des dernières années⁷⁰. Dans la même note, la DG Trésor fournit une étude sur les déterminants des choix de spécialité et d'implantation des étudiants en médecine qui met en évidence la prééminence de facteurs fondés sur des enjeux de qualité de vie (grandes villes) et de stratégie professionnelle (proximité de CHU prestigieux, réputation de l'hôpital) en insistant sur le caractère reproductif de ces tendances. Ces éléments confortent la probabilité d'une reproduction voire une aggravation des différences d'attractivité entre territoires.

Quel que soit le scénario, la situation de pénurie médicale déjà ressentie actuellement devrait donc s'aggraver et se prolonger durablement.

2 Une accessibilité géographique inégale des professionnels de santé de premiers recours

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et de la statistique (DREES) a publié en septembre 2021⁷¹, une étude sur l'accessibilité géographique des professionnels de santé de premiers recours. Les trois quarts des personnes les plus éloignées des professionnels de premier recours vivent dans des territoires ruraux. Environ 3 % de la population générale, soit 1,7 million de personnes, ont des difficultés en termes d'accessibilité à la fois aux médecins généralistes, aux infirmiers et aux masseurs-kinésithérapeutes.

Schéma 2 : Situation des professions de santé (médecins, infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes).



Source : DREES

⁷⁰ Selon une S. Jakoubovitch, M;C. Bournot, E. Cercier, F.Tuffreau, " Les emplois du temps des médecins généralistes", DREES Etudes et résultats n°797, mars 2012, le temps de travail moyen des médecins était à l'époque de 57h par semaine. Selon la même étude de mai 2019, celui-ci était passé à 54h.

⁷¹ PUBLICATIONS ÉTUDES ET RÉSULTATS | N°1206 Les trois quarts des personnes les plus éloignées des professionnels de premier recours vivent dans des territoires ruraux

La DREES indique qu'entre 2016 et 2019, l'accessibilité géographique aux infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes s'est améliorée, respectivement de 9 %, 9 % et 16 %. À l'inverse, celle des médecins s'est dégradée de 6 %. « *Toutefois, la répartition des médecins généralistes sur le territoire est plus homogène que celle des trois autres professions* », note la Drees.

La mission relève que cette étude met en évidence que les inégalités régionales d'accessibilité sont aussi particulièrement importantes en ce qui concerne les infirmiers. Elles existent pour les masseurs-kinésithérapeutes et les médecins généralistes mais elles se conjuguent à une « *concentration forte autour des pôles urbains* ». Ces indicateurs sont rarement rapportés et seule la question de l'accès au médecin est souvent soulignée.

3 Une intensification de la désertification médicale en zone rurale pointée par une nouvelle étude portant sur l'accès aux soins

Si la désertification médicale existe depuis plus de dix ans, ce phénomène s'intensifie touchant aujourd'hui des régions entières⁷². Un déficit médical qui a des répercussions sur toute la chaîne de soin. Les infirmiers libéraux se retrouvent parfois en première ligne pour assurer la continuité des soins et des traitements et se retrouvent en difficulté afin de renouveler l'ordonnance d'un patient. Lors des entretiens de la mission, des témoignages relatent la situation des infirmiers qui sont régulièrement amenés en situation d'urgence, à prendre des responsabilités qui outrepassent leur fonction.

Le 24 septembre dernier, à l'occasion du congrès annuel, l'Association des Maires Ruraux de France (AMRF), publiait une étude portant sur l'accès aux soins en France. Cette étude, pilotée par le géographe Emmanuel Vigneron indique que 10 % de la population, vit à plus de 30 minutes d'un service d'urgence et les disparités s'accroissent entre territoires. Si les Bouches-du Rhône ou les Alpes-Maritimes possèdent douze médecins pour 10 000 habitants, la Sarthe, la Mayenne ou l'Orne par exemple en ont deux fois moins, et la situation ne cesse de se dégrader, note ainsi le rapport.

Cette étude met en relief de forts contrastes à l'échelle départementale. Le contraste est grand entre les centres et les périphéries. Il existe une tendance marquée à la concentration des jeunes médecins dans les départements urbains. Dix millions d'habitants vivent dans un territoire où l'accès aux soins est de qualité inférieure à celle de la moyenne des territoires français. Sur 3827 cantons

- 91 étaient dépourvus de médecins, en 2010 ; 148 le sont en 2017 : soit 62 % d'augmentation ;
- 3062 cantons soit 80 % du total ont vu baisser leur densité médicale ;
- Dans 1108, soit 30 %, elle a baissé de plus d'un tiers.

Selon la CNAM, en 2019 : 10 % de la population n'avait pas de médecin traitant⁷³. Parmi eux, plus de la moitié en cherchait un et une part non-négligeable était atteinte d'ALD.

⁷² Selon la DREES (PUBLICATIONS ÉTUDES ET RÉSULTATS | N° 1200 Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres), en 2017, 3,1 % des personnes de 16 ans ou plus vivant en France métropolitaine, soit 1,6 million de personnes, ont renoncé à des soins médicaux, d'après l'enquête Statistiques sur les ressources et conditions de vie (SRCV) de l'Insee. Une fois tenu compte des caractéristiques des personnes interrogées (âge, sexe, diplôme, situation sur le marché du travail...), les personnes pauvres en conditions de vie ont trois fois plus de risques de renoncer à des soins que les autres. En outre, dans une zone très sous-dotée en médecins généralistes, leur risque est plus de huit fois supérieur à celui du restant de la population.

⁷³ Une enquête UFC que choisir de la même année, près d'un médecin traitant sur deux refusait de nouveaux patients

L'explosion des soins programmés depuis 20 ans crée un réel problème de disponibilité des médecins généralistes pour les soins non-programmés. Selon la DREES : 3 médecins généralistes sur 4 (72 %) admettent ne pas pouvoir répondre à la totalité des demandes de consultations non programmées pour le jour même ou le lendemain et 55 % d'entre eux estiment pouvoir répondre à moins de la moitié de ces demandes.

ANNEXE 9 : Historique de l'exercice en pratique avancée

1 Genèse des projets de loi et décrets créant la pratique avancée

Les grandes orientations de ce qui était alors appelé le projet de la « *Loi de santé* » ont été présentées par la ministre des Solidarités et de la Santé en juin 2014 en conseil des ministres, le 15 octobre 2014. C'est son article 30 (devenu plus tard article 119) qui prévoit l'introduction des métiers en pratique avancée.

« Le projet de loi crée le cadre d'un exercice en pratique avancée pour les professions paramédicales, permettant la reconnaissance des infirmières cliniciennes. »

Source : *Compte-rendu du Conseil des ministres du 15 octobre 2014*

L'exposé des motifs du 15 octobre 2014 du projet de loi de santé (Chapitre II – Innover pour préparer les métiers de demain) concernant l'article 30 qui crée un exercice en pratique avancée pour les professions paramédicales, stipule :

« Les défis de l'organisation des soins pour demain sont bien identifiés et nécessitent des transformations majeures des modèles professionnels. Le diagnostic est consensuel et voit converger une série de contraintes : la baisse de la démographie médicale, l'explosion des besoins des patients chroniques, l'exigence croissante de qualité, de sécurité, mais aussi d'information et d'accompagnement, le défi de l'accès aux soins. Ces défis sont au cœur de la stratégie nationale de santé pour construire la réponse que le Gouvernement entend donner aux inquiétudes des professionnels et des usagers.

Au regard de l'évolution épidémiologique, démographique et économique, bien des réponses convergent pour promouvoir à partir des métiers socles de nouveaux métiers dans le champ de la santé, situés entre le « bac+8 » du médecin et le « bac+3/4 » des paramédicaux. Les acteurs sont nombreux à prendre position en faveur d'un questionnement de fond sur la conception des métiers de santé.

Cet article définit la notion de pratique avancée d'une profession de santé paramédicale et les modalités de son inscription dans la partie législative du code de la santé publique. Cette mesure est destinée à créer le métier d'infirmier clinicien, ainsi que le recommande le plan cancer III lancé par le Président de la République.

Les auxiliaires médicaux formés à assumer des « pratiques avancées » devront exercer dans des équipes de soins en lien avec le médecin traitant, afin d'améliorer la réponse aux besoins des patients chroniques.

L'article définit cette notion de pratique avancée : il s'agit, à partir du métier socle de permettre, dans des conditions qui seront définies par voie réglementaire, un élargissement du champ des compétences vers, par exemple, la formulation d'un diagnostic, la réalisation d'une analyse clinique, l'établissement de prescription, ou l'accomplissement d'activités d'orientation ou de prévention ».

Cet exposé des motifs introduit la notion d'un exercice dans des équipes de soins en lien avec le médecin traitant et cible l'amélioration de la réponse aux besoins des patients chroniques.

Le terme de pratique avancée est étendu à l'ensemble des auxiliaires médicaux. La mission souligne que le projet initial visait notamment une activité de diagnostic et l'autonomie de l'exercice pour certains actes.

Le 20 mars 2015, le rapport sur le projet de loi, de la commission des affaires sociales de l'assemblée nationale indique : « ...*La stratégie nationale de santé (SNS) a préconisé d'adapter le statut des auxiliaires médicaux. Il s'agit notamment de prévoir les cas de spécialisation de telle ou telle profession. C'est, par exemple, ce que le Président de la République a annoncé à l'occasion de la présentation du troisième plan Cancer (2014-2019), évoquant la création d'un statut d'infirmier clinicien en cancérologie.*

Le projet de loi y pourvoit. Son article 30 instaure un exercice en pratique avancée des auxiliaires médicaux. Il se déroulera dans le cadre d'une équipe de soins en établissements de santé, coordonnée par un médecin... Le Gouvernement considère qu'entre un et trois pour cent de la profession sera concerné⁷⁴ ».

Dans sa version définitive, l'article 119 de la loi élargit l'exercice en pratique avancée en établissements de santé et en soins primaires. Cet exercice est nécessairement en lien avec un médecin, soit directement, soit au sein d'une équipe coordonnée par un médecin tout en supprimant toute notion d'activité diagnostique et d'actes pouvant être réalisés de façon autonome par le professionnel.

« Art. L. 4301-1.-I.-Les auxiliaires médicaux relevant des titres Ier à VII du présent livre peuvent exercer en pratique avancée au sein d'une équipe de soins primaires coordonnée par le médecin traitant ou au sein d'une équipe de soins en établissements de santé ou en établissements médico-sociaux coordonnée par un médecin ou, enfin, en assistance d'un médecin spécialiste, hors soins primaires, en pratique ambulatoire.
 « Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis de l'Académie nationale de médecine et des représentants des professionnels de santé concernés, définit pour chaque profession d'auxiliaire médical :
 « 1° Les domaines d'intervention en pratique avancée qui peuvent comporter :
 « a) Des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage ;
 « b) Des actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques et des actes de surveillance clinique et para-clinique ;
 « c) Des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale obligatoire, des prescriptions d'examens complémentaires et des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales ;

Entre le projet de loi et la promulgation de la loi, on constate donc la disparition du terme diagnostic, au profit d'« *actes [...] de conclusion clinique* ». De même, s'agissant des actes définis par décret, l'expression « *pouvant être réalisés de façon autonome* » n'a pas été reprise dans la version définitive de la loi.

Le décret⁷⁵ relatif à l'exercice en pratique avancée, précise notamment le rôle du médecin dans l'équipe de soins et surtout, son rapport à l'infirmier en pratique avancée dans la prise en charge du patient et dans le parcours de soins. C'est le médecin qui détermine, « *pour chaque domaine d'intervention, les patients auxquels sera proposé, avec leur accord, un suivi par un infirmier exerçant en pratique avancée* », qui doit en retour informer le praticien s'il repère une dégradation de l'état de santé du patient ou « *une situation dont la prise en charge dépasse son champ de compétences* ». Le retrait par rapport aux ambitions initiales, se révélera vite un frein à la réalisation des objectifs initialement affichés. La conduite diagnostique et les choix thérapeutiques relèvent de la compétence du médecin.

⁷⁴ Dans l'étude d'impact de la loi MNSS, il était estimé que la pratique avancée infirmière « pourrait concerner entre 1 % et 3 % au maximum. », avec 1 % dans le secteur hospitalier, et 2 % en soins primaires, soit au plus 20000 infirmières.

⁷⁵ Décret no 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée

● Le renoncement à la primo-prescription

Malgré le rôle accru des infirmiers, il est important de noter que la loi ne permet pas ainsi aux infirmiers exerçant en pratique avancée (IPA) de prescrire des médicaments sur prescription médicale obligatoire (primo-prescription), mais uniquement leur renouvellement ou leur adaptation⁷⁶.

Ainsi qu'indiqué précédemment, le terme « *diagnostic* » est écarté⁷⁷ des compétences dites élargies des IPA, mais qui restent en réalité strictement encadrées et l'exercice dérogeant au monopole médical est limité aux domaines d'intervention dont l'IPA est diplômé et rappelé dans l'article R. 4301-3 : « *L'infirmier exerçant en pratique avancée dispose de compétences élargies, par rapport à celles de l'infirmier diplômé d'Etat, validées par le diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée* ». La répartition des tâches entre les différents professionnels de santé s'articule ainsi autour du principe du monopole médical.

Il en est de même pour la notion de « *consultation* » qui a été évincée face à l'opposition médicale et en raison d'une éventuelle sollicitation de prise en charge par l'assurance maladie qui conduirait à l'élargir à l'ensemble des infirmières libérales (la consultation infirmière n'est pas reconnue et remplacée par la notion d'entretien) : « *L'infirmier exerçant en pratique avancée est compétent pour conduire un entretien avec le patient qui lui est confié, effectuer une anamnèse de sa situation et procéder à son examen clinique* ».

L'IPA peut aussi conduire toute activité d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage qui, est en réalité limitée car l'IPA ne peut prescrire d'examen pour une pathologie pour laquelle le suivi n'est pas effectué.

Selon un syndicat d'infirmiers libéraux, « *alors que la formation de ces professionnels devrait, (...) leur permettre de développer des compétences vers un haut niveau de maîtrise afin de répondre aux nouveaux enjeux d'un système de santé en pleine mutation* », les textes réglementaires ne donnent strictement aucune autonomie aux IPA.

Le projet initial posait la question de l'émergence de nouveaux métiers à partir des métiers socles dans le champ de la santé et visait, pour la pratique avancée, notamment une activité de diagnostic et l'autonomie de l'exercice pour certains actes. Il marquait une volonté d'octroyer un cadre

⁷⁶« 2° L'infirmier exerçant en pratique avancée peut :

[...]

d) Prescrire :

-des médicaments non soumis à prescription médicale obligatoire figurant sur la liste établie par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé en application de l'article R. 5121-202 ;

-des dispositifs médicaux non soumis à prescription médicale obligatoire dont la liste est établie par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Académie nationale de médecine ;

-des examens de biologie médicale dont la liste est établie par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Académie nationale de médecine ;

e) Renouveler, en les adaptant si besoin, des prescriptions médicales dont la liste est établie par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Académie nationale de médecine.» Art. R. 4301-3

⁷⁷ « 2° L'infirmier exerçant en pratique avancée peut :

b) Effectuer tout acte d'évaluation et de conclusion clinique ou tout acte de surveillance clinique et para-clinique, consistant à adapter le suivi du patient en fonction des résultats des actes techniques ou des examens complémentaires ou de l'environnement global du patient ou reposant sur l'évaluation de l'adhésion et des capacités d'adaptation du patient à son traitement ou sur l'évaluation des risques liés aux traitements médicamenteux et non médicamenteux ; »

c) Effectuer les actes techniques et demander les actes de suivi et de prévention inscrits sur les listes établies par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Académie nationale de médecine ; » Art. R. 4301-3

d'exercice souple, envisagé dans un cadre pluri professionnel, selon le rapport initial accompagnant le projet de loi de santé.

« les auxiliaires médicaux exercent cette activité au sein d'une équipe de soins⁷⁸ au sens de l'article L. 1110-12⁷⁹, d'accomplir ou réaliser, dans le respect des conditions et règles fixées par décret en Conseil d'État pris après avis de l'Académie nationale de médecine, certaines des activités suivantes :

« 1° D'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage ;

« 2° D'évaluation clinique, de diagnostic, des actes techniques et des surveillances cliniques et paracliniques ;

« 3° De prescription de produits de santé non soumis à prescription médicale obligatoire, des prescriptions d'examens complémentaires et des renouvellements ou adaptation de prescriptions médicales.

« Ce décret en Conseil d'État définit notamment, pour chaque auxiliaire médical :

« a) Les domaines d'intervention en pratique avancée ;

« b) Les activités que le professionnel peut accomplir dans chacun de ces domaines d'intervention ;

« c) En tant que de besoin, les types d'actes pouvant être réalisés de façon autonome par le professionnel.

.... »

La pratique avancée a finalement été restreinte à un cadre d'exercice collectif nécessairement coordonné par un médecin⁸⁰ et marque une évolution notable du projet de loi.

La pratique avancée est définie comme un mode d'exercice et non comme un nouveau métier ou une nouvelle profession. Cependant, lors des auditions de la mission, il est fréquent de constater l'utilisation des termes « nouvelle profession », ou encore « profession de santé intermédiaire entre les médecins et les infirmiers » pour désigner les infirmiers en pratique avancée sans pour autant, pour bon nombre d'IPA rencontrées, renoncer à l'appartenance à la profession infirmière.

Entre le projet de loi et la promulgation de la loi, on constate donc la disparition du terme diagnostic, au profit d'« actes [...] de conclusion clinique ». L'opposition du corps médical à céder une partie de son monopole, notamment diagnostique et à l'autonomie de réalisation de certains actes par l'IPA (cf. § 1.2.2), définis par décret, a conduit à un cadre plus limité dans la version définitive de la loi.

Le décret⁸¹ relatif à l'exercice de l'infirmier en pratique avancée, précise dans la prise en charge du patient et dans le parcours de soins, notamment le rôle du médecin dans l'équipe de soins et surtout,

⁷⁸ L'équipe de soins au sens de l'article L. 1110-12 a été définie comme suit dans le **projet de loi** :

« Pour l'application du présent titre, l'équipe de soins est un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à leur coordination, et qui :

1° Soit exercent dans le même établissement de santé, ou dans le même établissement ou service social ou médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, ou dans le cadre d'une structure de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale figurant sur une liste fixée par décret ;

2° Soit se sont vu reconnaître comme ayant la qualité de membre de l'équipe de soins par un médecin auquel le patient a confié la responsabilité de la coordination de sa prise en charge ;

3° Soit exercent dans un ensemble, comprenant au moins un professionnel de santé, présentant une organisation formalisée et des pratiques conformes à un cahier des charges fixé par un arrêté du ministre chargé de la santé. » ;

⁷⁹ Selon l'art. L. 1110-12 – « Pour l'application du présent titre, l'équipe de soins est un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes, et qui :

1° Soit exercent dans le même établissement de santé, au sein du service de santé des armées, dans le même établissement ou service social ou médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ou dans le cadre d'une structure de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale figurant sur une liste fixée par décret ;

2° Soit se sont vu reconnaître la qualité de membre de l'équipe de soins par le patient qui s'adresse à eux pour la réalisation des consultations et des actes prescrits par un médecin auquel il a confié sa prise en charge ;

3° Soit exercent dans un ensemble, comprenant au moins un professionnel de santé, présentant une organisation formalisée et des pratiques conformes à un cahier des charges fixé par un arrêté du ministre chargé de la santé ».

⁸⁰ L4301-1 « I. 3° en assistance d'un médecin spécialiste »

⁸¹ Décret no 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée

son rapport à l'infirmier en pratique avancée. L'IPA participe à la prise en charge globale des patients dont le suivi lui est confié par un médecin. La conduite diagnostique et les choix thérapeutiques relèvent de la compétence du médecin.

C'est le médecin qui détermine, « *pour chaque domaine d'intervention, les patients auxquels sera proposé, avec leur accord, un suivi par un infirmier exerçant en pratique avancée* », qui doit en retour informer le praticien s'il repère une dégradation de l'état de santé du patient ou « *une situation dont la prise en charge dépasse son champ de compétences* ». Restreindre l'autonomie de l'IPA et instaurer une dépendance (cf. *Infra*) se révéleront vite un frein à la réalisation des objectifs initialement affichés.

L'ambition initiale annoncée d'accès aux soins, aurait réclamé des modalités favorisant davantage le modèle substitutif (gain de temps médical) que le modèle complémentarité (activité nouvelle, qualité de prise en charge). Le Ségur de la santé dans sa mesure 6 (dossier de presse - Juillet 2020) préconise de renforcer le rôle de premier recours des infirmiers en pratique avancée, en permettant aux patients de les consulter directement et en élargissant leur périmètre d'action.

● **Le renoncement à l'accès direct et la notion de patient "confié"**

En mars 2018, une première version du projet de décret avait été contestée par les organisations infirmières, mais aussi, pour des raisons opposées, par des syndicats de médecins, les uns estimant que les IPA Infirmiers de pratique avancée étaient trop écartés du premier recours, les autres estimant, au contraire, qu'ils seraient en concurrence, au détriment des médecins généralistes.

L'opposition médicale (Cf. *Supra*) a abouti à restreindre l'exercice des IPA, en réservant la conduite diagnostique et les choix thérapeutiques aux seuls médecins (art. R 4301-1). En résulte une dépendance caractérisée par des compétences limitées :

- Adressage par un médecin, et donc absence de premier recours dans le cadre du parcours de soin. Le médecin détermine en amont si un patient pourra être suivi par l'IPA, et lui « *confie* » le patient ;
- Les IPA sont donc entièrement dépendants du fait qu'un médecin accepte de leur confier une partie de sa patientèle ;
- Une présentation⁸² au patient et une délégation qui dérogent aussi au « *libre choix du patient*⁸³ ».

⁸² « *Le médecin informe le patient des modalités prévues de sa prise en charge par l'infirmier exerçant en pratique avancée* ». Ces modalités figurent dans le document prévu en annexe du protocole d'organisation, rempli et signé par le médecin, et remis par ce dernier au patient, ou, le cas échéant, à sa personne de confiance, à son représentant légal ou aux parents lorsqu'il s'agit d'une personne mineure. Ce document est versé au dossier médical du patient. » art. R 4301-6.

⁸³ Respect de l'application du principe de libre choix de son praticien visé à l'article L.1110-8 du Code de la santé publique (CSP) alinéa 1 qui énonce que « *le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé et de son mode de prise en charge, sous forme ambulatoire ou à domicile, en particulier lorsqu'il relève de soins palliatifs au sens de l'article L. 1110-10, est un principe fondamental de la législation sanitaire* ».

2 Analyse de la création des mentions de pratique avancée

2.1 Des premières mentions centrées sur le suivi au long cours de pathologies chroniques

Au-delà de l'objectif affiché de gagner du temps médical, tant la nature des quatre premiers domaines de soins retenus que leur nombre restreint illustrent la volonté initiale des pouvoirs publics d'inscrire la pratique avancée prioritairement au service de l'amélioration des parcours de soins des patients, notamment des patients malades chroniques. Le choix de ne pas reproduire pour la pratique avancée infirmière une segmentation par spécialité médicale d'organe apparaît en ligne avec l'objectif de promouvoir une approche globale des patients affectés de pathologies chroniques⁸⁴, fondée sur la coordination de leurs parcours, la prévention et l'éducation thérapeutique.

Le choix de privilégier des domaines larges de pratique avancée ciblant les pathologies chroniques présentait sans doute aussi l'avantage de faciliter son acceptation par les représentants des spécialités médicales, le partage de l'activité entre médecins et infirmiers de pratique avancée ne se focalisant pas, dès lors, sur des spécialités cliniques identifiées⁸⁵.

Par ailleurs, comme les pathologies chroniques représentent une part importante et rapidement croissante de l'activité médicale globale, et qu'elles entraînent des besoins particuliers de coordination et de suivi auxquels les médecins ne peuvent dans l'ensemble aujourd'hui faire face, le choix de les privilégier pour la pratique avancée permettait d'espérer des gains substantiels de temps médical⁸⁶.

Dans un premier temps et après une concertation difficile avec les représentants médicaux, une seule mention avait été envisagée, concernant les pathologies chroniques stabilisées puis la mention cancérologie a été rapidement proposée par la DGOS, sachant que le modèle avait été promu dès 2014, en référence au métier d'infirmier clinicien, ainsi que le recommande le plan cancer III lancé par le Président de la République.

Il est à souligner que s'agissant de la mention pathologies chroniques stabilisées, l'arrêté ne liste que des "*pathologies chroniques stabilisées*", laissant à l'appréciation des médecins et infirmiers, la désignation des "*poly-pathologies courantes en soins primaires*" qui n'ont pas de définition, contexte confirmé par les IPA et les médecins auditionnés par la mission. Ceci engendre des périmètres d'intervention variés suscitant une potentielle insécurité juridique.

⁸⁴ A l'exception néanmoins de la mention "maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale" qui correspond à une spécialité d'organe quand bien même elle s'adresse à des malades chroniques. Le fait que les premières expérimentations en France de la pratique avancée, à l'initiative du Pr Berland, ont concerné en particulier la maladie rénale chronique l'explique probablement. Il pouvait sembler difficile en effet d'écarter les premiers professionnels formés à la pratique avancée du bénéfice de sa reconnaissance

⁸⁵ La mention psychiatrie et santé mentale constitue un cas particulier, les acteurs professionnels partageant le constat de la difficulté croissante de la psychiatrie publique à répondre aux besoins des patients, liée notamment à la perte d'attractivité de la psychiatrie publique.

⁸⁶ Comme l'illustre le modèle économique élaboré par l'assurance-maladie pour les infirmiers libéraux de pratique avancée, qui repose sur l'hypothèse d'un patient sur deux affecté d'une maladie chronique stabilisée orienté pour son suivi vers un infirmier de pratique avancée

L'adoption de la mention "*Maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale*" a été favorisée, selon les personnes rencontrées par la mission, par le parcours professionnel du Pr Y. BERLAND, alors Chef d'un service de néphrologie, dialyse et transplantation rénale à l'assistance publique-hôpitaux de Marseille (AP-HM).

La quatrième mention, psychiatrie et santé mentale, a été introduite un an après les 3 premières. L'adressage éventuel par des médecins généralistes a été un des points de tension avec les psychiatres. Cette absence de lien avec le médecin généraliste, est vécue par les IPA entendus par la mission, comme un frein à leur intervention en soins primaires.

2.2 Une ambition initiale de privilégier la pratique avancée en soins primaires peu apparente

Les deux mentions "oncologie et hémato-oncologie" ou "maladie rénale chronique, dialyse et transplantation rénale" correspondent plutôt à une activité hospitalière, alors que la troisième "pathologies chroniques stabilisées et poly-pathologies courantes en soins primaires" peut s'exercer à l'hôpital, ou en ville. La quatrième mention, "psychiatrie et santé mentale", permet l'exercice en milieu hospitalier avec des missions d'expertise ou dans des structures de soins ambulatoires en relais ou en coopération avec un médecin psychiatre. La mention "urgences" est ainsi, le cinquième domaine d'intervention de l'IPA, conditionné à l'exercice dans un établissement disposant d'une autorisation d'activité de soins de médecine d'urgence.

2.3 Le positionnement de la pratique avancée sur la prise en charge des pathologies chroniques remis en cause par la création de la mention "urgences"

S'agissant de la création récente du domaine d'intervention "*urgences*"⁸⁷, suite à l'avis défavorable du haut conseil des professions paramédicales (HCPP), en sa séance du 24 juin 2021, la parution des textes réglementaires⁸⁸ est intervenue en octobre 2021. Ce texte introduit d'importantes dérogations aux principes qui avaient prévalu jusque-là :

- Entorse possible, pour certains motifs de recours et situations cliniques⁸⁹, à la notion de "patient confié", sans que celle-ci ait été supprimée. Cette option modifie la nature de la prise en charge, autorisant l'intervention de l'IPA en première ligne (en amont du médecin) dans le cadre d'un "parcours paramédical", dès lors qu'un médecin de la structure de médecine d'urgence intervient à un moment de cette prise en charge. Cette modalité s'apparente à une forme d'accès direct supervisé ;
- Concernant le recueil du consentement du patient, c'est l'IPA qui est chargé de le remplir et le signer ;

⁸⁷ Recommandation n°17 du rapport 2019-058 R : "Pour un Pacte de Refondation des Urgences de Thomas MESNIER, Député de Charente et du Professeur Pierre CARLI, Président du conseil national de l'urgence hospitalière (CNUH), avec le concours de Stéphanie FILLION et Hamid SIAHMED membres de l'IGAS-Décembre 2019.

⁸⁸ Décret du 26 octobre 2021 relatif à l'exercice en pratique avancée de la profession d'infirmiers, dans le domaine d'intervention des urgences et arrêté du 27 octobre 2021 qui fixe la liste des recours et situations cliniques de l'infirmier de pratique avancée dans le domaine d'intervention urgences.

⁸⁹ Article R4301-3-1 CSP, 2^e alinéa : "*Toutefois, par dérogation aux dispositions des articles R. 4301-1 et R. 4301-3, pour les motifs de recours et les situations cliniques présentant un moindre degré de gravité ou de complexité, également définis par un arrêté du ministre chargé de la santé, l'infirmier en pratique avancée est compétent pour prendre en charge le patient et établir des conclusions cliniques, dès lors qu'un médecin de la structure des urgences intervient au cours de la prise en charge.*"

- Prise en charge de soins aigus/non programmés⁹⁰, en contradiction avec les premières mentions centrées sur le suivi au long cours de pathologies chroniques ;
- Mention dans le référentiel de formation, pour cette mention, de l'élaboration "*de conclusions cliniques et d'hypothèses diagnostiques*";

⁹⁰ Selon l'avis de l'Académie Nationale de Médecine, les motifs de recours définis par arrêté, autorisant la prise en charge dans le cadre du parcours paramédical, "ne relèvent pas tous de l'urgence mais des soins primaires, éventuellement non programmés"

ANNEXE 10 : Questionnaire aux usagers de santé

Introduction

Le questionnaire élaboré par la mission, a été diffusé par l'intermédiaire de France Asso Santé à l'ensemble de son réseau de représentants des usagers à compter du 14 septembre. Le lien web permettant l'accès au questionnaire est resté actif jusqu'au 25 octobre 2021.

Les questions concernant la pratique avancée ciblent principalement l'accompagnement et le suivi des personnes atteintes de maladies chroniques par les infirmiers(ères) en pratique avancée :

Questionnaire aux usagers du système de santé

Coopération entre professionnels de santé, transferts de compétence des médecins aux infirmiers.

Le présent questionnaire intervient dans le cadre d'une mission confiée par Mr Olivier Véran, ministre des Solidarités et de la Santé à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS).

Il s'agit notamment d'évaluer l'intérêt du développement des coopérations entre professionnels de santé qui permet en particulier aux infirmiers de pratiquer des examens et des actes qui étaient auparavant réservés aux médecins ainsi que l'émergence de nouveaux métiers comme celui d'infirmier et d'infirmière en pratique avancée.

« L'IGAS a besoin de votre point de vue ! 10 questions sur l'évolution des pratiques des professionnels de santé et sur vos attentes pour améliorer votre parcours de soins et de santé ! »

Nous vous remercions vivement de prendre le temps de répondre à ce questionnaire que nous avons cherché à rendre le plus bref possible. N'hésitez pas à diffuser ce lien web autour de vous.

Les retours à ce questionnaire sont souhaités pour le lundi 04 octobre 2021.

Quel est votre âge ?

Quel est votre sexe ?

Masculin

Féminin

Dans quel département vivez-vous habituellement ?

Etes-vous adhérent d'une association de malades et d'usagers de la santé ?

Oui

Non

Souffrez-vous de maladie (s) chronique (s) ?

Oui

Non

Je ne sais pas

Parmi les évolutions suivantes intervenues ces dernières années, lesquelles vous semblent positives ?

- La vaccination anti-grippe par les infirmiers

Oui

Non

Je ne sais pas

- La vaccination anti-Covid par les infirmiers

Oui

Non

Je ne sais pas

Mettre l'information suivante au-dessus de la question (bulle fixe) : Un infirmier ou une infirmière en pratique avancée a acquis des compétences relevant du champ médical (deux années d'études supplémentaires) et il ou elle peut suivre des patients atteints de maladie(s) chronique(s) qui lui sont confiés par un médecin, avec l'accord du patient (examen clinique, suivi des examens biologiques, renouvellement et ajustement des traitements initiés par le médecin...).

- Le nouveau statut " d'Infirmier en pratique avancée " pour le suivi de certains patients atteints de maladie(s) chroniques.

Oui

Non

Je ne sais pas

Je n'ai pas connaissance de ce nouveau statut

Si oui, seriez-vous favorable à un suivi de votre santé et de vos soins qui prévoirait à la fois des consultations auprès de votre médecin traitant, et un suivi régulier par un infirmier de pratique avancée pour vos renouvellements de traitement par exemple (sachant qu'en cas de problème, l'infirmier peut vous réorienter vers le médecin à tout moment) ?

Oui

Non

Je ne sais pas

- La réalisation du télésoin (pratique de soins à distance par vidéotransmission) par les infirmiers

Oui

Non

Je ne sais pas

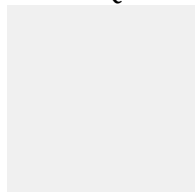
Je n'ai pas connaissance de cette possibilité de soins à distance

Pouvez-vous préciser en quelques mots votre point de vue personnel sur le transfert de certaines compétences des médecins vers les infirmiers?

Quels sont vos suggestions pour faciliter et améliorer votre accès aux soins et votre parcours de soins et de santé ?

Vos autres remarques

VALIDER VOTRE QUESTIONNAIRE



1 La pratique avancée suscite peu de rejet (7 %) et les personnes qui y sont favorables accepteraient un suivi et un accompagnement par l'IPA dans 91 % des cas.

Le profil de ces 347 personnes ayant répondu au questionnaire, est le suivant :

Le profil des 347 personnes ayant répondu au questionnaire est le suivant:

335 ⁹¹ d'entre elles résident dans 74 départements différents, les plus représentés sont la Seine-Maritime (27), le Nord(20) et L'Ille et Vilaine (17) ;

65 % sont des femmes ;

77 % ont entre 50 et 80 ans (la tranche d'âge la plus représentée est celle des 60 à 70 ans (35 %), suivie de celle des 70 à 80 ans (22 %) ;

77 % déclarent adhérer à une association de malades et d'usagers du système de santé ;

61 % déclarent souffrir de maladie(s) chronique(s).

7 % des personnes sont défavorables à la pratique avancée infirmière, beaucoup ne la connaissent pas et 70 % y sont favorables

Les principaux résultats concernant certaines pratiques des infirmières (vaccinations et télésoins) ces dernières années sont globalement très favorables et il y a peu d'opposition à la pratique avancée infirmière (23 personnes sont opposées soit 7 %) :

82 % se déclarent favorables à la vaccination anti grippe par les infirmiers ;

83 % se déclarent favorables à la vaccination anti covid par les infirmiers ;

39,2 % se déclarent favorables au télésoins par les infirmiers, 25 % ne se prononcent pas ou ne connaissent pas cette possibilité ;

70 % se déclarent favorables au statut d'infirmier en pratique avancée, 22 % ne se prononcent pas ou ne connaissent pas ; 7 % s'y opposent et 1 % ne répondent pas à la question.

Parmi ceux qui sont favorables (243) au statut d'infirmier en pratique avancée, 221 (soit 91 %) accepteraient un suivi par un ou une IPA.

2 Comparaison des réponses selon que les personnes déclarent être atteintes ou non de maladie(s) chronique(s).

Les réponses à la question « souffrez-vous de maladie(s) chronique(s) permet de distinguer deux populations. **212 personnes (61 %)** déclarent souffrir de maladie(s) chronique(s), **123 (35 %)** n'en déclarent pas. Enfin 3 % répondent « je ne sais pas » et 1 % ne répondent pas soit 12 personnes que l'on ne peut classer dans l'une ou l'autre de ces deux catégories.

Les questions concernant les évolutions récentes des pratiques infirmières permettent de prendre la mesure de l'impact de la connaissance ou non des nouveaux dispositifs. Les personnes ayant répondu considèrent massivement que les évolutions en terme de vaccination par les infirmiers(ères) sont positives, les soins à distance sont plus modérément acceptés et encore peu connus en particulier par les personnes souffrant de maladies chroniques (plus âgées).

⁹¹ La liste des départements était incomplète durant les premiers jours de diffusion du questionnaire ce qui peut expliquer que 12 personnes n'aient pas précisé leur département de résidence.

Tableau 1 : Comparatif des réponses selon le profil des répondants

Personnes souffrant de maladies chroniques (n=212)	Personnes ne déclarant pas être atteintes de maladies chroniques (n=123)
83 % favorables à la vaccination anti grippe par les infirmiers	85 % favorables à la vaccination anti grippe par les infirmiers
83 % favorables à la vaccination anti COVID par les infirmiers	86 % favorables à la vaccination anti COVID par les infirmiers
Télésoins par les infirmiers : - <u>38 % favorables</u> - 35 % opposés - 8 % « je ne sais pas » - <u>19 % « je n'ai pas connaissance de cette possibilité de soins à distance »</u>	Télésoins par les infirmiers : - <u>42 % favorables</u> - 36 % opposés - 10 % « je ne sais pas » - <u>12 % « je n'ai pas connaissance de cette possibilité de soins à distance »</u>

Source : Mission

Les personnes qui ne déclarent pas de maladies chroniques et sont favorables à la pratique avancée envisagent massivement (97 %) cette possibilité pour elles-mêmes, reflet de la confiance envers les infirmières.

A la question portant sur « le nouveau statut d'« infirmier en pratique avancée » pour le suivi de certains patients chroniques » était adjointe la précision suivante : « Il s'agit d'un infirmier qui acquiert des compétences relevant du champ médical (deux années d'études supplémentaires) et qui suit des patients qui lui sont confiés par un médecin, avec l'accord du patient (examens cliniques, suivi, renouvellement d'ordonnance) ».

Les personnes répondant OUI accédaient à la question suivante « Si oui, seriez-vous favorable à un suivi de votre santé et de vos soins qui prévoirait à la fois des consultations auprès de votre médecin traitant, et un suivi régulier par un infirmier en pratique avancée pour vos renouvellements de traitement par exemple (sachant qu'en cas de problème, l'infirmier peut vous réorienter vers le médecin à tout moment) ? »

Près de 20 % des personnes atteintes de maladies chroniques ayant répondu au questionnaire n'ont pas connaissance de la pratique avancée, elles ne sont que 11 % parmi les personnes ne déclarant pas de maladies chroniques. Ceci peut contribuer à la différence de 10 points en ce qui concerne l'avis positif (67 % versus 77 %)

Lorsqu'il est demandé aux personnes de se projeter par rapport à leur propre situation, les réponses diffèrent de façon plus nette entre les personnes souffrant de maladies chroniques et pouvant donc réfléchir par rapport à leur situation actuelle (87 % favorables) et celles possiblement moins concernées à court et moyen terme (97 % favorable), ce qui peut être le reflet d'une confiance « à priori » dans les compétences des infirmiers(ères). Le niveau de connaissance du dispositif n'interagit plus ici.

Tableau 2 : Perception de la pratique avancée infirmière selon le profil des répondants

Personnes souffrant de maladies chroniques (n=212)	Personnes ne déclarant pas être atteintes de maladies chroniques (n=123)
Infirmier(ère) en pratique avancée : - <u>67 % favorables</u> - 7 % opposés - 7 % « je ne sais pas » - <u>19 % « je n'ai pas connaissance de ce nouveau statut »</u> - 0 % pas de réponse	Infirmier(ère) en pratique avancée : - <u>77 % favorables</u> - 7 % opposés - 4 % « je ne sais pas » - <u>11 % « je n'ai pas connaissance de ce nouveau statut »</u> - <u>1 % pas de réponse</u>
Si favorable à la pratique avancée (n=141), acceptation pour soi (dans sa situation) : - <u>87 % favorables (n=122)</u> - 8 % opposés - 5 % « je ne sais pas »	Si favorable à la pratique avancée (n=86), acceptation pour soi : - <u>97 % favorables</u> - 3 % opposés

Source : Mission

3 Analyse qualitative des réponses à la question « Pouvez-vous préciser en quelques mots votre avis sur le transfert de compétences des médecins vers les infirmiers? » apportées par les personnes atteintes de maladies chroniques

3.1 Les personnes souffrant de maladies chroniques et envisageant de bénéficier de l'intervention des IPA évoquent une fois sur deux les compétences infirmières

Les personnes souffrant de maladies chroniques et acceptant l'éventualité d'un suivi et d'un accompagnement par un infirmier(ère) en pratique avancée (n=122) ont précisé leur avis pour 105 d'entre elles.

Les réponses ont été classées à partir des préoccupations exprimées à savoir la question des déserts médicaux, les compétences infirmières, la nécessité de libérer du temps médical, une évolution sous conditions et des remarques de niveau général. Plusieurs réponses concernaient différents thèmes.

3.1.1 Près d'une fois sur quatre (25 commentaires), la question des déserts médicaux motive leur avis favorable

Les termes d'absolue nécessité, d'obligatoire, d'évident, d'indispensable et d'intéressant sont employés pour faire face au manque de médecins, quelques réponses :

« Ceci parait obligatoire, vu la multiplication des déserts médicaux.../...

Du fait de la désertification de médecins traitants ou de spécialistes, des problèmes de transports, il est important que l'on puisse donner certaines compétences aux infirmiers

Cela peut-être un bien en voyant désertification médicale

Ces pratiques permettraient de soulager les médecins de certaines charges et ça contribuerait à combler certains déserts en attendant la formation des futurs médecins

Compte tenu du contexte de désertification médicale sur un grand nombre de territoires c'est une absolue nécessité, que ce transfert de compétences

Devant la pénurie de médecins si les IPA peuvent renouveler les ordonnances, du temps médical sera dégagé pour des prises en charges plus lourdes demandant une expertise de médecin

En certaines circonstances et dans des limites, les IPA pourraient être une réponse, partielle, aux déserts médicaux

Evident devant les déserts médicaux et la compétence des infirmiers

Indispensable en raison d'une disponibilité médicale en net recul (causes démographiques et sociétales)

Je pense que c'est intéressant étant donné le manque de médecins et le peu de temps que certains ont à nous donner

Les IPA permettent la poursuite des soins, en particulier dans les territoires où la démographie médicale est en tension. Le maintien du lien avec un PS est indispensable

Notre département, comme beaucoup d'autres, fait partie des déserts médicaux et cela peut être une aide de personnes compétentes pour les médecins, ce qui éviterait peut-être des rendez-vous tardifs et ""expédiés"" trop vite »

3.1.2 Une fois sur deux (52 réponses) les commentaires font référence aux compétences des infirmiers ainsi qu'à leur proximité

La place des infirmiers(ères) est d'ores et déjà reconnue dans le suivi et l'accompagnement des personnes confrontées à la chronicité. Les pratiques avancées sont déjà à l'œuvre pour certains répondants. La proximité relationnelle et l'écoute sont valorisées ainsi que la capacité à alerter en cas de besoin. Certaines situations sont décrites précisément afin d'illustrer les attentes des patients.

« Avis personnel favorable. Plus de proximité relationnelle. Approche du malade sans doute plus globale,

Je pense que les infirmiers sont tout à fait aptes à décharger les médecins de certains actes

Ayant eu un AVC ne nécessitant pas une hospitalisation en SSR mais toutefois m'ayant conduite à rester allongée de nombreuses semaines j'aurais apprécié d'être suivie par une infirmière de pratique avancée, tant pour le suivi de mes traitements que l'inquiétude liée à la peur d'une récurrence. L'isolement d'un malade chronique, pire polypathologique, mériterait un suivi de ce type, relai entre le malade et le médecin.

Dans le cadre d'un suivi de maladie chronique l'infirmier(ère) a normalement toutes les compétences pour déterminer une évolution négative éventuelle qui nécessiterait de revoir le médecin traitant.

Dans nos maladies chroniques les infirmières se spécialisent et sont souvent plus dans le "vivre avec" des patients souvent formés à l'ETP, assurent l'information sur les maladies les examens les traitements (voir Biosimilaires) ...

Les infirmières sont au contact des malades et connaissent leurs patients, bien souvent elles peuvent orienter les médecins sur les soins les plus appropriés

Facilité plus grande pour les malades d'accéder aux soins. Prise en charge plus personnalisée

Favorable notamment dans un parcours de soins, certains actes peuvent être réalisés par une ou un IPA

Il me semble intéressant de permettre aux infirmiers de monter en compétence et de décharger les médecins de certaines tâches

Il y aura une meilleure prise en charge car l'infirmière sera spécialisée dans un domaine. Je trouve que certains infirmières et infirmiers sont aussi compétent que les médecins

Je vois l'avantage d'une plus grande disponibilité d'une personne connaissant la pathologie chronique pour obtenir une réponse en cas de problème notamment au vu du délai pour obtenir un RV avec spécialiste mais également un temps d'écoute et d'échange plus important

Je suis assez favorable à cette mesure, pour moi patient ça ne me dérange pas d'avoir à faire à un infirmier de pratique avancée et pour l'infirmier c'est une possibilité de se spécialiser

Ce n'est pas à moi de définir ce qui peut être délégué ou pas comme compétences, cela doit dépendre des situations et des cas. Il me semble que la profession infirmière est mieux préparée à se projeter au domicile et peut avoir un discours complémentaire du médecin hors du cadre du cabinet. Il me semble que pour le suivi des traitements cela devrait être efficace

Certains Infirmiers ont la capacité de prendre en charge des pratiques + avancées et c'est une excellente solution pour remédier au manque de médecins à assez court terme

Le nombre de psychiatre se faisant cruellement ressentir, l'infirmier de pratique avancée permettrait d'avoir un suivi régulier et à intervalle moins espacé.

Les Infirmier(e)s sont souvent plus proches des patients que les médecins. Le lien "quasi-filiale" qui existe avec le patient facilite la prise en charge

Les infirmières sont au plus près des patients et de la population se déplacent au domicile, sont dans les structures de soins et de prévention alors que les médecins ne se déplacent plus. Certains actes sont déjà depuis longtemps avant même la reconnaissance par les textes

Les infirmiers sont plus à même de bien connaître les patients et de mieux interagir sur leur prise en charge quotidienne; ils ont aussi une proximité relationnelle qui manque aux médecins (par manque de temps)

Les maladies chroniques sont déjà suivies par des infirmières pour l'ensemble des dialyses

Les Infirmiers sont souvent plus proches des patients, les patients se confieront plus à une infirmière

Pour l'épilepsie, maladie chronique qui concerne ma fille .../...un suivi par un IPA en association avec les consultations du neurologue est nécessaire - et fait grandement défaut actuellement - pour aborder tous les sujets d'ETP de manière personnalisée, le suivi de la maladie et effets secondaires des ttt à rapporter au neuro, le suivi du SNV (stimulateur du nerf vague). Un n° de tel avec un IPA au bout du fil pour les questions urgentes est nécessaire .../...ou pour toutes les questions liées au parcours de vie / parcours de santé (ETP, ETP familiale, accompagnement dans la constitution d'un dossier d'invalidité, un dossier MDPH, des démarches Education Nationale, mise en relation pour une évaluation neuropsychiatrique, un bilan épilepsie et travail, épilepsie et contraception - désir d'enfant, etc.) ... Les IPA peuvent être des acteurs-clef pour assumer ces compétences, que les médecins n'ont ni le temps ni la formation pour les assumer

Souvent les infirmiers sont plus proche des malades et plus disponibles

Une excellente évolution de la prise en charge avec une diminution des temps d'attente, et plus de temps d'écoute »

3.1.3 Plus d'une fois sur quatre (23 réponses) les personnes entendent la possibilité d'améliorer l'accès au médecin, libéré d'un certain nombre d'activités

Le développement de la pratique avancée infirmière est ressentie comme une possibilité de mieux accéder au médecin en cas de complication (besoin d'expertise) ou de problèmes urgents.

« Cela permettrait des délais plus courts de consultation, cela pourrait améliorer l'accès aux soins en France
Devant la pénurie de médecins si les IPA peuvent renouveler les ordonnances, du temps médical sera dégagé pour des prises en charges plus lourdes demandant une expertise de médecin
Du temps libéré pour les médecins, entre autres pour pouvoir accueillir de nouveaux patients. Amélioration de l'accès aux soins pour les patients
C'est une complémentarité du médecin qui peut le libérer d'actes ou d'examens et se concentrer sur l'expertise
Je pense que c'est bénéfique pour les médecins. Ils pourront in fine se consacrer à des soins plus urgents.
Les actes simples permettraient de soulager les médecins surchargés depuis qu'ils sont aux 35h et plus comme les anciens médecins qui battaient les campagnes à n'importe quelle heure du jour et de la nuit.
Libération de temps pour le médecin afin de traiter d'autres patients
Plus de disponibilités pour les médecins; meilleur suivi pour les patients souffrant de pathologies chroniques
Raccourcir le délai pour les consultations avec le médecin traitant. Egalement avec les spécialistes concernés qui sont souvent injoignables en cas de problèmes urgents »

3.1.4 De façon plus anecdotique (5 commentaires) des patients signalent des situations où la consultation médicale ne devrait pas être nécessaire

Les patients ont parfois le sentiment de déranger le médecin pour des raisons qui pourraient être vues avec et par une infirmière en pratique avancée.

« De nombreux actes, dont des actes techniques, ne nécessitent pas 10 à 12 ans d'études
Je trouve très positif car souvent j'ai l'impression de déranger mon généraliste pour quelque chose qui n'a pas besoin de ses compétences. D'ailleurs en Grande-Bretagne ce genre de pratique se fait depuis longtemps.
Je pense que les renouvellements d'ordonnance par les médecins sont souvent une perte de temps et inutilement coûteux pour la sécurité sociale; d'autant plus que le médecin exige souvent un délai de deux semaines pour un rendez-vous.
Je suis suivie à long terme pour deux pathologies (hypertension et endobrachiosophage) mais elles sont bien stabilisées par les médicaments; Je suis rarement malade. Je ne vais donc souvent chez le médecin que pour le renouvellement de mes ordonnances alors qu'ils sont débordés.
Le renouvellement d'ordonnance pour hypo thyroïdie, pour une ordonnance de vaccin (rappel ou autre) ne nécessite pas pour moi un temps avec le médecin. Je préfère une écoute plus attentive avec l'IDE et une transmission au médecin pour une consultation plus attentive si besoin car en principe il aura plus de temps

3.1.5 Près d'un commentaire sur 6 (18 commentaires) émet des conditions à la pratique avancée (formation des infirmiers et des médecins, revalorisation des infirmiers, conditions de travail et alerte en cas de besoin vers le médecin

Conditions de formation (quelques confusions avec les protocoles de coopération):

- « - A condition que la formation continue soit obligatoire pour les médecins ET les infirmier(e)s,
- L'accès au médecin généraliste est de plus en plus difficile dans certaines régions voire certains quartiers en ville. Les infirmiers(ères) étant plus nombreux, cela faciliterait la tâche des uns et des autres. Encore faut-il qu'ils soient bien formés.
- J'y suis tout à fait favorable, je n'y vois aucun frein majeur dès lors que le professionnel concerné a reçu la formation adéquate.
- On peut transférer certaines compétences à des IDE mais ce transfert doit être encadré et nécessite une validation des compétences acquises. (Certification, Diplôme...)
- Oui si le personnel est très bien formé et connaît le patient malade pour l'avoir déjà rencontré et vu le suivi avec le médecin »

Condition de revalorisation des infirmiers

- « - C'est une bonne chance pour désengorger les cabinets médicaux. Positif si revalorisation réelle pour les IDE
- Les transferts sont toujours profitables si cela soulage les médecins dans les zones où il en manque. A condition que les infirmières soient rémunérées en fonction.
- Ce transfert est indispensable à condition de revaloriser la rémunération des infirmières et infirmiers »

Conditions de préservation des conditions de travail des infirmiers (quelques confusions avec les protocoles de coopération)

« -Je travaille en milieu hospitalier donc je connais très bien le fonctionnement. Je trouve que cela peut être une solution pour pallier le manque de médecins et du coup le manque de suivi régulier mais il faut rester vigilant et protéger les IDE à qui on en demande de plus en plus

J'y suis très favorable si l'infirmière ou infirmier est attaché à la communication et dans la mesure où le temps imparti est suffisant à l'écoute des personnes

Le transfert de compétences des médecins vers les infirmiers nécessite une vigilance afin de ne pas être au détriment de la mission première des infirmiers. En clair il ne faut pas que les actes délégués diminuent le temps nécessaire aux actes infirmiers ».

Conditions d'alerte vers le médecin

- « -Cela devrait surtout permettre de pallier au manque de généralistes pour les maladies dont le traitement se répète à condition que tout ce qui pose alerte soit immédiatement retourné vers le médecin
- Un suivi plus approfondi et régulier en liaison avec le médecin traitant qui peut intervenir en cas de dérive »

3.1.6 22 commentaires d'ordre général (20 %) éclairent les préoccupations des personnes atteintes de maladies chroniques (spécialisation ou pas des IPA, téléconsultation versus IPA, expériences étrangères)

« Cela existe avec succès depuis longtemps dans d'autres pays, la France ne ferait que rattraper son gros retard en ce domaine

Ces infirmiers pourraient peut-être permettre des contacts plus faciles, ce qui est parfois compliqué avec les médecins car moins accessibles

Il faut soulager les médecins sans mettre notre santé en danger

Je n'ai rien contre ce poste mais ma 1 ère expérience n'a vraiment pas été concluante. (HDJ PNEUMO LE 8 SEPTEMBRE 2021) L'IPA m'a changé complètement mon traitement. Mauvaise appréciation des autres pathologies ce qui m'a amené à prendre contact avec un spécialiste au CHU concernant l'autre pathologie ! Je trouve cela dommage. Si ce poste est important, il faut impérativement que les IPA prennent en compte les diverses pathologies et ne pas se cantonner uniquement dans leur spécialité.

Je suis dubitative, car un traitement ne peut être modifié sans l'avis d'un médecin. Pour ce qui est de la veille auprès des patients atteints de maladies chroniques, c'est formidable.

Lors de mon "vrai faux Covid" du printemps 2020 j'ai fonctionné en téléconsultation avec mon médecin traitant. Les outils numériques sont un plus dans la palette des soins primaires pour les IDEL. Pour autant ils ne peuvent remplacer que temporairement le lien nécessaire d'un regard physique avec le patient.

Obligé par manque de médecins, pour leur dégager du temps pour les réels problèmes. Ancienne infirmière, je pense que nous sommes tout à fait capables, sous certaines conditions, de se spécialiser dans un autre domaine que ceux déjà existants et de faire des prescriptions dans une limite bien définie.

Pour la fibromyalgie, il manque un référent plus présent que ne peut l'être le généraliste.

Vivant quelques mois par au Québec où cette pratique est largement répandue y compris avec les pharmaciens, j'ai pu constater les côtés positifs de cette pratique"

3.2 Une minorité de patients atteints de maladies chroniques favorables à la pratique avancée mais pas pour leur situation (n= 10 soit 10 %) craignent une dilution de l'information et pensent que la pratique avancée serait utile pour des situations moins lourdes

« Ma maladie touchant tout mon corps et mes organes, j'ai besoin de ma consultation trimestrielle avec mon médecin traitant en plus de mes consultations ponctuelles avec des médecins spécialistes. Le suivi avec le médecin est nécessaire pour ne pas diluer l'information ni se répéter, voire omettre des informations. J'envisage une délégation à l'infirmier uniquement dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire comme à l'hôpital.

Toutes les pathologies ne semblent pas pouvoir être concernées. Exemple suivi Avant et Post Greffe

La formation n'est pas la même, donc risque de passer à côté de nouveaux soucis de santé.

Pour les maux basiques pas de souci. En revanche pour le suivi d'une maladie chronique, je préfère le suivi du spécialiste ».

3.3 Les patients atteints de maladies chroniques qui se déclarent opposés à la pratique avancée infirmière (14 personnes, 7 %) discutent les compétences et qualifications, la place de chacun et la répartition des responsabilités, l'accord du patient et le risque de limiter l'accès au médecin.

« L'idée et le principe sont intéressants et dans les faits il y a déjà des glissements de tâches mais cela repose trop sur la capacité de l'IDE à détecter à partir de quand il faut l'intervention du médecin. Cette profession est trop tournée vers l'aide apportée au médecin et beaucoup moins vers le plus apporté au patient. Lorsqu'on leur demande de se présenter au patient et de lui expliquer quelle est la valeur ajoutée pour lui la première réponse le plus souvent est "cela fait gagner du temps " au médecin...cette profession se met en place dans le silence. Ces professionnels n'ont pas l'habitude de se présenter. L'accord du patient n'est pas demandé et le danger est que l'IDE fasse barrière à l'accès au médecin...manque de clarté et d'infos++++aussi bien dans les établissements de santé que dans la médecine de ville. L'aspect coordination n'est pas mis en avant...

Par manque de médecins, on transfère les actes à des personnes moins qualifiées

Je ne trouve pas judicieux de transférer certaines compétences aux infirmiers, car, à terme, on risque d'être très mal évalués et soignés. Le médecin qui a une formation longue, ne peut pas être remplacé à mon sens; on comprend que ce projet vise à pallier la carence de médecins sur le territoire.

L'état n'a pas formé suffisamment de médecins, fait appel à des médecins étrangers ce qui détourne ces derniers de leur implication dans leur propre pays. La politique budgétaire et uniquement financière a considérablement appauvri le système de santé. Manquant de moyens, on recherche des artifices de compensations. Néanmoins, certaines tâches peuvent être déplacées vers les infirmiers ou pharmaciens sans occulter la RESPONSABILITE du médecin.

Juste une idée pour gérer la pénurie de médecins

Formons plus de médecins et respectons-les. Nous laisserons ainsi les infirmiers à leur place.

Le risque est que l'infirmier ne sache pas ce qu'il faut faire - entre 2 ans d'études supplémentaires pour les IDE et les 8 ans d'études de médecine (au minimum), on ne peut pas comparer !

Pour ma part se sont deux métiers différents qui ne sont pas interchangeables bien que complémentaires. A chacun sa compétence. Le 1er ordonne les soins le second les pratiques

N'ont les compétences d'un médecin

Contre, une drôle de manière de prétendre résoudre le problème !

Les infirmiers peuvent avoir un intérêt pour orienter les patients mais chacun son rôle pour moi

Bonne idée pour la vaccination. En revanche, les maladies chroniques doivent être prises en charge par les médecins.

Un glissement de fonction dangereux »

4 Analyse qualitative des réponses à la question « Pouvez-vous préciser en quelques mots votre avis sur le transfert de compétences des médecins vers les infirmiers? » apportées par les personnes ne déclarant pas de maladies chroniques.

4.1 Les personnes non atteintes de maladies chroniques sont favorables à la pratique avancée de façon générale et pour eux-mêmes

Les personnes ne déclarant pas de maladies chroniques et acceptant l'éventualité d'un suivi et d'un accompagnement par un infirmier(ère) en pratique avancée (n= 49) ont précisé leur avis pour 44 d'entre elles.

Les réponses ont été classées à partir des préoccupations exprimées à savoir la question des déserts médicaux, les compétences infirmières, la nécessité de libérer du temps médical, une évolution sous conditions et des remarques de niveau général. Plusieurs réponses concernaient différents thèmes.

4.1.1 Les déserts médicaux (accès aux soins) sont évoqués dans 9 commentaires (1/5) ainsi que la complémentarité des deux professions à domicile et en EHPAD, une certaine confusion IDE-IPA

« C'est important de revaloriser cette profession dans le désert médical actuel. Les IDE ont beaucoup de responsabilités, mais leur salaire n'est pas à la hauteur de ces responsabilités. Il faut s'assurer que les médecins puissent répondre effectivement en cas de problème des IDE face à une situation.

Comme les médecins se font rares en particulier dans certains territoires il faut trouver des coopérations médecins infirmiers pour que les soins ne soient pas interrompus

Déserts médicaux, éloignement du médecin, proximité des infirmiers

Permet un suivi en cas de maladie chronique. Améliorer la prise en compte des symptômes ressentis par les patients. Particulièrement intéressant en milieu rural où la densité médicale est faible

Je suis favorable à une montée en responsabilité des infirmières car cela peut aider dans les déserts médicaux et pour le suivi en EHPAD par exemple. Si les médecins ainsi soulagés pouvaient consacrer plus de temps à leurs patients (DMP, directives anticipées), ce serait une très bonne chose.

Les médecins sont surchargés et absents des zones rurales, cette possibilité permettrait un meilleur accès à la santé.

Permet de pallier un peu au manque de médecins

Un certain nombre d'actes sont réalisables par des infirmiers formés concernant des maladies chroniques. En outre, la possibilité de pouvoir prendre le temps d'accompagnement sécuriserait les malades et allégerait le travail des médecins. Une solution pour les territoires en manque de médecins

Habitant du nord de la Martinique où il y a une forte population de personnes âgées et un désert médical cela permettra de donner une chance à tous pour accéder aux soins »

4.1.2 14 commentaires (1/3) font référence aux compétences infirmières, la relation de confiance tissée avec le patient et la proximité, une certaine confusion IDE-IPA

Quelques citations :

« Augmenter la disponibilité et la proximité pour faciliter une relation de confiance

Cela me semble bien car les infirmiers sont plus proches des patients en général

Cela ne peut être que bénéfique. Meilleure prise en charge des patients.

Cela permet d'alléger la charge de travail du médecin et d'élargir les compétences de l'infirmier ; il faut que le salaire suive cependant ...

C'est important de revaloriser cette profession dans le désert médical actuel. Les IDE ont beaucoup de responsabilités, mais leur salaire n'est pas à la hauteur de ces responsabilités. Il faut s'assurer que les médecins puissent répondre effectivement en cas de problème des IDE face à une situation.

L'infirmière connaît parfaitement son patient, visite journalière voir 2fois."

Infirmière plus proche que le médecin, passage quotidien de l'infirmière

J'ai confiance dans la spécialisation des infirmiers. Le temps de qualité, l'augmentation des effectifs et l'expérience dans leur domaine de compétence seront un atout pour le patient là où le médecin surbooké ne peut plus intervenir et suivre dans des délais raisonnables.

Je pense surtout que les infirmiers ont une autre approche de la santé et des soins. Ils sont très complémentaires et ce serait bien si leur formation pouvait développer une approche "préventive" du soin. Nous n'avons pas besoin de super héros ou de Zorro, mais de personnes capables de prendre le temps d'écouter ce qui se passe pour la personne malade et de prendre en compte cette expérience de malade pour ajuster les propositions de soins, et surtout de ne pas attendre que la maladie prenne une tournure catastrophique pour intervenir.

Les infirmiers doivent pouvoir évoluer plus, que ce soit dans des niveaux de responsabilités, de soins techniques ou de suivi de patients

Permettra un meilleur suivi de soins des patients par plus de temps et d'écoute des IDE (manque de temps bien souvent évoqué par les médecins qui enchainent les consultations) »

4.1.3 10 commentaires (1/4) font référence à la libération de temps médical pour permettre au médecin de suivre des cas nécessitant un suivi plus important et de conserver un rôle d'expertise

« Bonne initiative et peux répondre aux besoins en conservant aux médecins leur rôle d'expert médical.

Cela permet d'alléger la charge de travail du médecin et d'élargir les compétences de l'infirmier ; il faut que le salaire suive cependant ...

Cela permettrait de gagner du temps pour en laisser davantage au médecin pour se consacrer à son patient

Etant donné la pénurie de médecins, je pense que la participation des IPA sera une bonne chose pour permettre aux médecins d'avoir plus de temps pour recevoir des patients dont l'état de santé nécessite un suivi plus important.

Gain de temps car médecins surchargés

Intéressant ! Cela désengorgerait les cabinets médicaux !

Libérer du temps pour le médecin »

4.1.4 2 commentaires font référence à l'absence d'intérêt de la réalisation certains actes et consultations par un médecin en particulier dans le champ de la prévention (vaccination, surveillance de l'état de santé)

Certains actes ne nécessitent pas d'être médecin. Cela participe d'une réduction de coûts et permet de lutter utilement contre la saturation des médecins. Par ailleurs ça favorise l'attractivité du métier d'infirmier.

Pourquoi confier à des médecins hyper qualifiés et peu nombreux des actes simples tels que la surveillance générale de l'état de santé ou le respect des obligations sanitaires telles que les vaccinations. Les IDE peuvent le faire très bien.

4.1.5 7 commentaires (1/6) insistent sur les conditions de formation, d'expérience et surtout sur les conditions de travail en équipe pluridisciplinaire avec réunions cliniques

Conditions de formation et d'expérience :

« Compte tenu du manque de médecins il est important de permettre à des infirmiers expérimentés de pouvoir progresser au plan professionnel en validant leurs acquis professionnels et en les accompagnant par une formation complémentaire pour réaliser des actes médicaux et le suivi de patients chroniques.

Formation adéquate

Il faut d'abord cibler la nature de ses compétences avec formation complémentaire en libéral et/ou en Communautés Professionnelles de Territoire (CPTS) »

Condition de travail en équipe +++++

« Cela peut améliorer les délais d'obtention des rendez-vous mais le médecin doit se charger de réorienter le patient vers un infirmier quand c'est possible

Je serai d'accord si la coordination médecin et infirmiers se fait en bonne intelligence et dans un climat de confiance, mais attention aux dérives

Le transfert de compétences médicales suppose une pratique professionnelle expérimentée dans divers services hospitaliers et une connaissance clinique élargie à la base de connaissances de la profession de base. J'entends par connaissances élargies des connaissances de base en épidémiologie, en physiopathologie, et une pratique de clinicien avec un diagnostic de situation complet comprenant les aspects médicaux, sanitaires, et sociaux des personnes suivies. En d'autres termes, il conviendrait d'une visibilité du travail et un contrôle au minimum médical sur les situations qui pourraient être exposées en réunion clinique avec un médecin capable de corriger ou d'explorer plus loin une personne concernée par ce suivi.

Très positif à condition que ces infirmiers travaillent avec l'équipe médicale »

4.1.6 Les commentaires généraux (8 soit 1/5) portent sur la revalorisation salariale, l'identité de l'IPA (associée au manque de médecin ?), les nouvelles technologies et les risques de parcours de soins parallèles

Revalorisations salariales :

« C'est important de revaloriser cette profession dans le désert médical actuel. Les IDE ont beaucoup de responsabilités, mais leur salaire n'est pas à la hauteur de ces responsabilités. Il faut s'assurer que les médecins puissent répondre effectivement en cas de problème des IDE face à une situation ».

Identité des IPA et communication:

« Faut-il dissocier ce nouveau métier du manque de médecin ?

« C'est pas trop tôt ! »

« Mieux vaut un infirmier(e) bien formé(e) qu'un médecin débordé ou absent »

Nécessiter de communiquer sur les activités que peuvent faire les infirmiers pour décharger les cabinets médicaux ex campagne vaccin grippe faite uniquement par les infirmiers »

Les nouvelles technologies parfois suffisantes :

« Je suis actuellement suivi via une application pour mon DT2. Dubitatif au début, un lien s'est créé au travers de cette application et permet un suivi de cette ALD de manière un peu personnalisée à travers un suivi régulier des glycémies et un bilan sanguins transmises. La sollicitation d'une réponse ou inquiétude est simplifiée par une messagerie intégrée à l'application et permet d'avoir des réponses rapides (<48h) ... »

Le risque de complexifier les parcours de soins et d'altération du service rendu au patient

« Le transfert de compétence équivaut à un accroissement des compétences, élargissement des missions des personnels concernés. Je redoute que -comme d'habitude- nous fassions d'une bonne idée une catastrophe. Ces transferts peuvent signifier un accès encore plus difficile aux médecins et services spécialistes. Est-ce que les personnels sur le terrain auront réellement la capacité de faire face à leurs nouvelles missions ? Qui assurera la coordination entre le médecin et l'infirmier de secteur ? En auront-ils une rémunération conséquente. Ou cela sera-t-il de nouveau une réforme façon glissement de la charge de travail d'un professionnel vers un autre qui ne verra pas lui son poste aménagé pour la nouvelle charge de travail. D'où un plus mauvais service rendu au patient ».

4.2 Les personnes ne déclarant pas de maladies chroniques qui sont opposées à la pratique avancée infirmière (8 personnes, 7 commentaires, 7 %) soulèvent le risque de bousculer les identités professionnelles et de masquer les difficultés pour pallier à un problème de démographie médicale mais également au manque d'infirmier dans les services de soins

Ne pas bousculer les identités professionnelles et les besoins actuels en infirmiers :

« Je suis IDE retraitée et mon expérience professionnelle me permet de ne pas adhérer

Il manque de personnel pour assurer les soins actuellement, pas besoin de surcharger leur travail. Le personnel infirmier en place a peu la possibilité de se former sur des temps convenables de formation

Chaque corps de métier a ses formations

Pour certains soins ou actes qui relèvent de la "bobologie" c'est une bonne chose, mais la réévaluation de l'état du patient doit être réalisée régulièrement par le médecin traitant et non par un infirmier

Laissons à chaque profession ses caractéristiques »

Transférer les compétences pour masquer les problèmes

« Pallier au manque de médecin par du transfert de compétence masque les problèmes et ne les résout pas »

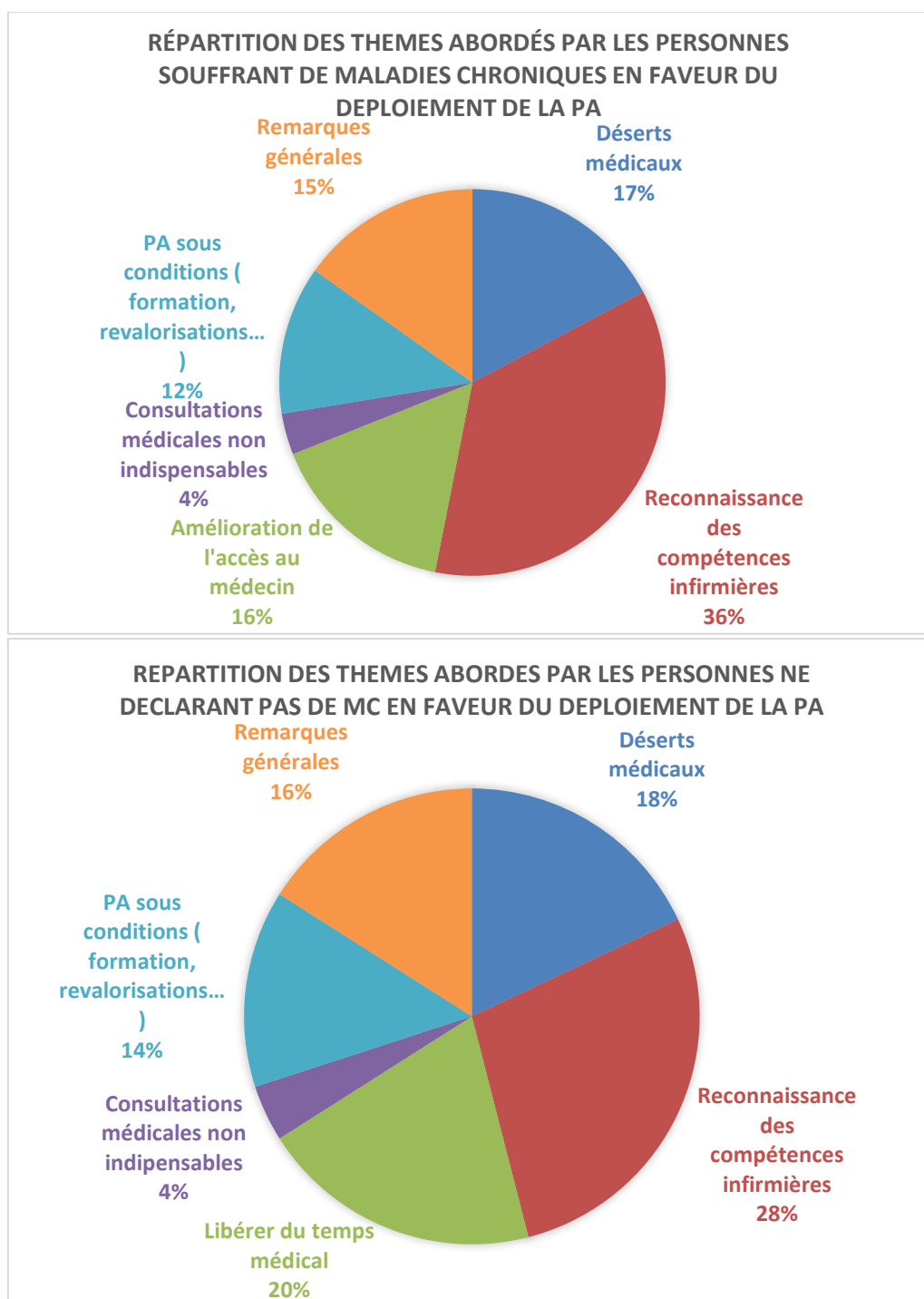
Pallier le manque de médecins vers un transfert de compétences auprès des infirmiers ne résoudra en aucun cas le véritable problème

Une fois que les infirmiers seront en surcharge, on transférera leurs compétences aux aides-soignants ??? »

5 Comparaison des thèmes abordés par les deux populations pour argumenter l'intérêt de la pratique avancée infirmière

Si les avis des personnes atteintes de maladies chroniques et celles qui déclarent ne pas en souffrir sont proches, les réponses à la question concernant les transferts de compétences présentent quelques particularités.

Les personnes vivant avec des maladies chroniques utilisent des termes plus marqués par l'urgence d'agir pour traiter de la difficulté d'accès aux soins dans les déserts médicaux. Elles expriment une confiance vis-à-vis des infirmiers plus affirmée et plus argumentée. Concernant les médecins, il s'agit pour eux de favoriser un meilleur accès en cas de besoin (suivi avec expertise, réponse à l'urgence). Pour les personnes ne déclarant pas de maladie chronique, c'est plutôt la notion de libération du temps médical qui est utilisée. Un thème commun émerge, celui du risque d'un éloignement d'un parcours coordonné pour aller vers un parcours paramédical qui éloignerait de l'expertise médicale.



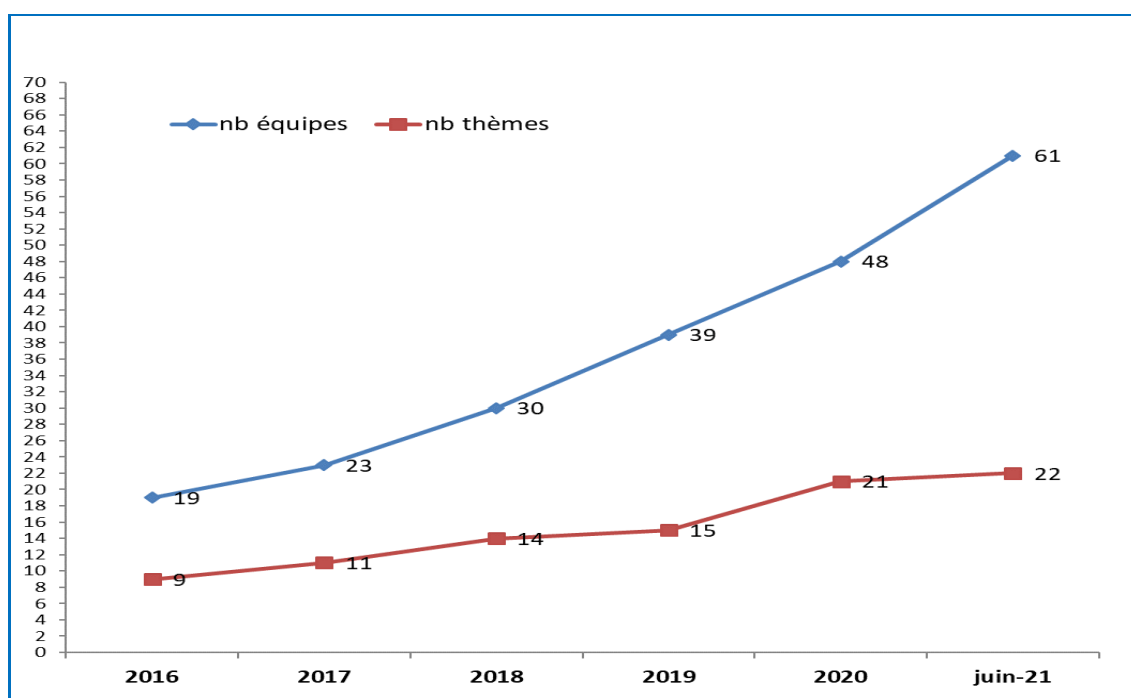
Source : Mission

ANNEXE 11 : Exemples hospitaliers

L'APHP : Un engagement de 1000 professionnels en coopération d'ici 5 ans

L'APHP manifeste un vif intérêt pour les protocoles de coopération. Le schéma ci-dessous montre une dynamique déjà présente depuis plusieurs années qui devrait, selon les cadres de l'APHP, se démultiplier, les textes sur les protocoles locaux étant désormais publiés.

Schéma 1 : Evolution des adhésions aux protocoles de coopération à l'AP-HP entre 2016-2021



Source : AP-HP

Le projet d'établissement 2021-2025 de l'AP-HP met l'accent sur les possibilités d'évolutions de carrières pour les paramédicaux (PC mais aussi pratiques avancées, fonction de tutorat, d'enseignement et de recherche, métiers de coordination) et la notion d'équipe. Un des principaux leviers identifiés concerne le développement des protocoles de coopérations entre médecins et paramédicaux d'une part, et entre différents métiers paramédicaux, d'autre part.

L'objectif du projet social cible 1000 professionnels engagés en coopération d'ici 5 ans. Dans cette dynamique interprofessionnelle à amplifier, il s'agit notamment de dynamiser l'évolution des métiers en développant les protocoles de coopération entre professionnels de santé, avec 3 lignes directrices :

- Associer les médecins en amont des projets ;
- Assurer une montée en puissance du nombre de protocoles et du nombre d'adhérents ;
- Formaliser le circuit d'élaboration des protocoles et de validation qui associe la commission médicale d'établissement (CME centrale) et la commission de soins Infirmiers, de rééducation et médicotextuels (CCSIRMT) dans le respect des besoins de santé, de qualité et de sécurité des soins.

Parmi les axes médicaux stratégiques, l'accompagnement des patients polypathologiques et atteints de maladies chroniques fait partie des cinq qui feront l'objet d'une attention plus particulière sur la mise en œuvre du projet médical et le développement des protocoles de coopération y trouve une place particulière. Parmi les objectifs que l'AP-HP, se fixe :

- Étendre la démarche parcours pour l'ensemble des maladies chroniques à partir des projets déjà initiés pendant le précédent plan stratégique, en particulier ceux conduits dans le cadre des expérimentations innovantes de "l'article 51", notamment le parcours des insuffisants cardiaques sévères et le parcours obésité ;
- Conduire des études médico-économiques sur l'extension de ces expérimentations dans la perspective de forfaits de financements pérennes ;
- Repenser le rôle des paramédicaux (infirmiers de coordination, de pratique avancée, protocoles de coopération...) afin de mieux structurer une organisation pluri-professionnelle et pluridisciplinaire.

S'agissant des urgences, l'axe de travail relatif à la réduction des délais d'attente des patients des urgences en fonction de leur gravité et notamment à l'amélioration de la fluidité du circuit des malades, envisage des protocoles de coopération médecins-infirmiers pour la prescription des examens de biologie et de radiologie, et de biologie délocalisée.

Pour la cancérologie, des transferts de compétence (protocole de coopération pour la chimiothérapie orale), et l'implantation de nouveaux métiers tels que infirmiers coordinateurs et de pratique avancée sont évoqués.

Le projet de soins, concernant le développement d'une stratégie de prise en charge des personnes âgées et/ ou fragiles, évoque les parcours de soins au sein des groupes hospitalo-universitaires (GHU), la promotion de leur développement sur le territoire et, pose clairement la nécessité de l'identification de ce qui relève des infirmières coordinatrices, des infirmières de pratique avancée et des protocoles de coopération dans cette organisation des parcours et filières.

Plus globalement, le projet de soins identifie l'objectif d'explicitier auprès des équipes les missions et la place des IPA par rapport aux infirmières de coordination et la complémentarité avec les protocoles de coopération.

Des dispositifs d'appui aux équipes, de mise en œuvre et de suivi de la coopération interprofessionnelle ont été mis en place, notamment :

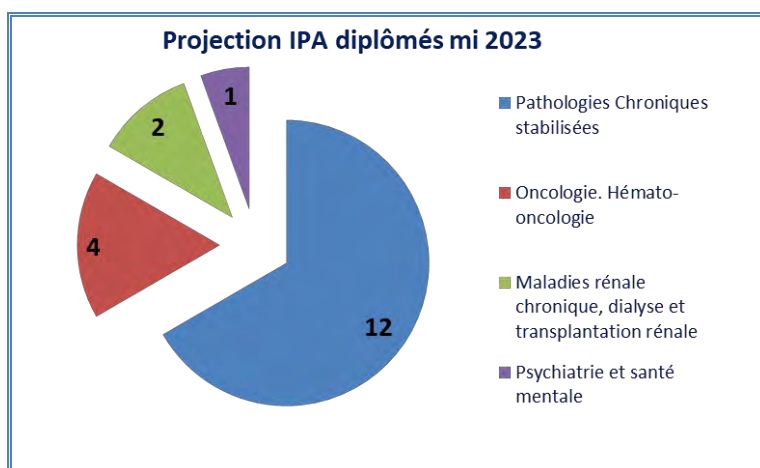
- La création d'un réseau des référents paramédicaux de la coopération dans les directions des soins et activités paramédicales locales en lien avec les coordinations générales des soins et directions des soins ;
- L'organisation de 2 réunions par an, pour information et retours d'expérience.

Le CHU de Nantes : des indicateurs de performance de service

● Au CHU de Nantes

14 IPA sont en poste au CHU en 2021 et une projection de 19 IPA à l'horizon 2023 est avancée.

Graphique 1 : Une répartition hétérogène des mentions d'IPA



Source : CHU de Nantes /CNEH

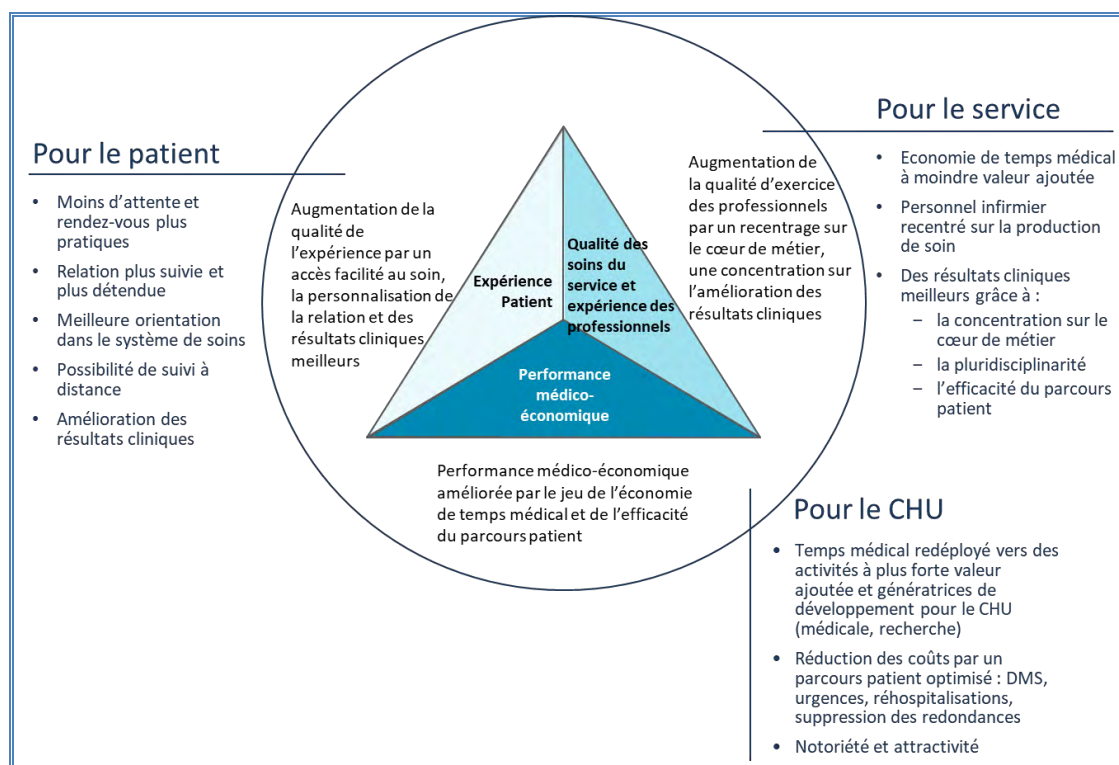
L'état des lieux effectué par le CHU, qui a donné lieu à un accompagnement externe dans le cadre de la stratégie de développement de la pratique avancée infirmière (présentation au Directoire de l'établissement en octobre 2021), présente des IPA encore globalement focalisés sur le soin ou la coordination de parcours, des missions diversifiées et adaptées à leurs secteurs d'activité respectifs et des niveaux différents de délégations médicales (en particulier dans le champ de la prescription médicamenteuse). Les missions sont essentiellement tournées vers la pratique clinique de type consultations et suivi de patients (et les activités afférentes qui s'y rattachent) et une ouverture est en cours sur des missions annexes de recherche, de formation et d'enseignement.

Certaines conditions de réussite de "l'implantation des IPA" sont identifiées :

- Un projet de service, un travail avec les exécutifs du service d'accueil, et pas seulement une répartition des tâches IPA – Médecin, car l'IPA questionne l'ensemble de l'organisation ;
- Une transparence sur les positionnements respectifs médecin / IPA et cadre / IPA et des relations hiérarchiques / fonctionnelles associées ;
- La communication sur le contenu du poste à l'ensemble du service d'accueil.

Les gains qualitatifs pour le patient doivent être démontrés (et donc mesurés) et des indicateurs de performance de service définis lors de l'élaboration du projet, qui feront l'objet d'une contractualisation avec le service qui demande l'intégration d'un IPA, ont donné lieu à un travail interne.

Schéma 2 : Les impacts de l'IPA : trois domaines qui sont évalués au CHU de Nantes



Source : CHU de Nantes /Centre national de l'expertise hospitalière (CNEH)

Tableau 3 : Les impacts de l'IPA : indicateurs proposés

Domaines			
Indicateurs	EXPERIENCE PATIENT	QUALITE DES SOINS ET EXPERIENCE PROFESSIONNELS	PERFORMANCE MEDICO-ECONOMIQUE
	- Délai d'accès au 1^{er} rendez-vous - Qualité de l'information - Qualité de la relation - Adhésion / Observance - Accès aux soins de support	- Volume de patients par jour - File active (annuelle) - Nombre de consultations IPA (période à définir) - Qualité de la prescription - Qualité / fiabilité du dossier patient - Traçabilité des pratiques basées sur les preuves - Nombre de formations réalisées par l'IPA - Accueil des nouveaux par l'IPA systématique	- Durée moyenne de séjour - Taux de réhospitalisation - Nombre de partenariats avec les professionnels du territoire - Nombre de patients transférés (fluidité des filières)
	- Résultats médicaux selon pathologie / spécialité - Temps de cure (onco-hémato) - Autonomie (gériatrie)		

Légende couleur
 Données obtenues par enquêtes avec items spécifiques ou sondages
 Données obtenues par suivi à construire
 Données obtenues par requête existante

Source : CHU de Nantes /Centre national de l'expertise hospitalière (CNEH)

PIECES JOINTES

PIÈCE JOINTE 1

Les notions de "diagnostic" et "traitement de maladies" selon les éditions législatives⁹²

Définition générale du diagnostic : *"Bien que le diagnostic soit un élément constitutif de [l'"exercice illégal de la médecine"], il n'est pas défini dans l'incrimination, ni dans d'autres textes de droit. (...) Le diagnostic peut, en théorie, se définir comme "l'identification d'une maladie chez un patient d'après l'étude des symptômes et des signes, les résultats de divers examens, etc." (Dictionnaire de l'Académie française). Il consiste à rattacher des symptômes à une maladie ou au moins à en déterminer l'origine afin de pouvoir y remédier. Il s'agit, dans tous les cas, d'une opération précédant le traitement et, en principe, destinée à élaborer celui-ci. La simple observation peut suffire au diagnostic mais des moyens plus perfectionnés s'avèrent parfois nécessaires. Cela ne paraît pas, cependant, retentir sur la qualification adoptée, qui s'attache avant tout à la démarche intellectuelle." Deux éléments sont considérés comme significatifs par la jurisprudence : la "recherche de l'origine d'un trouble" et la "poursuite d'un but thérapeutique".*

Notion de traitement : *"De nouveau, le législateur n'a pas précisé le sens qu'il entendait donner à ce terme. Il s'agit cependant d'un mot d'usage courant, pouvant se définir comme "l'ensemble des moyens thérapeutiques et des prescriptions hygiéniques employés dans le but de guérir une maladie" (Dictionnaire des termes techniques de médecine Garnier et Delamare) ou simplement comme "l'ensemble des moyens employés pour guérir" (Dictionnaire de la langue française Robert). Quel que soit son degré de précision, la définition adoptée s'articule toujours autour du même élément : la finalité thérapeutique. Le traitement est destiné à soigner, à guérir, peu importe le résultat effectivement obtenu ; ce qui compte, c'est le but poursuivi. (...) [Celui-ci] est cependant entendu au sens large, c'est-à-dire incluant non seulement la disparition de la maladie, mais aussi l'atténuation des symptômes, voire des seules douleurs. (...) Enfin, par une conception particulièrement large, la jurisprudence assimile aux traitements les actes préventifs. La chambre criminelle de la Cour de cassation a, en effet, considéré que l'exercice illégal de la médecine s'entendait aussi bien de la médecine préventive que de la médecine curative (Cass. crim., 9 oct. 1973, n° 73-90.123 : Gaz. Pal. 1974, 1, 9).*

⁹² Cf. « Étude des éditions législatives sur l'exercice illégal des professions de santé »
<https://www.ernet.fr/document?id=Y6050-REF053>

PIÈCE JOINTE 2

Extraits de la nomenclature des actes professionnels (NGAP)

La nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) précise les modalités des soins infirmiers remboursés par l'Assurance Maladie ainsi que les dispositions générales. Elle est l'un des textes de référence pour l'infirmière libérale conventionnée.

Article 5 - Actes donnant lieu à prise en charge ou remboursement

Seuls peuvent être pris en charge ou remboursés par les caisses d'Assurance Maladie, sous réserve que les personnes qui les exécutent soient en règle vis-à-vis des dispositions législatives, réglementaires et disciplinaires concernant l'exercice de leur profession :

- a) les actes effectués personnellement par un médecin ;
 - b) les actes effectués personnellement par un chirurgien-dentiste ou une sage-femme, sous réserve qu'ils soient de leur compétence ;
 - c) les actes effectués personnellement par un auxiliaire médical, sous réserve qu'ils aient fait l'objet d'une prescription médicale écrite qualitative et quantitative et qu'ils soient de sa compétence.
- Sauf cas expressément prévu par la présente nomenclature, un acte ne peut être noté par le praticien ou auxiliaire médical et donner lieu à remboursement que si, pendant la durée de son exécution, ce praticien ou auxiliaire médical s'est consacré exclusivement au seul malade qui en a été l'objet.

Article 6 - Actes effectués par des sages-femmes ou des auxiliaires médicaux sous la surveillance et la responsabilité directe du médecin

Dans tous les cas où une sage-femme ou un auxiliaire médical exerce son activité professionnelle sous la responsabilité et la surveillance directe d'un médecin pouvant contrôler et intervenir à tout moment, la cotation et le remboursement s'effectuent sur la base de la lettre clé correspondant à la qualité de l'auxiliaire médical ou de la sage-femme, même si les honoraires y afférents sont perçus par le médecin. Dans ce cas, la feuille de soins est signée à la fois par l'auxiliaire médical pour attester l'exécution de l'acte et par le médecin pour la perception des honoraires.

La NGAP comporte la cotation de tous les actes infirmiers identifiable par une lettre-clé. Cette codification permet de transmettre à l'Assurance Maladie les soins facturés à un patient tout en respectant le secret professionnel. Un coefficient s'ajoute afin de valoriser le soin prodigué selon la pénibilité et la durée nécessaire à sa réalisation.

L'article 11B de la NGAP stipule que l'acte à codification la plus élevée est remboursé à 100 %, le second à 50 %. Les soins infirmiers suivants prodigués par l'IDEL lors d'une même consultation ne sont ensuite pas facturés (sauf exception).

2 types d'actes :

- Actes medico-infirmiers
- Actes infirmiers de soins -> inclut les prises en charge correspondant au rôle propre, peut inclure la prévention,
 - Séance hebdo de suivi et de contrôle du patient
 - Prescrit sur la base du plan de soin établi par l'infirmier.

PIÈCE JOINTE 3

Exemple de protocole d'organisation : « pathologies chroniques stabilisées, prévention et polypathologies courantes »

Protocole organisation entre IPA et MG

Médecin concerné	Dr X
Infirmier concerné	Mme Y
	Cabinet :

1/ La composition de l'équipe de soins primaires

L'équipe de soins pluriprofessionnelle se compose de : , les remplaçants et/ou un internes, Mme Y IPA.

2/ Domaines d'intervention

Pathologies chroniques stabilisées ; Prévention et polypathologies courantes en soins primaires. L'arrêté du 18 juillet 2018 fixe la liste des pathologies chroniques stabilisées prévue à l'article R. 4301-2 du code de santé publique

Champ d'exercice :

- Repérage, prévention, dépistage de complications et suivi intégrant ETP et coordination parcours selon décret paru (Pathologies chroniques stabilisées: diabète, thyroïde, cardio-vasculaire, facteurs de RCV, BPCO, asthme et facteurs de risques, neurologiques SLA, SEP, épilepsie, parkinson, parcours onco stabilisés) et prévention pathologies courantes en soins primaires.
- Plaies chroniques (évaluation, suivi, protocoles),
- Evaluations gériatriques

3/ Modalités de prise en charge, par l'infirmier exerçant en PA, des patients qui lui sont confiés :

- a- Le médecin informera le patient concerné du processus d'orientation vers l'IPA, s'assurera de son accord, pourra lui remettre une prescription, le patient le remettra à l'IPA lors de son RV.
- b- L'IPA fixera un rendez-vous de consultation dans le délai indiqué par le médecin traitant.
- c- L'IPA voit les patients lors de la consultation de 1^{er} contact/éligibilité, pour s'assurer du respect de son cadre d'exercice, puis assure le suivi du patient dans sa globalité en collaboration avec le médecin. L'IPA réalisera l'anamnèse des données par un entretien, réalisera l'auscultation dans un but de dépistage de complications liées à la pathologie; procédera à l'évaluation gériatrique, au dépistage mnésique ; réalisera une évaluation de la plaie dans la globalité clinique du patient. L'IPA réalisera les examens à visée diagnostic selon le décret paru en juillet 2018, rédigera les prescriptions et renouvellements nécessaires et adaptera les doses selon le décret paru, définira un plan personnalisé de soins en conclusion de ces consultations.

d- L'IPA assurera une action de prévention des pluripathologies courantes en soins primaires y compris en approche territoriale.

e- Si l'IPA est absent sur une longue période, il pourra proposer un remplaçant IPA, dans ce cas le médecin devra signer un protocole d'organisation avec le remplaçant. Le médecin est en droit de refuser de signer le protocole d'organisation avec ce nouvel IPA, il assurera la continuité des soins jusqu'au retour de l'IPA titulaire.

4/ Les modalités et la régularité des échanges d'information entre le médecin et l'IPA :

L'IPA synthétisera sa consultation, déroulé, résultats et conclusion sur le dossier médical du patient auquel il aura accès. L'IPA est en lien direct quotidiennement avec le médecin (en visuel ou par téléphone) pour échanger sur les cas cliniques. Le contact par mail sécurisé est privilégié en l'absence du médecin pour échanger une information importante et non urgente.

5/ Les modalités et la régularité des réunions de concertation pluri professionnelles :

Une concertation interprofessionnelle MG/IPA est organisée hebdomadairement de préférence en présentiel au sein du cabinet. Si le présentiel n'est pas possible une visio-conférence sera réalisée. Une synthèse de cette réunion sera consignée sur un dossier spécifique. Les réunions de concertation pluriprofessionnelles prévues dans la structure ne dispenseront pas de celle spécifique IPA/MG.

6/ Les conditions de retour du patient vers le médecin, dans les situations prévues aux articles R. 4301-5 et R. 4301-6 :

Le médecin généraliste définira selon le profil du patient la fréquence à laquelle il souhaite revoir le patient. En cas de décompensation de la pathologie chronique ou de situation aiguë, l'IPA évaluera le délai de retour vers le médecin traitant selon le degré d'urgence, fixera un rendez-vous dans ce délai ou informera directement et immédiatement le médecin en cas d'urgence. Lorsque l'infirmier exerçant en pratique avancée constate une situation dont la prise en charge dépasse son champ de compétence, il adresse le patient sans délai au médecin et en informe expressément ce dernier afin de permettre une prise en charge médicale dans un délai compatible avec l'état du patient.

La fréquence d'alternance MG/IPA pourra être revue selon l'évolution clinique ou la demande du patient.

L'IPA rappellera au patient la nécessité de reprendre un rendez-vous de suivi médical avec son médecin traitant dans le délai nécessaire.

7/ Droit de refus par le patient d'être suivi par l'IPA, conformément à l'article L. 1110-8 :

Lors de l'information initiale par le médecin traitant, le patient est en droit de refuser l'orientation en suivi par IPA. En cours de suivi par IPA le patient reste libre de refuser de continuer ce suivi temporairement ou définitivement. Le patient pourra à tout moment reprendre rendez-vous avec son médecin traitant sans avoir d'explication ou de raison à évoquer. Le rendez-vous avec IPA sera pris par le patient. Si le rendez-vous était fixé par anticipation le patient pourra à tout moment l'annuler et en demander un avec son médecin traitant. Le choix du patient ne pourra en aucun cas porter préjudice au suivi ultérieur au sein de l'équipe.

8/ Modalités garantissant le respect de la confidentialité des données personnelles du patient lors de leur transmission entre le médecin et l'IPA :

L'IPA bénéficiera d'un accès individualisé et sécurisé au logiciel médical. Tout échange entre IPA et médecin se fera sur messagerie sécurisée, logiciel médical agréé, ou direct par appel téléphonique. Toute utilisation de données en vue d'une évaluation se fera après signature d'un accord patient inclus au document d'orientation vers l'IPA et après anonymisation complète des données. Les comptes-rendus de RCP ne comporteront que des numéros de dossier sans nom de patient.

9/ Missions paracliniques transversales IPA :

- Montage, suivi, mise en place, évaluation de projets dans les domaines de la prévention, du dépistage, de l'éducation, de la coordination des parcours, de la formation, du management d'équipes pluriprofessionnelles, de coordination d'appui.
- Mise en place de procédures et protocoles visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins et la coordination des parcours. Pilotage et participation à des projets de recherche. Implication dans les projets de télémédecine : suivi, consultation, expertise, surveillance. Participation aux réunions territoriales au titre de représentation de l'équipe.
- Encadrement d'étudiants.
- Mise en place de groupes de pairs, d'analyse de pratique.
- Animation, mise en place de formation continue.
- Mise en place animation de réunions pluriprofessionnelles.
- Évaluation, amélioration de l'activité.
- Veille législative et d'actualité.

Le protocole d'organisation est signé par le ou les médecins et le ou les infirmiers exerçant en pratique avancée. Le modèle du document prévu à l'article R. 4301-6, est élaboré par le ou les médecins et par le ou les infirmiers exerçant en pratique avancée, il figure en annexe du protocole. Le protocole est porté, le cas échéant, à la connaissance de l'ensemble de l'équipe de soins.

Fait le à

Signature IPA : Signature Médecin :

Annexe

Protocole accord patient :

"Je reconnais avoir été informé par le Dr de la possibilité qui m'est offerte d'être suivi (e) en alternance avec les consultations médicales par un infirmier en pratique avancée. Cet Infirmier procédera lors de mes entretiens à une auscultation visant à évaluer la stabilité clinique de mon état, à renouveler mes traitements, me prescrire des dispositifs et médicaments à prescription médicale non obligatoire, réaliser ou me prescrire des examens complémentaires, réaliser des soins infirmiers ponctuels, m'orienter vers des partenaires soignants et coordonner mon parcours

patient. Une coordination avec mon médecin traitant sera faite régulièrement, l'IPA m'orientera si besoin vers mon médecin traitant et pour les rendez-vous prévus dans mon parcours coordonné. J'autorise l'équipe en soins primaires à utiliser les éléments de mon dossier dans un but d'évaluation de l'activité de cette équipe et de la structure, j'ai été informé que ces données seront anonymisées. J'autorise l'accès à mon dossier médical des membres de l'équipe de soins primaires. Je reste libre de mettre un terme provisoire ou définitif au suivi par l'IPA sans préjudice pour mon suivi ultérieur.

Fait à.....lelu et approuvé,

Signature du patient ou de sa personne de confiance ou représentant"

Textes parus IPA juillet 2018 :

Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée

Décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée

Arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée

Arrêté du 18 juillet 2018 fixant la liste des pathologies chroniques stabilisées prévue à l'article R. 4301-2 du code de santé publique

PIÈCE JOINTE 4

La rémunération sur objectifs de santé publique du médecin traitant de l'adulte, annuelle et ouverte à tout médecin traitant libéral et conventionné, permet de valoriser l'atteinte d'objectifs ainsi que la progression réalisée.

Elle repose sur **29 indicateurs** de pratique clinique. Actuellement, l'ensemble des indicateurs représente un maximum de **940 points (valeur du point : 7 euros)**. Concernant le suivi de malades chroniques, les indicateurs suivants paraissent particulièrement pertinents

- suivi des pathologies chroniques : 8 indicateurs - 220 points
- prévention : 12 indicateurs - 390 points
- efficience : 9 indicateurs - 330 points

Une partie des indicateurs est déclarée directement par les médecins via le site ameli pro, une fois par an, l'autre partie est directement recueillie par les caisses de l'Assurance maladie. Chaque indicateur est ensuite pondéré en fonction de la taille de patientèle déclarant le praticien comme médecin traitant.

→ Modification de l'[avenant n° 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie signée le 25 août 2016 \(PDF\)](#)

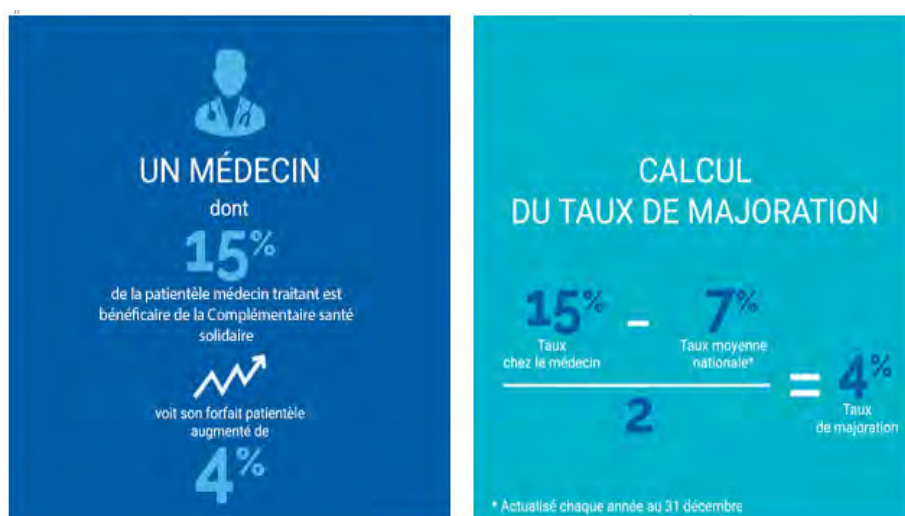
→ Accès des IPA à Ameli pro avec possibilité de renseigner des indicateurs ROSP

La valorisation du forfait patientèle médecin traitant

Valorisation du forfait patientèle médecin traitant selon l'âge et la pathologie des patients		
Caractéristique du patient	Précision	Valorisation
Enfant de 0 à 6 ans	Hors ALD	6 €
Patient de 80 ans et plus	Hors ALD	42 €
Patient de moins de 80 ans et en affection de longue durée	Y compris les enfants de 0 à 6 ans avec ALD	42 €
Patient de 80 ans ou plus et en affection de longue durée	ALD	70 €
Autres patients	7 à 79 ans Hors ALD	5 €

Source : Site Ameli

Calcul majoration FPMT pour patients bénéficiaires de la CSS



Source : Site Ameli

PIÈCE JOINTE 5

Prescriptions, renouvellement des prescriptions et actes techniques en pratique avancée

Prescriptions, renouvellement de prescriptions et réalisation d'actes techniques dans le cadre du suivi d'un patient dans son domaine d'intervention⁹³ :

- Renouvellement de prescriptions médicales en cours et adaptation de la posologie ;
- Renouvellement de prescription médicale de produits de santé et d'actes infirmiers ;
- Prescription et renouvellement de produits de santé non soumis à prescription médicale obligatoire (médicaments et dispositifs médicaux) ;
- Prescription d'examens complémentaires en fonction de la pathologie et de la situation : examens biologiques, orientations vers un professionnel de santé ... ;
- Renseignement de dossiers ou contribution à l'établissement de formulaires ouvrant droit à des prestations sociales ou médico-sociales ;
- Prescription ou orientation vers un programme d'éducation thérapeutique ;
- Réalisation d'actes techniques adaptés à la pathologie et à la situation du patient.

Pathologies chroniques stabilisées, prévention et poly-pathologies courantes en soins primaires :

- Prescription d'examens complémentaires en fonction de la pathologie et de la situation
- Renouvellement de prescriptions et adaptation de la posologie et de l'heure de prise, hors dégradation de l'état de santé du patient :
 - de traitements anti-thrombotiques
 - de traitement des diabètes de type 1 et 2
 - du traitement de l'insuffisance respiratoire chronique
 - de traitements médicamenteux antiépileptiques (hors posologie)
 - de traitements des maladies cardiovasculaires y compris le traitement des facteurs de risque (antihypertenseur, hypolipémiants)
 - de traitements médicamenteux antiparkinsoniens (hors posologie)
 - de traitements médicamenteux prescrits pour des pathologies associées à la pathologie princeps
- Renouvellement de prescriptions et adaptation de la posologie d'aliments diététiques destinés à des fins médicales spécialisées, de dispositifs médicaux, de dispositifs d'aide à la vie
- Bilan d'activité physique et évaluation des besoins
- Renouvellement de prescription de soins infirmiers
- Prescription et renouvellement de traitement de sevrage tabagique
- Renouvellement de prescription de traitement de sevrage de l'alcool

Oncologie et hématologie :

- Prescription et demande d'examens complémentaires en fonction de la pathologie et de la situation : hémogramme, hémoculture, ECBU, marqueurs tumoraux selon recommandations, bilan hépatique, bilan d'hémostase, ionogramme, bilan rénal, gaz du sang, bilan nutritionnel, ECG ...

⁹³ Arrêté du 22 octobre 2021 modifiant l'arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée (ANNEXE I PRATIQUE AVANCÉE INFIRMIÈRE 2. Référentiel de compétences)

- Renouvellement de prescriptions et adaptation éventuelle de la posologie de traitements anticancéreux dans le cadre d'une procédure de soin établie avec l'oncologue référent ou avec l'équipe, expliquant les enjeux et les risques thérapeutiques
- Renouvellement de prescriptions et adaptation de la posologie de traitements de supports après évaluation de l'efficacité et des risques de toxicité :
- Traitements symptomatiques et de traitements des effets indésirables et des complications des traitements systémiques spécifiques des cancers et de la radiothérapie
- Solutions pour nutrition parentérale
- Traitements antalgiques
- Aliments diététiques destinés à des fins médicales spécialisées
- Dispositifs médicaux
- Prescription de prothèse capillaire et prothèse mammaire externe

Maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale :

- Suivi des examens systématiques à réaliser auprès des patients en postgreffe
- Prescription d'examens complémentaires à des patients et des donneurs vivants avant et après la greffe rénale
- Prescription d'examens complémentaires visant au suivi du patient greffé et à l'évaluation de la tolérance et de l'efficacité du traitement immunosuppresseur selon le protocole médical établi pour le suivi systématique du transplanté
- Renouvellement de prescriptions, changement de forme de médicament si besoin et adaptation de la posologie de traitements de supports : antihypertenseurs, médicaments de l'hyperphosphorémie et de l'hyperkaliémie, calcium, calcimimétiques, bicarbonate ...
- Prescription d'examens complémentaires d'évaluation d'un patient en attente de greffe rénale (patient dialysé ou en insuffisance rénale chronique avancée)
- Adaptation des paramètres de traitement par hémodialyse permettant une meilleure performance du traitement (en accord avec les indicateurs et recommandations) :
 - o Choix du mode : HDF/ HD/ dialyse sans héparine
 - o Membrane de dialyse (en fonction du coefficient d'ultrafiltration et de la performance de la membrane)
 - o Temps de séance
 - o Nombre de séances hebdomadaires
 - o Prise en charge de l'abord vasculaire et suivi de la fistule artérioveineuse
 - o Surveillance du débit de fistule par méthode « Transonic » ou par doppler
 - o Prescription des examens de surveillance de l'accès vasculaire pour hémodialyse
 - o Ponction échoguidée d'une fistule artérioveineuse chez le patient hémodialysé

Pour la dialyse péritonéale :

- Prescription des soins locaux de l'orifice de sortie du cathéter de dialyse péritonéale
- Prescription et réalisation des examens ayant pour objectif de s'assurer du bon fonctionnement du cathéter de dialyse péritonéale
- Prescription des examens radiologiques en cas de dysfonction du cathéter de dialyse péritonéale
- Prescription et réalisation de la procédure de désobstruction du cathéter de dialyse péritonéal
- Prescription et réalisation des examens complémentaires et des tests fonctionnels de surveillance de la dialyse péritonéale
- Adaptation de la prescription médicale de dialyse péritonéale

Psychiatrie et santé mentale :

- Renouvellement de la prescription ou adaptation éventuelle de la posologie des régulateurs de l'humeur (thymorégulateurs), psychostimulants, antipsychotiques atypiques, neuroleptiques conventionnels, antiépileptiques approuvés dans le traitement de troubles psychiatriques et traitement de substitution aux opiacés y compris, le cas échéant, dans le cadre d'une procédure de soin établie avec le psychiatre, expliquant les enjeux et les risques thérapeutiques
- Renouvellement et adaptation des antidépresseurs, des anxiolytiques, des hypnotiques, des traitements symptomatiques des effets indésirables et des antalgiques
- Renouvellement de prescriptions de suivis infirmiers thérapeutiques individuels ou groupaux
- Réalisation de techniques de médiation à visée thérapeutique et de réhabilitation psychosociale, spécifiques à la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques et/ ou en situation de handicap psychique
- Prescription et demande d'examens complémentaires dans le cadre du suivi : hémogramme, ionogramme sanguin, transaminases, glycémie, explorations des anomalies lipidiques, dosage de bêtaHCG, bilan hépatique et/ ou rénal complet, dosages de médicaments (lithium, acide valproïque, carbamazépine, clozapine), dosage de produits toxiques, recherche de toxiques urinaires, dosage des hormones thyroïdiennes, ECG

Urgences :

- Réalisation de prescription, demande d'examens paracliniques complémentaires et/ ou demande d'avis ou d'interventions spécialisées en fonction de la situation clinique et des hypothèses diagnostiques dans le cadre du motif de recours
- Initiation et suivi de la conduite diagnostique
- Suivi et synthèse des examens paracliniques
- Initiation et/ ou prescription et/ ou réalisation d'actes techniques adaptés au motif de recours, à la pathologie et à la situation de la personne
- Initiation de soins, de surveillances cliniques et paracliniques, de mesures conservatoires liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement une défaillance d'organe ou psychologique, dans l'attente d'un avis médical et au regard de son champ de compétences
- **Dans l'attente de l'intervention médicale, et au regard de son champ de compétences, mise en œuvre de modalités de surveillance clinique et des premières mesures diagnostiques et thérapeutiques, notamment en ce qui concerne les situations à risque vital et/ ou fonctionnel**
- Renouvellement de la prescription médicamenteuse ou adaptation de la posologie en fonction de l'évolution et des conclusions cliniques au regard de la situation globale de la personne
- **Initiation de soins, prescription de thérapeutiques et traitements médicamenteux selon les recommandations des sociétés savantes et de la Haute Autorité de santé ou dans le cadre d'une modalité dérogatoire**
- **Prescriptions de soins infirmiers et de dispositifs médicaux d'avis d'arrêt de travail, de prescription de transport, de séances de rééducation, de prise en charge et d'aide à domicile**
- En pré hospitalier ou en situation de crise exceptionnelle, lorsque la ou les prise (s) en charge dépasse (nt) sa compétence, et après avoir mis en œuvre les actes conservatoires nécessaires, prise de contact avec le médecin régulateur au moyen des dispositifs de télécommunication disponibles et sécurisés afin que celui-ci définisse la stratégie thérapeutique dans l'attente de la prise en charge médicale.

PIÈCE JOINTE 6

Analyse des thèmes de protocoles recoupant certaines compétences des IPA

Champ couvert par une mention de pratique avancée infirmière	Protocole dont l'objet est inclus dans le référentiel de compétence de la mention IPA correspondante
Maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale	Adaptation des doses d'agent stimulant de l'erythropoïèse après interprétation du bilan biologique, par une infirmière diplômée d'état en lieu et place d'un médecin néphrologue 2015 (Avis HAS : mise en œuvre limitée au service promoteur)
	Prise en charge du patient hémodialysé par l'infirmier diplômé d'Etat (IDE) dans le cadre de la coopération entre professionnel de santé en unité de dialyse médicalisée (UDM) 2012 (redondance avec domaine IPA)
	Suivi de patients et de donneurs vivants en pré greffe rénale, avec prescription d'examens, par une infirmière en lieu et place d'un médecin 2013
Oncologie	Consultation infirmière de suivi des patients traités par anticancéreux oraux à domicile, délégation médicale d'activité de prescription 2012
PCS	ASALEE : travail en équipe infirmier(e)s délégué(e)s à la santé populationnelle & médecins généralistes pour l'amélioration de la qualité des soins et l'allocation optimisée de la disponibilité des professionnels de santé sur le territoire concerné 2013
PCS (Alzheimer)	Suivi, prescriptions et orientation de patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou une affection apparentée par une infirmière en lieu et place du médecin 2014
PCS (diabète)	Interprétation des résultats de glycémie capillaire, et adaptation des doses d'insuline de patients atteints de diabète de type 1, de diabète de type 2, ou de diabète gestationnel, par une infirmière en consultation hospitalière en lieu et place du médecin 2017
	Prise en charge par l'infirmier des diabétiques insulino traités par pompe à insuline externe selon un Plan d'Education Personnalisé Electronique (ePEP) avec prescriptions et soins de premier recours en lieu et place du médecin 2013
	Suivi de patients diabétiques traités par insuline munis d'un carnet glycémique électronique et surveillés par télé médecine avec prescriptions et soins par l'infirmier en lieu et place du médecin 2013
	Prise en charge des plaies chroniques des membres inférieurs et du pied diabétique par un(e) infirmière 2015
PCS (Epilepsie)	Prise en charge et suivi des patients connus atteints d'épilepsie(s) en structures spécialisées et/ou par télé médecine, avec adaptation thérapeutique et soins par l'infirmier en lieu et place du médecin 2016
PCS (insuffisance cardiaque)	Contrôle des dispositifs implantables rythmologiques par un(e) infirmier(e) associant une prise en charge en présentiel et en télé médecine
	Réalisation d'échocardiographie par un professionnel non médecin : enregistrement et pré interprétation des paramètres écho cardiographiques trans-thoraciques(ETT) par une infirmière diplômée d'état (IDE) en lieu et place d'un médecin cardiologue avant contrôle et interprétation médicale définitive 2015
	Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée, avec ou sans télé médecine, des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un infirmier
PCS (insuffisance respiratoire)	Adaptation de l'oxygénothérapie d'effort dans le cadre d'un programme de réhabilitation respiratoire en ambulatoire pour des patients atteints d'insuffisance respiratoire chronique sans comorbidités significatives
PCS (Parkinson)	Prise en charge des patients parkinsoniens traités par stimulation cérébrale profonde (SCP): adaptation des réglages de stimulation par une infirmière en lieu et place du médecin à partir des évaluations motrice, comportementale et psycho sociale 2015

Urgences	Evaluation du bilan radiologique requis et sa demande anticipée par l'infirmier ou l'infirmière organisateur de l'accueil (IOA), en lieu et place du médecin, pour les patients se présentant avec un traumatisme de membre dans un service d'urgences
	Première consultation d'alcoologie par une infirmière, pour des patients adressés par un service des urgences
	Réalisation de sutures de plaies simples par un infirmier en lieu et place d'un médecin
	Réalisation d'échoguidage pour la ponction veineuse ou pose de voie veineuse périphérique au niveau du membre supérieur ou pour la ponction radiale artérielle par un(e) infirmier(e) en lieu et place d'un médecin dans l'ensemble des services MCO notamment en structure d'urgence

Source : Mission

Tableau comparatif des différents dispositifs

	Protocoles de coopération	Pratique avancée
Périmètre, professionnels concernés	Tous professionnels mais surtout infirmiers (2/3 des protocoles) Quelques protocoles concernant les diététiciens, ergothérapeutes, MERM, pharmaciens, Masseurs-kinésithérapeutes, orthoptistes et techniciens de labo	Infirmiers (première étape : à terme, la pratique avancée sera étendue à d'autres prises en charge et à d'autres professions paramédicales)
Modes d'exercice concernés	Hôpital et Ville + SSA	Surtout hôpital mais pensé pour se déployer également en ville
Type de situations concernées	Principalement suivi de maladies chroniques (près d'1/2 protocoles) mais également certaines pathologies aiguës (Cystite, odynophagie, rhino-conjonctivite, traumatisme)	Suivis au long court de pathologies non-aiguës Domaines: - pathologies chroniques stabilisées et poly-pathologies courantes en soins primaires, - oncologie et hémato-oncologie, - maladie rénale chronique, dialyse et transplantation rénale - santé mentale et psychiatrie
Nature de la dérogation par rapport à la profession d'origine	Transfert d'activités, d'actes de soins ou réorganisation des modes d'intervention (intervention en primo-accès)	Suivi de certains patients sur délégation de médecins
Périmètre d'actes concernés	Définis par actes pour chaque protocole	1/ toute activité d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage 2/ adapter le suivi du patient 3/ Effectuer les actes techniques et demander les actes de suivi et de prévention inscrits sur les listes établies par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Académie nationale de médecine 4/ Prescrire: - des médicaments non soumis à prescription médicale obligatoire - des dispositifs médicaux non soumis à prescription médicale obligatoire - des examens de biologie médicale 5/ Renouveler, en les adaptant si besoin, des prescriptions médicales dont la liste est établie

		par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Académie nationale de médecine.
Prérequis	• Besoin de santé (évolution démographique, qualité des soins, amélioration de la disponibilité des médecins) • Volontariat des professionnels • Information du patient • Prise en compte des connaissances (formation) et de l'expérience des professionnels concernés + garanties assurantielles	• Exercer au sein d'une équipe de soins (par exemple en maison ou centre de santé, en établissement hospitalier ou médico-social) • Min 3 ans d'exercice • DE d'IPA = Formation qualifiante de 2 ans (1 an de tronc commun + 1 an de spécialisation) de niveau master délivrée par l'université • Enregistrement auprès d'un opérateur dédié.
Base réglementaire	Art 51 Loi HPST -> art L4011-1 à L4011-4 du CSP	Décret no 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée
Procédure	Art 51 initial : Lettre d'intention -> avis ARS -> écriture protocole -> avis conforme HAS -> Autorisation par l'ARS pour une durée (Arrêté du DG ARS) Depuis OTSS : réponse à appel à manifestation d'intérêt du comité national (plus d'avis HAS) Depuis ASAP : simple validation au niveau l'établissement sur avis CME	Établissement d'un protocole d'organisation entre le ou les IPA et le ou les médecins
Modalité technique	Plateforme Coop-ps (bientôt site "démarches simplifiées") Adhésion individuelle de chaque professionnel au protocole Description très précise des actes à réaliser dans le protocole (formalisation du raisonnement à adopter sous forme d'algorithmes)	Chaque protocole d'organisation précise : • Les patients concernés • Domaine • Modalités de prise en charge • Modalité et régularité des échanges entre médecin et infirmier • Modalité et régularité des réunions pluri professionnelles • Conditions de retour du patient vers le médecin
Financement	Financement autorisé par arrêté ministériel sur avis du Collège des financeurs (DGOS, DGS, DSS, UNCAM, HAS) Possibilité de pérennisation du financement (inscription dans la nomenclature des actes professionnels) depuis LFSS 2018	Quelques aides de certaines ARS via le FIR pour la prise en charge des frais d'inscription à l'université, de la rémunération et/ou du remplacement des professionnels en formation
Rémunération des professionnels impliqués	Pas de rémunération prévue. Peut faire l'objet d'une gratification d'ordre indemnitaire dans certains établissements.	Statut IPA spécifique créé dans les statuts FPH (mais pas encore transposé dans les statuts FPT pour les centres de santé municipaux) En tarification CNAM, forfait patient prévoyant 1 bilan initial puis 1 versement forfaitaire par trimestre
Reconnaissance des compétences ou formation associée	Intégrés à la formation continue ou au DPC pour les protocoles de coopération étendus	Diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée de niveau master délivré par les universités
Cadre/garanties	• Activités de coordination entre professionnels (système d'information, staff, supervision médicale) • Démarche qualité (gestion des événements indésirables, mise en	Partage du dossier médical entre médecin et infirmier Alerte du médecin par l'infirmier si constat d'une situation dépassant le champ de compétence de ce dernier

	• place d'indicateurs de suivi, évaluation régulière des pratiques) • Formation • Démarche de gestion des risques a priori : description de la nouvelle prise en charge étape par étape, intégrant les éléments permettant de la sécuriser	
Partage de la responsabilité civile	Assurée par l'établissement pour les structures collectives Partagée entre le délégant et le délégué en libéral	Assumée par chaque professionnel sur son périmètre d'action.

Source : Mission

PIÈCE JOINTE 7

Comparaison entre l'exercice infirmier en pratique avancé et les délégations envisagées par le projet de protocole sur le suivi à domicile des personnes âgées et handicapées en difficulté pour se déplacer au cabinet des médecins.

Exercice infirmier en pratique avancé <i>(activités significatives extraites de l'annexe de l'arrêté du 12 août 2019 modifiant l'arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée)</i>	Suivi à domicile par l'IDE des PA/PH
• Observer et recueillir des données à distance • Entretien, anamnèse et examen clinique du patient incluant le repérage des vulnérabilités • Interpréter les données issues de l'entretien, de l'anamnèse et de l'examen clinique • Interpréter les signes et des symptômes en lien avec les pathologies identifiées et l'état de santé du patient • Identifier les effets secondaires des traitements médicamenteux • Repérer les situations d'urgence • Renouveler, en les adaptant si besoin, des prescriptions médicales initiales dont la liste est établie par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Académie nationale de médecine. • Prescrire des examens complémentaires en fonction de la pathologie et de la situation : examens biologiques, orientations vers un professionnel de santé, ...	• Prévention et prise en soins de la déshydratation par adaptation des traitements par diurétique et anti hypertenseurs en cas de forte chaleur, et autres circonstances, <i>en recourant à la télé expertise avec le délégant le cas échéant</i>. Prescription et pose de perfusion souscutanée devant des symptômes cliniques évocateurs de la déshydratation et de résultats biologiques concordants, <i>selon l'arbre décisionnel et en anticipation de l'intervention du délégant</i>. • Renouvellement et adaptation de traitements symptomatiques prescrits initialement par le délégant pour une pathologie chronique <i>selon l'arbre décisionnel et en recourant le cas échéant à la télé expertise</i> : antalgiques de niveau 1, dispositifs de contention veineuse force 2 (pose et retrait), régulateurs du transit. • Initiation et adaptation des traitements prescrits par le délégant pour des pathologies courantes simples, <i>selon l'arbre décisionnel et en recourant le cas échéant à la télé expertise avec le délégant</i> : topiques antifongiques, collyres : Cethexonium bromure ; Céthylpyridinium chlorure ; Hexamidine diisétionate ; Picloxydine dichlorhydrate et larmes artificielles.
• Suivi des personnes atteintes de cardiopathie et maladie coronaire stabilisées • Renouvellement de prescriptions et adaptation de la posologie et de l'heure de prise, hors dégradation de l'état de santé du patient de traitements des maladies cardiovasculaires y compris le traitement des facteurs de risque (antihypertenseur, hypolipémiants)	• Adaptation des diurétiques en cas de signes cliniques de décompensation chez des patients traités pour insuffisance cardiaque, <i>selon l'arbre décisionnel de la délégation en recourant le cas échéant à la télé expertise avec le délégant et en anticipation de l'intervention du délégant</i>. • Adaptation des AVK en fonction de l'INR et des pathologies du patient, <i>selon l'arbre décisionnel de la délégation et en recourant à la télé expertise le cas échéant avec le délégant</i>
• Prescription des dispositifs médicaux non soumis à prescription médicale obligatoire dont la liste est établie par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Académie nationale de médecine ; des examens de biologie médicale dont la liste est établie par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Académie nationale de médecine • Prescription d'examens complémentaires en fonction de la pathologie et de la situation : examens biologiques, orientations vers un professionnel de santé, ...	• Prescription initiale de dispositifs médicaux de prévention des escarres (liste à déterminer : coussin, matelas à air dynamique, autre), <i>selon l'arbre décisionnel et en recourant le cas échéant à la télé expertise avec le délégant</i>. • Prescription par l'IDE d'une biologie à la recherche d'une dénutrition : NFS, CRP, Pr, albuminémie.
• Réalisation d'actes techniques et demande d'actes de suivi et de prévention inscrits sur les listes établies par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Académie nationale de médecine	• Prescription d'un bilan MK ou du besoin et du type d'aides techniques au déplacement pour prévenir les risques de chutes, <i>selon l'arbre décisionnel en recourant le cas échéant à la télé expertise avec le délégant</i>.

Source : DGOS

PIÈCE JOINTE 8

Tableau récapitulatif des demandes de nouveaux domaines d'intervention en pratique avancée

DOMAINE D'INTERVENTION	AUTEURS	ELABORATION D'UN REFERENTIEL DE COMPETENCES	SUITE DONNEE A CE JOUR
Gérontologie	SFGG/CNP Gériatrie Rapport EL KHOMRI sur les métiers du grand âge Représentants des professionnels formés à la pratique avancée en gérontologie	Oui	Négative
Pédiatrie			
Soins primaires (PCS, problèmes de santé courants et soins conservatoires en cas d'urgence vitales)	UNIPA	Ebauchée	
Pathologies chroniques inflammatoires et auto-immunes	4 sociétés savantes (rhumatologie, médecine interne, gastroentérologie, dermatologie) UNIPA, ANFIPA, CNP IPA	Non	Saisine de la mission à ce stade
Gastroentérologie	SGFE	non	Saisine de la mission à ce stade
Addictologie	Associations nationales de lutte contre les addictions	Oui	Saisine DGOS
Urgences		Oui	Ajout du domaine d'intervention Urgences (décret no 2021-1384 du 25 octobre 2021)
Antibiorésistance	DGS et déléguée interministérielle	Non	Négative
Douleur chronique	Société savante douleur	ébauche	Négative
Soins palliatifs			
Santé au travail	DGT		Négative
Transplantation et greffe	ABM		
Hygiène			

Source : DGOS

PIÈCE JOINTE 9

Note pour l'ajout d'une valence spécifique et transversale « Pathologies chroniques inflammatoires et auto-immunes » à la mention « Pathologies chroniques stabilisées » du diplôme d'état d'infirmier(e) en pratique avancée.

Constat

Le cadre des activités spécifiques à la mention « pathologie chronique stabilisée » du diplôme d'état des infirmier.e.s en pratique avancée (IPA) tel que décrits dans les textes modifiés en 2019, est restreint à une liste de pathologies (cardio-vasculaires, endocrinologiques, pneumologiques ou neurologiques) qui ne prend pas en compte le vaste champ des pathologies chroniques que nous, signataires pluridisciplinaires de cette note (dermatologues, rhumatologues, hépato-gastro-entérologues, pédiatres et internistes), prenons en charge. Bien que reconnues comme rares pour la plupart, elles sont un fardeau individuel et sociétal. Elles affectent des patients parfois dès leur plus jeune âge, dont le nombre ne cesse d'augmenter comme en témoignent nos files actives, toujours croissantes. Il est actuellement très difficile voire impossible de justifier et promouvoir la formation d'IPA dans nos spécialités et donc de moderniser nos filières de soins au travers de ce nouveau métier de la santé.

Besoins et Bénéfices

Pourtant, en faisant le choix d'une approche transversale pour ces pathologies dont le retentissement systémique, les séquelles et le handicap requièrent une approche globale, les besoins apparaissent évidents. Le rôle de l'IPA, tant en vue d'un exercice hospitalier que libéral, est essentiel pour le soin, le parcours patient et la collaboration avec tous les acteurs de la santé.

Avec plus de trois millions de patients - jeunes et de plus en plus nombreux- souffrant de pathologies chroniques inflammatoires et auto-immunes, et grâce à des réseaux de soins structurés, des filières de santé maladies rares, collaboratives et couvrant tout le territoire, les bénéfices de la mise en place d'une offre de pratique avancée seront aisément atteints. Ils ne correspondent point par point à ceux définis pour les autres pathologies chroniques stabilisées (cf infra) en vue de transformer, améliorer, et moderniser le système de santé dans sa plus grande globalité.

Proposition

Adjoindre à la mention « pathologies chroniques stabilisées » actuelle, une activité spécifique transversale : « Pathologies chroniques inflammatoires et auto-immunes ».

Objectif

Rendre possible la formation d'IPA et valoriser l'exercice d'IPA, mention pathologies chroniques stabilisées ayant une valence spécifique : « Pathologies chroniques inflammatoires et auto-immunes ».

Cadre : pathologies chroniques inflammatoires et auto-immunes

Les maladies chroniques inflammatoires et auto-immunes appartiennent à un large groupe de pathologies chroniques, sont souvent reconnues comme maladies rares et relèvent de plusieurs disciplines médicales. De plus, ces maladies systémiques entrent dans le cadre de la polyopathie.

Leur prise en charge est souvent transversale à la médecine interne, la rhumatologie, la dermatologie et l'hépto-gastroentérologie. Pour exemples, elles regroupent les : **Maladies Inflammatoires Chroniques de l'intestin** (*maladie de Crohn, Rectocolite hémorragique*), **Maladies inflammatoires et auto-immunes hépatiques** pouvant évoluer vers la cirrhose hépatique ; **Rhumatismes inflammatoires chroniques** (*Polyarthrite rhumatoïde, spondylarthropathies, rhumatisme psoriasique etc...*) avec leurs complications locomotrices et algiques et les maladies osseuses qui les accompagnent (métabolisme phospho-calcique, ostéoporose) ; **Dermatoses inflammatoires et auto-immunes génétiques ou acquises** (*Psoriasis, Dermatite atopique, Dermatoses neutrophiliques, Dermatoses bulleuses, Ichtyoses etc...*), **Vascularites, Connectivites** (*Myosites, Lupus érythémateux disséminé et syndrome des anti-phospholipides, Sclérodermies...*), **Maladies auto-inflammatoires** et amylose inflammatoire, **Granulomatoses** etc...

La prise en charge médicamenteuse des maladies chroniques inflammatoires et auto-immunes est assez homogène entre les différentes pathologies, avec recours fréquent à la corticothérapie, aux immunomodulateurs et aux biothérapies. Les cibles de cette prise en charge sont communes à toute pathologie chronique, à savoir contrôle de facteurs de risques, prévention de complications spécifiques, lutte contre la survenue de séquelles ou de handicap au sens large, dépistage de comorbidités (infectieuses, néoplasiques ou vasculaires...). Cette prise en charge est le plus souvent multidisciplinaire et requiert de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) dédiée.

Formation initiale

Les pathologies chroniques inflammatoires ou auto-immunes sont abordées dans les unités d'enseignement clinique/thérapeutique des masters pour diplôme d'état d'IPA des différentes universités, discipline médicale par discipline médicale. Des ajustements minimes sont facilement envisageables, notamment par un abord transversal et un approfondissement spécifique en master-2, mention « pathologie chronique stabilisée ». Un renforcement minimal des enseignements dédiés dans les unités d'enseignement recherche/sciences infirmières/santé publique/éthique & déontologie/analyse des pratiques etc... est souhaitable et de mise en place aisée. Il s'agira d'aborder les spécificités de ces pathologies, inhérentes à leur physiopathologie et à leur prise en charge thérapeutique souvent innovante, ainsi qu'à leur fréquence (puisque nombre de ces pathologies sont identifiées comme maladies rares).

Formation continue

Les sociétés savantes des différentes disciplines médicales impliquées dans la prise en charge des patients présentant une pathologie chronique inflammatoire ou auto-immune ainsi que les filières de santé maladies rares correspondantes s'engagent à assurer la formation continue des IPA (comme elles le font déjà pour d'autres soignants, au travers des journées dédiées lors des congrès, journées des centres de référence/compétence maladies rares, lors de webinaires, au travers des veilles bibliographiques, et mise en place d'un diplôme inter-universitaire complémentaire.)

Terrains de stage

Les spécialités dans lesquelles sont regroupées les « pathologies chroniques inflammatoires et auto-immunes » participent déjà largement à l'offre de stage en M1 comme en M2 du diplôme d'état d'IPA, notamment les centres de références et de compétence affiliés aux filières de santé maladies rares, signataires de cette note.

Compétences et responsabilités

Ces dernières sont en parfaite adéquation avec celles qui sont actuellement définies, et s'articulent autour des mêmes axes : prévention-dépistage-éducation ; actes techniques et de surveillance ; prescriptions d'examens complémentaires et adaptation des traitements médicamenteux.

Des activités communes à toute pathologie chronique stabilisée et des missions spécifiques ont été identifiées, en relais de consultations médicales hospitalières et/ou ambulatoires spécialisées :

- Dépistage de toute aggravation de la pathologie. Interprétation des éléments cliniques et examens paracliniques, prescription d'examens paracliniques simples nécessaires au suivi.
- Surveillance clinique et paraclinique au cours de la désescalade thérapeutique.
- Evaluation, dépistage et prise en charge des facteurs de morbidité associés: facteurs de risque cardiovasculaires, ostéoporose, risque infectieux, risque néoplasique etc. Prescription d'examens paracliniques simples nécessaires au dépistage.
- Education thérapeutique du patient (ETP), dont compétences d'auto-soins. Contrôle de l'adhésion aux traitements médicamenteux et de leurs effets indésirables.
- Prévention des infections, mise à jour du calendrier vaccinal
- Evaluation des soins, de la rééducation, et de la prise en charge nutritionnelle...
- Appréciation de la capacité du patient à adapter ses activités et son mode de vie, évaluation du retentissement psychologique et social, évaluation de la qualité de vie.
- Action de prévention et lutte contre la fragilité et l'isolement, appréciation du soutien des aidants, accompagnement et orientation vers des ressources externes dont les associations de patients (cf spécificités inhérent au caractère rare de la pathologie).
- Organisation et coordination du parcours de soins, en particulier en cas de maladies rares : médecin référent, réseaux de soins ville-hôpital, échanges avec les multiples intervenants médicaux et non-médicaux, orientation vers les centres de référence et de compétence maladies rares.

Activités paracliniques

Evaluation et amélioration des pratiques professionnelles, Enseignement, Communication, Contribution à la recherche...

Signataires

Docteur Baptiste Hervier, Médecine Interne ; Coordinateur d'Unité d'Enseignement, M1-Diplôme d'état d'IPA, Université de Paris

Professeur Christian Roux, Président de la Société Française de Rhumatologie (SFR)

Professeur Agnès Linglart, Pédiatre, Animatrice de la filière de santé maladies rares : OSCAR

Professeur Eric Hachulla, Médecine Interne, Coordonnateur filière de santé maladies rares : FAI₂R

Professeur Mohamed Hamidou, Président de la Société Nationale Française de Médecine Interne (SNFMI), Chargé de cours Master-diplôme d'état IPA, Faculté de Médecine de Nantes

Professeur Nicolas Dupin, Président de la société française de Dermatologie (SFD)

Professeur Christine Bodemer-Skandalis, Dermatologue, Animatrice de la filière de santé maladies rares : FIMARAD

Professeur David Laharie, Secrétaire général de la société nationale Française de Gastro-Entérologie (SNFGE)

Professeur Olivier Chazouillères, Hépatologue, Animateur de la filière de santé maladies rares : FILFOIE

Madame Julie Devictor, IPA, Présidente du Conseil National des infirmiers en Pratique Avancée (CNP IPA), coordinatrice d'unités d'enseignement du diplôme d'Etat IPA, Université de Paris

Madame Sophie Chrétien, IPA, Présidente de l'Association Nationale Française des Infirmiers en Pratique Avancée (ANFIPA), chargée de cours diplôme d'Etat IPA

Madame Tatiana Henriot, IPA, Présidente de l'Union Nationale des infirmiers en Pratique avancée (UNIPA), coordinatrice d'unités d'enseignement diplôme d'Etat IPA, Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines.