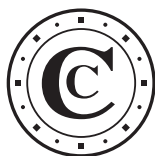


Cour des comptes



ENTITÉS ET POLITIQUES PUBLIQUES

LES INFIRMIERS
EN PRATIQUE AVANCÉE :
UNE ÉVOLUTION NÉCESSAIRE,
DES FREINS PUISSANTS
À LEVER

AUDIT FLASH

Juillet 2023

SOMMAIRE

4	PROCÉDURES ET MÉTHODES
6	SYNTHÈSE
11	INTRODUCTION
12	I - UN POTENTIEL IMPORTANT
12	A - Une réponse aux fortes attentes suscitées par les évolutions du système santé
13	B - Un concept au contenu et aux contours flous
16	II - DES OBSTACLES PUISSANTS
16	A - Un nombre très limité d'IPA en exercice aujourd'hui
26	B - De récentes évolutions structurantes
29	ANNEXES

PROCÉDURES ET MÉTHODES

Les rapports de la Cour des comptes sont réalisés par l'une des sept chambres que comprend la Cour ou par une formation associant plusieurs chambres et/ou plusieurs chambres régionales ou territoriales des comptes.

Trois principes fondamentaux gouvernent l'organisation et l'activité de la Cour ainsi que des chambres régionales et territoriales des comptes, donc aussi bien l'exécution de leurs contrôles, et enquêtes que l'élaboration des rapports publics qui en résultent : l'indépendance, la contradiction et la collégialité.

L'**indépendance institutionnelle** des juridictions financières et l'indépendance statutaire de leurs membres garantissent que les contrôles effectués et les conclusions tirées le sont en toute liberté d'appréciation.

La **contradiction** implique que toutes les constatations et appréciations faites lors d'un contrôle ou d'une enquête, de même que toutes les observations et recommandations formulées ensuite, sont systématiquement soumises aux responsables des administrations ou organismes concernés ; elles ne peuvent être rendues définitives qu'après prise en compte des réponses reçues et, s'il y a lieu, après audition des responsables concernés.

La **collégialité** intervient pour conclure les principales étapes des procédures de contrôle et de publication. Tout contrôle ou enquête est confié à un ou plusieurs rapporteurs. Le rapport d'instruction, comme les projets ultérieurs d'observations et de recommandations, provisoires et définitives, sont examinés et délibérés de façon collégiale, par une formation comprenant au moins trois magistrats. L'un des magistrats assure le rôle de contre-rapporteur et veille à la qualité des contrôles.

Sauf pour les rapports réalisés à la demande du Parlement ou du Gouvernement, la publication d'un rapport est nécessairement précédée par la communication du projet de texte que la Cour se propose de publier aux ministres et aux responsables des organismes concernés, ainsi qu'aux autres personnes morales ou physiques directement intéressées. Leurs réponses sont présentées en annexe du rapport publié par la Cour.

*

**

Le présent audit a été conduit sur le fondement des articles 111.2 et suivants du code des juridictions financières. Il est rendu public en vertu des dispositions de l'article L.143-1, 2^e alinéa, du même code. Contrairement à d'autres publications de la Cour des comptes, il ne donne pas lieu à un rapport exhaustif sur un organisme ou une politique publique mais permet de dresser dans un délai resserré un état des lieux factuel sur un dispositif public bien délimité.

L'audit a été réalisé par la sixième chambre à partir d'entretiens et le recueil d'éléments documentaires auprès des administrations et organismes auxquels l'enquête a été notifiée : la direction de la sécurité sociale, (DSS), la direction générale de l'offre de soins (DGOS), la direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle (DGESIP) ainsi que la Caisse nationale d'assurance-maladie (CNAM).

Des entretiens ont aussi été tenus avec le Syndicat national des infirmières et infirmiers libéraux (SNIIL), la Fédération nationale des infirmiers (FNI), le Syndicat des médecins généralistes de France (MG France), le Syndicat des médecins libéraux (SML), la Fédération des médecins de France (FMF), la Fédération hospitalière de France (FHF), la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés solidaires (Fehap), la Fédération des centres de lutte contre le cancer (Unicancer), la Fédération hospitalière privée (FHP), la Fédération nationale des établissements de santé de proximité (FNESP), la Fédération des communautés professionnelles territoriales de santé (FCPTS) la Fédération des centres de santé (FCDS), l'Ordre national des infirmiers, l'Union nationale des infirmiers en pratique avancée (UNIPA) ainsi qu'avec l'Association nationale française des infirmiers en pratique avancée (ANFIPA).

Le projet d'audit a été préparé, puis délibéré le 14 avril 2023, par la sixième chambre, présidée par Mme Hamayon, présidente de chambre, et composée de Mmes Mondoloni, Boutereau-Tichet conseillères maîtres, MM. Rabaté, Appia, Seiller, Chastenet de Géry, conseillers maîtres, Guégano, conseiller maître en service extraordinaire ainsi qu'en tant que rapporteur, M. Samyn, conseiller référendaire en service extraordinaire, et, en tant que contre-rapporteur, M. Colcombet, conseiller maître.

Il a été examiné le 9 mai 2023, par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de M. Moscovici, Premier président, M. Rolland, rapporteur général du comité, Mmes Podeur, Démier, Hamayon et Camby et MM. Charpy, Bertucci et Meddah, présidents de chambre, Mme Renet et MM. Martin, Advielle et Lejeune, présidents de chambre régionale des comptes, et M. Gautier, Procureur général, entendu en ses avis.

*
**

Les rapports publics de la Cour des comptes sont accessibles en ligne sur le site internet de la Cour et des chambres régionales et territoriales des comptes : www.ccomptes.fr.

SYNTHÈSE

Des bénéfices importants attendus du statut d'IPA par le ministère de la santé

Tardivement, en comparaison avec les pays anglo-saxons, la possibilité d'une « pratique avancée » des professions paramédicales a été reconnue en France par la loi du 26 janvier 2016¹. Cette notion est d'ailleurs ambiguë car elle laisse penser qu'il s'agit de spécialiser à plus haut niveau de technicité la pratique de ces professionnels, alors qu'il est question d'élargissement et de transversalité des compétences et des responsabilités, enjeu d'une tout autre dimension qui est à l'origine des tensions qui entourent sa mise en œuvre.

Bien qu'ouverte à l'ensemble des professions paramédicales, la pratique avancée n'est encore organisée que pour les infirmiers. Une large autonomie est conférée aux « *infirmiers de pratique avancée* » (IPA) dans l'exercice de leurs compétences qui les rapproche de celui des professions médicales, hors droit – jusqu'à très récemment – de première prescription et sous réserve qu'ils travaillent en équipe, sous la coordination d'un médecin. Pour autant, les textes définissent les prérogatives propres des IPA seulement au travers d'actes techniques particuliers qu'ils sont autorisés à accomplir. Ils ne mentionnent ni les missions ni les fonctions qu'ils sont appelés à assumer et qui, pourtant, sont présentées comme la justification essentielle de ce nouveau statut.

Le ministère de la santé attend en effet beaucoup des IPA : faciliter l'accès aux soins en répartissant de manière différente la charge de travail entre ceux-ci et les médecins dont la démographie est sous tension, améliorer la prise en charge des maladies chroniques dans le contexte du vieillissement de la population et proposer aux infirmiers des perspectives de carrière meilleures, par l'instauration d'un nouveau métier.

Pour prétendre à cet exercice, en ville ou en établissement de santé, les infirmiers doivent disposer d'une ancienneté de pratique de trois ans puis avoir suivi une formation complémentaire d'une durée de deux années, de niveau master, dans l'une des cinq « mentions » retenues par le législateur : pathologies chroniques stabilisées (PCS) ; oncologie et hémato-oncologie ; maladie rénale chronique, dialyse et transplantation rénale (MRC) ; psychiatrie et santé mentale ; urgences.

1. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Des obstacles puissants

Le ministère s'était fixé une cible de 3 000 IPA formés ou en formation d'ici à 2022 et, à terme, de 6 000 à 18 000 IPA en exercice.

Or, en 2021, seuls 581 IPA étaient diplômés et 1 366 en formation ; 131 exerçaient en ville. Aucune donnée n'est disponible sur l'exercice de ces professionnels dans les établissements de santé et les structures médico-sociales.

L'intérêt des infirmiers n'est pas en cause au regard des nombreuses demandes de leur part visant à ce que leur spécialité soit reconnue comme relevant d'un exercice avancé (anesthésie-réanimation, puériculture, gérontologie, etc.), au risque d'ailleurs d'en perdre la spécificité, c'est-à-dire l'exercice de compétences élargies.

Plusieurs freins s'opposent cependant au déploiement de la pratique avancée.

Les réticences des médecins constituent le premier et le plus fondamental d'entre eux. Le parcours de soins de référence demeure celui de la relation première entre le patient et un médecin généraliste, garant de sa bonne orientation dans le système de santé et rémunéré à l'acte. Or, lorsque des IPA sont installés en ville, les médecins refusent trop souvent d'orienter vers eux des patients dont la situation relève des compétences de ces professionnels paramédicaux, par méconnaissance ou par crainte de concurrence, alors que, jusqu'à la loi n° 2023-379 du 19 mai 2023 d'amélioration de l'accès aux soins par la confiance dans les professionnels de santé et uniquement pour les IPA exerçant en structure coordonnée, les patients ne pouvaient y accéder directement.

Le second frein, dans le prolongement du premier, découle du modèle économique qui, en ville, ne permet pas aux IPA de vivre de leur activité. Ce modèle a évolué et est désormais plus favorable mais il ne lève pas pour autant l'obstacle de l'orientation des patients par les médecins, ce qui les maintient dans une situation économique précaire. L'exercice salarié en centre de santé, en établissement de santé ou en établissement médico-social, quant à lui, n'est guère plus attractif. Au regard de l'effort de formation consenti, les perspectives financières et les postes proposés présentent, dans des proportions qui demeurent inconnues, un intérêt inférieur à ce qui a été annoncé initialement puis qui est attendu.

Le troisième résulte des conditions de formation. Les études, qui s'inscrivent dans un cadre de formation continue, sont onéreuses (48 000 € selon une évaluation de la Fédération hospitalière de France, incluant hébergement et restauration) et supposent des sacrifices de la part des infirmiers eux-mêmes ou de leurs employeurs, ces derniers étant confrontés à une pénurie de main d'œuvre qui ne les incite guère à favoriser le départ en formation de leurs salariés. S'y ajoutent la quasi-impossibilité de recourir à l'apprentissage ou à la valorisation des acquis de l'expérience ainsi que l'hétérogénéité du contenu des formations selon les universités.

Le quatrième et dernier frein est lié à l'existence d'autres professionnels avec lesquels les médecins collaborent de manière plus naturelle. Il s'agit des assistants médicaux, des infirmiers Asalée², et de ceux bénéficiant de protocoles de coopération dont le champ de compétence, très circonscrit, et le modèle économique, salariat pour l'essentiel, ne constituent pas une menace pour les professions médicales, particulièrement sur le plan financier.

De récentes évolutions structurantes

Face à ces obstacles, le ministère avait envisagé des inflexions, s'appuyant sur le résultat d'expérimentations qui tardaient à se mettre en place, l'une pour permettre un accès des patients aux IPA sans passer par un médecin (« accès direct »), l'autre pour accorder aux IPA un droit de première prescription. Le législateur a devancé le ministère : la loi récemment promulguée a tranché en faveur de ces évolutions.

La loi ayant été adoptée, il convient de faire pleinement vivre le métier d'IPA malgré l'opposition persistante d'une partie des médecins. Pour y parvenir, le ministère se doit de répondre aux craintes exprimées, par exemple en définissant des guides ou des référentiels précisant les missions des IPA, ou bien, sur le modèle de certains pays étrangers, en prévoyant des formations complémentaires les préparant au droit de prescrire en première intention.

2. Infirmiers salariés par l'association Asalée, formés à l'éducation thérapeutique du patient et intervenant à l'appui des médecins généralistes sur des sujets de prévention, de dépistage et de conseils aux patients atteints de maladies chroniques.

De façon plus structurante, au-delà du seul sujet du partage de compétences entre professionnels de santé, les difficultés rencontrées par les IPA reflètent les limites de la conception du système de santé français, encore marqué par l'exercice isolé de la médecine de ville et la rémunération à l'acte. Cette conception doit évoluer, au-delà des inflexions déjà engagées (développement des maisons de santé et des communautés professionnelles territoriales de santé), pour que la coopération entre professionnels de santé devienne la pratique générale. Cela est d'autant plus nécessaire que l'offre de soins de ville continue à se rétracter alors que les besoins croissent et que de nombreux patients ne bénéficient pas de médecin traitant.

Les principaux enseignements de l'enquête

Le ministère de la santé attendait beaucoup de la création de la profession d'IPA et s'était fixé une cible de 3 000 IPA formés ou en formation à la fin de l'année 2022 et, par la suite, de 6 000 à 18 000 IPA en exercice. Or, en 2021, seuls 581 IPA étaient diplômés, pour 1 366 en formation et 131 exerçaient en ville. Le nombre d'IPA salariés en établissement de santé et dans les structures médico-sociales n'est pas connu.

Les freins au déploiement de la pratique avancée sont multiples. Le premier et le plus fondamental est la réticence des médecins à confier des actes et des patients à des IPA. Le second, dans le prolongement du premier, découle du modèle économique, en ville, qui ne permet pas aux IPA de vivre de leur activité. Le troisième résulte des conditions de formation. Le quatrième et dernier frein consiste en l'existence d'autres professionnels avec lesquels les médecins collaborent de manière plus naturelle.

Face à ces obstacles, le législateur a réagi, sans attendre le résultat d'expérimentations qui tardaient à se mettre en œuvre, en accordant aux patients un accès direct aux IPA et, aux IPA, un droit de première prescription.

RECOMMANDATIONS

- **Recommandation 1** Définir le contenu des postes d'IPA hospitaliers et assurer le suivi de leur mise en place effective (*Ministère de la santé et de la prévention*).
- **Recommandation 2** Faciliter l'accès à la formation des IPA, en l'ouvrant à l'apprentissage et à la validation de l'expérience, en cadrant mieux son contenu et en levant les freins financiers (*Ministère de la santé et de la prévention*).

INTRODUCTION

En réponse aux défis posés par la démographie déclinante des professions médicales, face à l'augmentation des pathologies chroniques et au vieillissement de la population, le législateur a introduit en France le concept de « *pratique avancée* » des professions paramédicales, issu d'un processus de réflexion, engagé au début des années 2000. Le rapport du professeur Yvon Berland plaidait, dès octobre 2003³, pour la création de nouveaux métiers de niveau intermédiaire entre les fonctions paramédicales (infirmiers) et les fonctions médicales (médecins généralistes et spécialistes). Un rapport⁴ plus récent, de janvier 2011, comportait plusieurs recommandations en ce sens.

Contrairement à ce que ces termes pourraient laisser supposer, il ne s'agit pas d'élever le niveau de technicité des actes pratiqués par ces professionnels. L'objectif est d'élargir les compétences transversales et les responsabilités des professions paramédicales au-delà du cadre légal et réglementaire actuel : réception directe d'un patient, capacité de diagnostic et de prescription. L'enjeu explique les tensions qui entourent sa mise en œuvre.

Le choix de confier des activités médicales (diagnostic et prescription) aux professions paramédicales, sans condition ni distinction entre elles, aurait pu être mis en œuvre mais c'est une autre orientation qui a été prise, moins susceptible de rencontrer de fortes oppositions. Ainsi, la possibilité d'un exercice « *en pratique avancée* » a été ouvert à l'ensemble des professions paramédicales par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (article 119, créant l'article L. 4301-1 du code de la santé publique - CSP). Cependant, les textes réglementaires le réservent cependant aujourd'hui aux seuls infirmiers, même si le ministère de la santé et de la prévention réfléchit à son extension, notamment aux manipulateurs en électroradiologie médicale.

3. Mission « *Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences* ».

4. Laurent Hénart, député de Meurthe-et-Moselle, Yvon Berland, professeur de médecine, et Danielle Cadet, coordonnatrice générale des soins à l'AP-HP : « *Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer* ».

I - UN POTENTIEL IMPORTANT

A - Une réponse aux fortes attentes suscitées par les évolutions du système de santé

Les IPA existent dans d'autres pays, parfois depuis de longues années. Ils sont apparus dans les années 1960 aux Etats-Unis et au Canada. Il s'agissait alors, selon l'étude d'impact du projet de loi de modernisation de notre système de santé, de :

- « garantir un accès aux soins primaires pour l'ensemble de la population », en permettant une prise en charge par un infirmier en pratique avancé, à défaut de médecin, dans les zones de faible démographie médicale ;
- « réduire les coûts exposés par le système de santé », un médecin étant a priori mieux rémunéré qu'un IPA ;
- « optimiser l'utilisation des compétences des professionnels de santé », en réservant l'action des médecins aux cas les plus complexes ;
- améliorer les perspectives de carrière des infirmiers.

S'agissant de la France, l'étude d'impact de la loi de modernisation de notre système de santé a souligné l'objectif de « mieux prendre en charge les maladies chroniques et [de] faire face au vieillissement de la population dans une logique de prévention et de soins de proximité » tout en précisant qu'il s'agissait, aussi, d'une « attente forte » des professionnels paramédicaux pour exercer de nouveaux métiers, reconnus au niveau master.

Plus précisément, par la mise en place des IPA, le ministère a entendu répondre à une double nécessité.

En premier lieu, il s'agissait de résoudre « des problématiques d'accès aux soins et [...] des tensions de démographie médicale ».

L'allongement de l'espérance de vie entraîne un accroissement du nombre de personnes âgées, lui-même à l'origine d'une complexité croissante des besoins en santé en raison d'une chronicisation accrue des maladies et d'une multiplication des polyopathologies, face à une démographie médicale en tension.

Les dernières projections du ministère chargé de la santé (Drees⁵) annoncent en effet une diminution de l'effectif de médecins généralistes : « entre 2021 et 2026, [ceux-ci] passant de 95 400 à 92 300. [Ils] ne repartiraient à la hausse qu'ensuite alors que, pour les spécialistes, la baisse s'arrêterait en 2023 ». Les perspectives sont encore plus défavorables si l'on tient compte de l'évolution des besoins de santé. La Drees a calculé une « densité standardisée » qui ne retrouvera qu'en 2033 le niveau observé en 2021 pour les spécialistes et qu'en 2036 pour les généralistes, avec le maintien de fortes inégalités territoriales. Ces dernières se traduisent d'ores et déjà par le fait, souligné par la Cnam, que six millions de Français, dont 620 000 souffrant d'affections de longue durée, n'ont pas de médecin traitant

5. Les dossiers de la Drees, n° 76, « Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? - Constat et projections démographiques », mars 2021.

En second lieu, il s'agissait de « *diversifier l'exercice des professionnels paramédicaux et [de] développer les perspectives de carrière* », notamment dans le cadre d'une deuxième et d'une troisième carrières. En établissement de santé, sauf spécialisation en bloc opératoire ou en anesthésie-réanimation, la seule évolution possible consistait à devenir « cadre de santé », une fonction qui n'inclut pas de pratique clinique. En ville, aucune évolution ne se présentait aux infirmiers exerçant en libéral.

B - Un concept au contenu et aux contours flous

1 - Une vocation de transversalité mais une tendance à la spécialisation

Pour répondre à ces multiples attentes, l'IPA a été doté de « *compétences élargies* »

par rapport aux autres infirmiers (CSP, art. R. 4301-1 et suivants). Il est à même de « *procéder à [l'] examen clinique [de son patient], [ainsi qu'aux activités] d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage qu'il juge nécessaire* ». Il peut aussi « *adapter le suivi du patient, [...] effectuer [des] actes techniques, [...] prescrire des médicaments [et des dispositifs médicaux, quoiqu'uniquement ceux] non soumis à prescription médicale obligatoire, des examens de biologie médicale [et] renouveler, en les adaptant si besoin, des prescriptions médicales* ». Comme le souligne le ministère, la capacité à exercer en autonomie, au sein d'une équipe, dans une logique de complémentarité entre professionnels, est au cœur de ce dispositif.

Quelques exemples d'actes que peuvent réaliser des IPA

Les IPA sont expressément autorisés à réaliser un certain nombre d'actes, les distinguant des autres infirmiers, dont la liste est fixée par arrêté.

Ils peuvent ainsi notamment réaliser des sutures (sauf visage et mains), poser des sondes rectales ou encore procéder à des lavements.

Ils peuvent demander un examen de la vision, une électro-encéphalographie, prescrire des prothèses capillaires.

L'exercice de ces actes n'entre pas dans le cadre de missions prédéfinies, contrairement, par exemple, à celles confiées par les médecins du travail aux infirmiers en santé au travail.

Il ne s'agit donc pas de spécialisation, entendue comme l'acquisition d'un savoir-faire spécifique dans un champ disciplinaire particulier, mais bien de compétences transversales (qui n'excluent pas une certaine forme de spécialisation liée aux mentions) permettant à l'IPA d'aborder des prises en charge plus complexes, quelle que soit la pathologie dont souffre le patient.

L'enjeu pour les infirmiers est de s'appuyer sur leur pratique avancée pour jouer un rôle pivot dans la prise en charge du patient, dans une logique de parcours, que ce soit en établissement de santé ou entre les soins de ville et hospitaliers, ce qui peut les amener à empiéter, au moins en partie, sur le rôle joué par les médecins traitants.

Cet objectif rencontre l'opposition du corps médical, attaché à conserver ses fonctions de coordination et de supervision du parcours de soin du patient⁶.

Par ailleurs, la multiplication des mentions d'exercice tend à brouiller la distinction entre la transversalité des compétences attendues des IPA et leur spécialisation. En effet, pour exercer, l'IPA doit justifier d'un minimum de trois années d'exercice en tant qu'infirmier et être titulaire d'un diplôme d'État d'IPA⁷, de niveau master, relevant d'une des cinq mentions reconnues par les pouvoirs publics : pathologies chroniques stabilisées (PCS)⁸ ; oncologie et hématologie ; maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale (MRC) ; psychiatrie et santé mentale ; urgences.

Les trois premières mentions (PCS, oncologie et hématologie, MRC) figuraient dans le décret du 18 juillet 2018 susmentionné venant organiser le métier d'IPA. La mention « psychiatrie et santé mentale », faute de consensus initial, a été ajoutée par le décret n° 2019-835 du 12 août 2019, et la mention « urgences » par le décret n° 2021-1384 du 25 octobre 2021, en réponse aux difficultés dont souffraient ces services (mesure n° 8 du pacte de refondation des urgences du 9 septembre 2019) et qui se sont cristallisées à l'été 2022.

2 - Un risque de confusion avec les infirmiers spécialisés

Refondre, voire créer, de nouvelles mentions

La multiplication des mentions de qualification des IPA, bien que récente, n'a pas épuisé les demandes émanant des infirmiers eux-mêmes mais, aussi, de médecins spécialistes hospitaliers, visant à élargir le périmètre des mentions déjà existantes. Figurent des propositions visant un élargissement du champ des mentions déjà existantes : des pathologies chroniques stabilisées à toutes les pathologies chroniques ; pour le cancer, à l'ensemble des spécialités et non aux seules prises en charge en oncologie et en hématologie⁹ ; pour les maladies rénales chroniques, à l'ensemble des greffes¹⁰ ; pour les urgences, des établissements aux soins non programmés aux prises en charge en ville ; pour les soins psychiatriques, à l'addictologie). D'autres propositions visent à

6. Voir à cet égard l'éditorial de la présidente du syndicat MG France du 23 janvier 2023 : « C'est maintenant l'heure du choix qui déterminera l'avenir de notre système de santé : ou bien le gouvernement et les responsables politiques choisissent de miser sur le médecin généraliste traitant, ses collaborateurs et sur le parcours de soin coordonné, ou bien ils poursuivent leurs entreprises de dérégulation : médecine « one shot » centres de soins non programmés, télécabines, plateformes et accès direct aux autres professionnels de santé en autonomie, sans lien avec le médecin traitant ».

7. CSP, art. D. 4301-8 : les infirmiers disposent d'un diplôme d'État sanctionnant trois années d'étude (niveau licence) réalisée en institut de formation en soins infirmiers (Ifsi).

8. Pathologies concernées : accident vasculaire cérébral (AVC), artériopathies chroniques, cardiopathie et maladie coronaire, diabète, insuffisance respiratoire chronique, Alzheimer et démences, Parkinson, épilepsie.

9. C'était d'ailleurs l'engagement porté par le troisième plan cancer 2014-2019.

10. Des débats sont engagés avec l'Agence de biomédecine.

créer de nouvelles mentions (gériatrie, santé des enfants, santé au travail, soins palliatifs, etc.).

Le ministère de la santé se montre toutefois réticent à multiplier les mentions, pour une double raison. D'une part, certaines de ces demandes ne visent pas tant à ouvrir une pratique avancée qu'à faire reconnaître, pour la valoriser, une spécialisation dans l'exercice. D'autre part, la durée de la formation, limitée à deux années, ne peut permettre qu'une extension mesurée des compétences et, partant, du champ d'intervention des IPA.

La position des professionnels de santé eux-mêmes est ambivalente. Certains soutiennent ces évolutions. D'autres, au contraire, pointent un risque de « surspécialisation » calqué sur le modèle des médecins spécialistes. Ils sont ainsi amenés à plaider pour une plus grande transversalité, avec le regroupement en deux mentions seulement : l'une portant sur les soins aux adultes¹¹, l'autre sur la psychiatrie et la santé mentale, laissant la

place à des spécialisations complémentaires, par exemple par le biais de diplômes universitaires. Une telle évolution supposerait de repenser la formation sur un modèle licence-master-doctorat, en suivant l'exemple des sages-femmes, ce qui n'est pas envisagé aujourd'hui et ce qui poserait la question des connaissances acquises en deux ans sur des champs aussi vastes ainsi que sur les compétences associées.

Intégrer d'autres catégories d'infirmiers dans la pratique avancée

À côté des IPA, d'autres catégories d'infirmiers très qualifiés exercent en établissement de santé : les infirmiers puériculteurs, les infirmiers de bloc opératoire diplômés d'État (Ibode) et les infirmiers anesthésistes diplômés d'État (IADE).

Les conditions de formation, les niveaux d'étude et d'exercice, voire de rémunération, de ces infirmiers sont proches de ceux des IPA, sans complètement les recouvrir.

Tableau n° 1 : comparaison entre catégories d'infirmiers (hors cadres de santé)

	Infirmier en soins généraux	Infirmier en soins spécialisés (puériculteur)	Infirmier en soins spécialisés (IBODE)	Infirmier anesthésiste IADE	IPA (5 mentions)
Formation	Socle de 3 ans	+ 12 mois - en cours de réingénierie (18 mois à 2 ans)	+ 18 mois + 2 ans à compter de la rentrée universitaire 2022	+ 2 ans	+ 2 ans
Expérience requise pour exercer	Non	Non		2 ans	3 ans
Compétences octroyées	Décret-socle	Actes dispensés « en priorité »	« Exerce en priorité et est seul habilité à »	« Est seul habilité à »	« Compétences élargies »
Rémunération (grille hospitalière)	de 1 891,51 € à 3 501,72 €	de 2 046,71 € à 3 705,42 €	de 2 158,26 € à 3 705,42 €	de 2 158,26 € à 3 705,42 €	

Note : à la différence des IPA pour lesquels la formation est exclusivement universitaire, les autres infirmiers effectuent leur formation en écoles d'infirmiers, une convention déterminant les modalités de participation des universités.

Source : Cour des comptes

11. Par exemple, au Québec, les spécialités « cardiologie » et « néphrologie » ont été remplacées par la spécialité « soins aux adultes » en 2018 (cf. annexe n° 2). Certains proposent également d'aller vers une mention « enfants » (pédiatrie).

La définition communément admise, au niveau international, de la pratique avancée des infirmiers est plus englobante. Y sont inclus, d'une part, les infirmiers « *cliniciens* » qui regroupent, de façon schématique, les infirmiers spécialisés (équivalent des Ibode et IADE français) et, d'autre part, les infirmiers « *praticiens* », aux compétences plus transversales et fréquemment dotés d'une capacité de primo-prescription de médicaments (Canada, Royaume-Uni, États-Unis – cf. annexe n° 2), ce qui n'est pas le cas des IPA français.

Ceci amène ces différentes catégories d'infirmiers, dont la pratique n'est pas reconnue

comme « *avancée* », à réclamer une évolution de la réglementation afin de bénéficier d'une reconnaissance supplémentaire des spécificités de leur métier, sans nouvelle contrainte.

À ce stade, le ministère de la santé n'exclut pas, dans le cadre de la réingénierie de leur formation et de la « *feuille de route* » de la pédiatrie, une évolution du statut des infirmiers puériculteurs. Leurs missions pourraient s'inscrire dans la logique d'autonomie, de complémentarité et de parcours que le ministère promeut et qu'il a inscrit au cœur des missions des IPA. Les autres demandes n'ont pas trouvé le même écho.

II - DES OBSTACLES PUISSANTS

A - Un nombre très limité d'IPA en exercice aujourd'hui

1 - Un déploiement très en-deçà des attentes

Le déploiement des IPA est aujourd'hui très insuffisant, loin de leur permettre de répondre aux nombreux défis qui ont justifié leur création.

L'étude d'impact de la loi de modernisation de notre système de santé prévoyait, en s'appuyant sur la situation pourtant spécifique des États-Unis et du Canada, que « *l'exercice en pratique avancée de la profession d'infirmier pourrait concerner entre 1 % et 3 % au maximum* » des 616 796 infirmiers alors recensés, « *dont 1 % dans la fonction publique hospitalière et 2 % en soins primaires* », soit entre 6 000 et 18 000 IPA (6 000 en hospitalier et 12 000 en

soins primaires). L'étude d'impact ne donnait toutefois aucun horizon temporel.

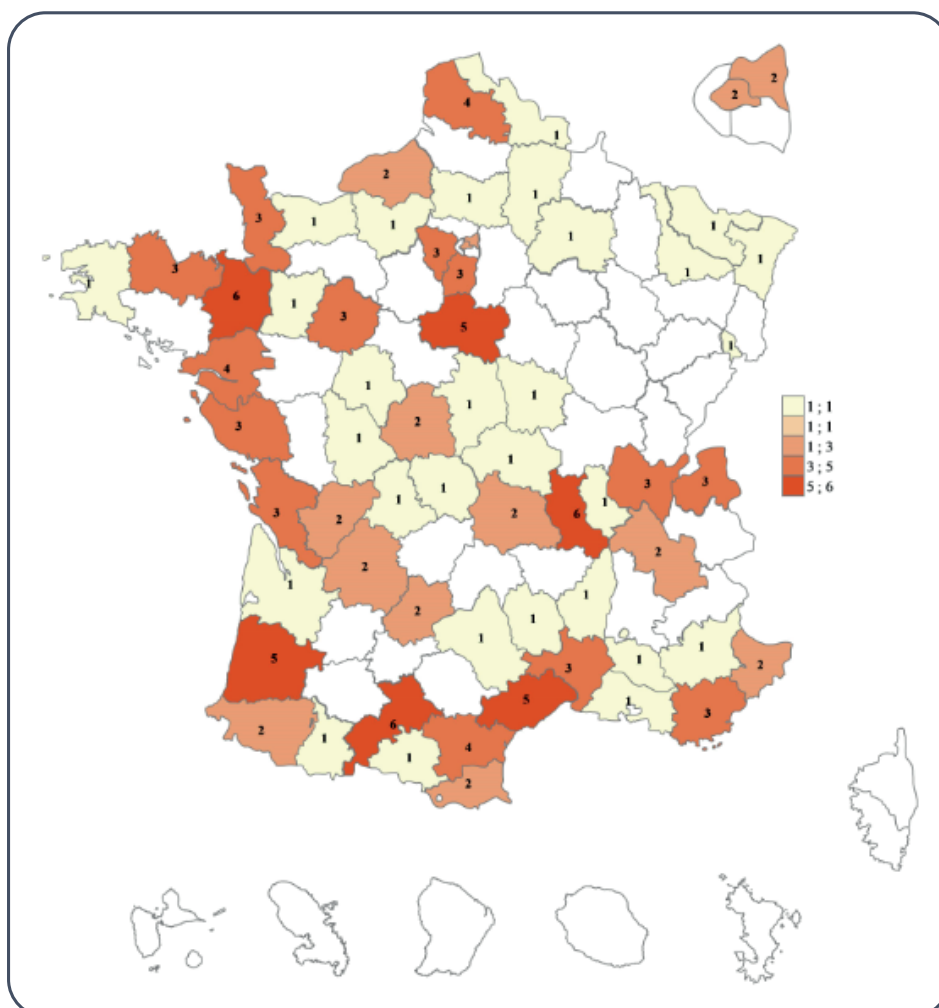
Le « *Ségur de la santé* » visait 3 000 IPA formés ou en formation d'ici à la fin de 2022.

Cet objectif n'est pas atteint. Seuls 581 IPA ont été diplômés en 2021, nombre certes supérieur à celui de 2019 (57 IPA), première année de promotion de diplômés, et pour l'essentiel avec la mention « *PCS* » (295, soit 50,8 %¹²) ; 1 366 étudiants sont, par ailleurs, en formation d'IPA en 2022-2023. L'écart avec l'objectif ne s'explique pas par l'épidémie de covid 19 qui n'aurait eu, selon le ministère, qu'un impact « *très modéré* » sur les formations, grâce à la visioconférence.

Fin août 2022, seuls 131 IPA libéraux exerçaient, dont seulement 47 en activité exclusive¹³, 30 en maisons de santé pluriprofessionnelle et 21 en centres de santé.

12. Suivent les mentions psychiatrie (115, en forte hausse puisque cette mention ne représentait que 9 % des IPA diplômés contre 21 % en 2021), oncologie (104) et MRC (41). Le ministère n'a pas de donnée pour les 26 diplômés restant. La mention urgences est trop récente pour disposer de ses premiers diplômés.

Carte n° 1 : répartition des IPA libéraux en activité (août 2022)



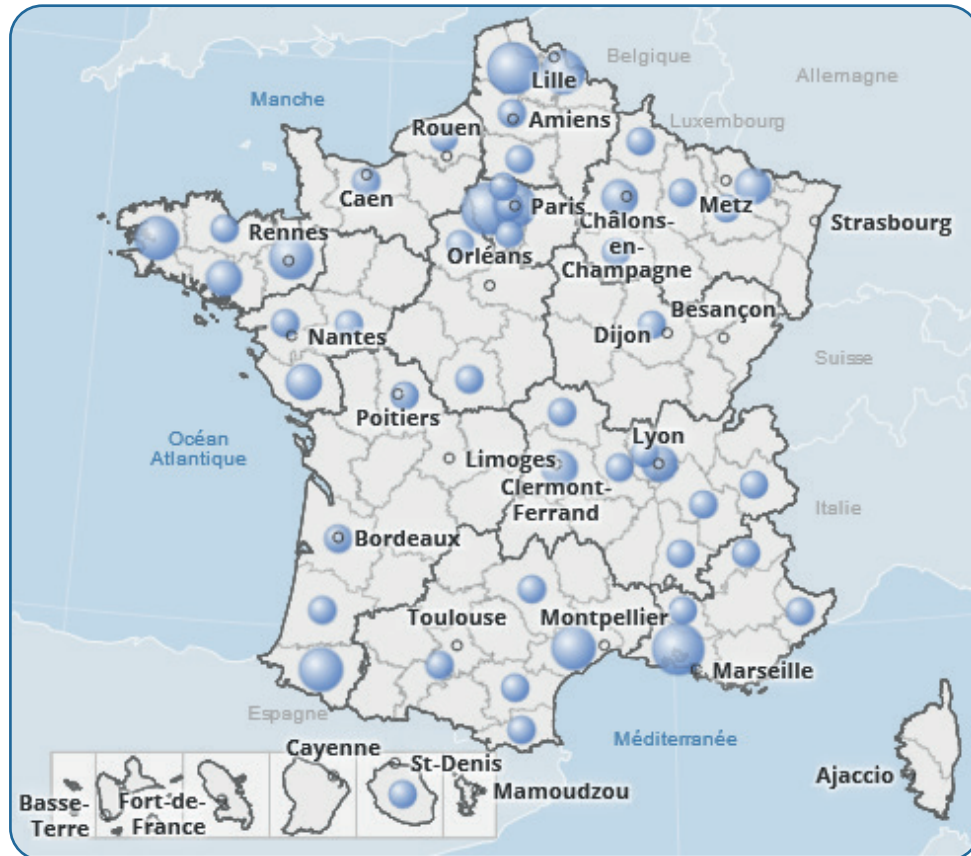
Source : Cnam

Malgré l'importance des enjeux associés à cette réforme, le ministère de la santé ne dispose d'aucune donnée sur l'exercice des IPA en établissement de santé ni en établissement médico-social, contrairement à certaines fédérations hospitalières. Ainsi, fin 2021, 45 IPA exerceraient en centre de lutte contre le cancer, 47 en établissement privé à but lucratif et un nombre globalement équivalent dans les établissements privés à but non lucratif. Aucun

chiffre n'est disponible pour les établissements publics, pourtant premiers employeurs d'IPA, ni pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). L'ATIH dispose néanmoins de la liste des établissements de santé facturant des actes et consultations externes réalisés par des IPA, permettant au moins de disposer d'une idée de leur répartition sur le territoire.

13. Les autres partagent leur activité entre métier d'IPA et métier d'infirmier « classique ».

Carte n° 2 : répartition des 76 établissements publics et privés non lucratifs facturant des actes réalisés par des IPA (janvier à septembre 2022)



Note : 58 établissements publics, 8 centres de lutte contre le cancer et 10 établissements privés à but non lucratif – la bulle la plus petite est égale à un établissement, la plus grande à 4 ; la liste des établissements et les montants associés figurent en annexe n° 6.

Source : Cour des comptes, d'après les données de l'ATIH

2 - Un cadre d'exercice défavorable

1 - Une autonomie très encadrée

Les IPA sont censés être dotés d'une forte autonomie. L'exercice de leurs compétences est toutefois strictement encadré, à la demande des médecins. Le modèle français de la médecine de ville demeure assez largement, aujourd'hui encore, celui d'un médecin isolé, rémunéré à l'acte et garant de la qualité des soins et de la bonne orientation du patient dans le système de santé. Les médecins sont, dès lors, peu favorables au partage de leur patientèle. Ils craignent une concurrence financière en libéral

mais, aussi, d'être confrontés à des patients à l'état de santé dégradé et en perte de chance, faute pour l'IPA de les avoir orientés à temps. Ils doutent, en effet, qu'une formation de deux années suffise à permettre aux IPA d'assurer les nombreuses missions susceptibles de leur être confiées.

Malgré leur forte autonomie, les IPA conservent un caractère auxiliaire qui se manifeste par un double encadrement.

En premier lieu, l'exercice en pratique avancée, dans le prolongement de la logique de parcours, ne peut se réaliser qu'au sein d'une équipe de soins primaires ou en établissement de santé,

coordonnée par un médecin, ou en assistance à un médecin spécialiste. Cette coordination prend la forme d'un protocole d'organisation, signé par le médecin avec l'IPA, venant préciser les domaines d'intervention concernés, les modalités de prise en charge des patients confiés ainsi que les modalités d'échanges d'information avec le médecin. Même si, en lui-même, le protocole peut être très souple, rien n'obligeant le médecin à entrer dans le détail des soins à réaliser par l'IPA, le médecin est à même de réduire très fortement le cadre d'exercice des IPA par ce dispositif.

En second lieu, il appartient au seul médecin de déterminer les patients auxquels un suivi par un IPA est proposé, sauf pour les IPA intervenant aux urgences et sauf accès direct tel que vient de l'ouvrir, sous conditions, la loi

portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance dans les professionnels de santé. Si le médecin ne souhaite pas partager sa patientèle, l'IPA ne peut pas exercer.

2 - Pour les IPA libéraux, un modèle économique peu viable mais récemment révisé

La rémunération des IPA en ville est déterminée par la convention nationale entre la Cnam et les professionnels infirmiers et, plus précisément, par deux de ses avenants.

L'avenant n° 7 conclu le 4 novembre 2019 est le premier à avoir tiré les conséquences de la création des IPA. Au regard de leur rôle consistant pour l'essentiel, en ville, en un suivi des patients chroniques¹⁴, il a été convenu non pas d'ajouter des actes à ceux déjà prévus pour les infirmiers mais de créer des forfaits.

Tableau n° 2 : forfaits découlant de l'avenant n° 7

Nature du forfait	Valorisation
Forfait – 1 ^{er} contact du patient avec l'infirmier en pratique avancée (éligibilité au suivi)	20,00 €
Forfait – 1 ^{er} contact annuel du patient avec l'infirmier en pratique avancée (1 ^{er} trimestre de prise en charge)	58,90 €
Forfait trimestriel de suivi du patient par l'infirmier en pratique avancée	32,70 €
Majoration liée à l'âge du patient (pour les enfants de moins de 7 ans et pour les patients âgés de 80 ans et plus)	3,90 €
Montant maximal annuel pour un même patient (première année, hors majoration)	177,00 €
Montant maximal annuel pour un même patient (en routine, hors majoration)	157,00 €

Source : avenant n° 7 à la convention nationale entre la Cnam et les professionnels infirmiers

14. La mention « urgences », seule, restreint l'exercice des IPA aux établissements de santé. Les mentions « oncologie » et « MRC » affichent une dimension hospitalière forte mais non exclusive.

La principale différence avec la rémunération à l'acte tient au fait qu'un forfait est versé pour un seul et même patient par trimestre de prise en charge, quel que soit le nombre de consultations.

Le montant de chacun des forfaits a été déterminé en recherchant un revenu-cible de 3 000 à 3 300 € nets par mois, pour une patientèle d'un peu moins de 400 patients, soit un revenu proche de celui d'une infirmière libérale, pour 35 heures de travail sans garde de nuit ni week-end. L'inconvénient, pointé par certains syndicats de médecins, est d'afficher facialement un tarif supérieur à celui d'une consultation chez un généraliste (32,70 € contre 25,00 €), même s'il s'agit pour les IPA d'un forfait et non d'un acte pouvant être multiplié par le nombre de visites du patient.

Ce montant a été déterminé sans recherche d'économies. Le coût annuel est en effet comparable à celui de l'intervention d'un médecin, selon l'assurance maladie. Celle-ci estime qu'un patient voit en moyenne 5,7 fois par an son médecin traitant pour son affection chronique (et sept fois en y ajoutant des consultations sans lien avec celle-ci), soit un coût annuel de 150 € (à 25 € la consultation). Cette somme est globalement celle que peut espérer l'IPA pour la prise en charge d'un tel patient (addition d'un forfait « premier contact » puis de trois forfaits trimestriels de suivi soit 157 €).

La recherche d'économies ne fait, il est vrai, pas partie des objectifs assignés par le législateur à la mise en place des IPA, contrairement à ce que l'on observe dans d'autres pays (Pologne, Chypre, Finlande et Etats-Unis notamment). Il

est néanmoins regrettable qu'il n'existe aucun suivi. Il n'est donc pas possible de déterminer, et donc de chiffrer, si les IPA sont à même, par l'amélioration attendue de la qualité de la prise en charge des patients – jusqu'ici non évaluée¹⁵ – de susciter des économies, au moins de manière indirecte.

En sus des forfaits et pour soutenir le développement de la profession, une aide à l'installation dépendant du nombre de patients pris en charge, d'un maximum de 27 000 €, était aussi prévue.

Ces paramètres financiers ne tiennent cependant pas compte du cadre d'exercice très contraint des IPA, étroitement dépendant des médecins, seuls à même d'orienter des patients vers eux. Or, par crainte de perdre en revenus par transfert d'activité – ce qui témoigne des limites d'un financement qui demeure majoritairement financé à l'acte¹⁶ – et de voir les cas les plus simples pris en charge par les IPA, leur laissant les cas les plus complexes pour un montant de consultation inchangé, très peu de médecins ont accepté d'orienter leurs patients vers les IPA. Pourtant, les premiers éléments qualitatifs à disposition de la Cnam et du ministère ne corroborent pas les inquiétudes des médecins, les IPA recevant des patients dont la situation est plutôt complexe, non pas tant sur le plan médical que sur le plan social ou familial, nécessitant des temps de consultation allongés. Par ailleurs, le temps dégagé, pour le médecin, lui permet de prendre en charge de nouveaux patients qui ne sont pas nécessairement dans une situation complexe.

15. La Cnam envisage bien de réaliser une étude portant sur l'apport des IPA dans la prise en charge des patients (effets sur l'hospitalisation, les réhospitalisations, les entrées en Ehpad, etc.) mais seulement d'ici quelques années et sous réserve que le nombre d'IPA en exercice et la durée de suivi soient suffisants (trois années sont envisagées).

16. Le ministère avait réfléchi, dans le cadre du PLFSS 2022, à la mise en œuvre d'une incitation financière dans le cadre d'un contrat d'appui à l'exercice coordonné des IPA avec les médecins libéraux. Cette mesure n'a finalement pas été retenue et a laissé place aux discussions conventionnelles.

Ces informations méritent néanmoins d'être consolidées, d'autant plus que l'échantillon sur lequel elle se fondent est étroit.

La file active d'un IPA (le nombre de patients auxquels des consultations sont délivrées sur une année) s'est établie, à l'été 2022, à 184 patients en moyenne mais seulement à 76 en médiane, rendant difficilement soutenable l'exercice d'IPA à titre exclusif.

La Cnam et les syndicats infirmiers ont ainsi été amenés à signer un nouvel avenant en date du 27 juillet 2022 pour une application à compter du 23 mars 2023. Les forfaits ont été revalorisés d'environ 20 %. L'objectif d'une file active à 400 patients est globalement maintenu de manière à aboutir à un revenu cible intermédiaire entre celui d'un infirmier libéral et celui d'un médecin généraliste (cible combinant suivi de long court et suivi ponctuel).

Tableau n° 3 : forfaits découlant de l'avenant n° 9

Nature du forfait	Montant	
	Patients suivis	Patients ponctuellement adressés par le médecin
Bilan ponctuel	/	30,00 €
Forfait – 1 ^{er} contact annuel du patient avec l'infirmier en pratique avancée (1 ^{er} trimestre de prise en charge)	60,00 €	/
Forfait trimestriel de suivi du patient par l'infirmier en pratique avancée	50,00 €	/
Séances ponctuelles (quatre au maximum)	/	16,00 €
Montant maximal annuel pour un même patient (hors bilan)	210,00 €	64,00 €

Note : La majoration liée à l'âge du patient n'a pas évolué. Cependant, le forfait – 1^{er} contact du patient avec l'infirmier en pratique avancée (éligibilité au suivi) – a été supprimé.

Source : avenant n° 9

L'avenant n° 9 apporte une nouveauté : la possibilité pour un IPA de réaliser un bilan et des séances de suivi pour des patients adressés ponctuellement par un médecin. Ces séances de suivi, bien que limitées en nombre, rompent avec la logique de suivi régulier des patients, pourtant au cœur du métier de l'IPA. Les séances doivent, en fait, être considérées comme la possibilité pour les IPA de facturer des actes¹⁷ mais de manière limitée.

Parallèlement, les aides à l'installation ont été revalorisées, avec des conditions supplémentaires, notamment l'implantation

dans les zones les plus fragiles en termes d'offre de soins (« zones d'installation prioritaire »), ouvrant alors droit à 40 000 €.

Le maintien du monopole d'adressage des médecins continue de faire peser le risque d'une file active très faible, ne permettant pas aux IPA de vivre de leur activité, même avec ces forfaits rehaussés. C'est pourquoi la Cnam a envisagé, dans le cadre de la convention nationale des médecins, la mise en place d'incitations financières qui valoriseraient le travail en équipe, notamment avec des infirmiers, qu'ils soient ou non IPA.

17. Le niveau de valorisation des bilans et séances a été travaillé par la Cnam sur la base des rémunérations des actes complexes des infirmiers libéraux et de certains actes inscrits à la nomenclature médicale, notamment sur la liste des actes réalisables exclusivement par les IPA.

3 - Une situation moins défavorable en établissement de santé mais non totalement stabilisée

La situation des IPA doit être distinguée selon la nature juridique des établissements dans lesquels ils exercent.

Pour l'exercice en établissement public de santé, un statut particulier a été défini l'échelonnement indiciaire a été fixé par deux décrets du 12 mars 2020¹⁸. Le déroulement de carrière a été calqué sur celui des IADE¹⁹, jusqu'alors le plus favorable, hors cadres de santé. Les IPA bénéficient, par ailleurs, d'une prime spéciale de 180 € depuis le 1^{er} mars 2022, sur le modèle de ce que touchent les IADE. Toutefois, les IADE bénéficient d'une bonification indiciaire attachée à des fonctions et qui n'a donc pas vocation à être étendue à de nouvelles positions. De ce fait, d'un strict point de vue financier, les IPA apparaissent légèrement moins bien dotés que les IADE, pour une durée d'études équivalente. Il est par ailleurs possible, pour les infirmiers précédemment en poste, que leur promotion se traduise, malgré tout, par une diminution de revenus résultant de la perte des primes de nuit et de week-end, en contrepartie d'un gain en qualité de vie.

Ce nouveau statut n'a pas encore été transposé aux fonctions publiques territoriale et de l'État et n'a pas été étendu aux militaires infirmiers dépendant du service de santé des armées, ce qui peut poser des difficultés de reconnaissance du métier dans les structures concernées, notamment pour les centres de santé gérés par des collectivités territoriales.

Dans les établissements privés, les rémunérations reposent sur des conventions collectives. Celles-ci doivent être modifiées

pour permettre de traiter les IPA différemment des autres infirmiers. La Fédération des centres de lutte contre le cancer (Unicancer) a, le 9 septembre 2019, émis une recommandation à destination de membres visant à classer les IPA « *en H* [technicien qualifié comme les IADE] avec une prime d'exercice équivalente à celle d'IADE ». De leur côté, les cliniques privées ont signé, le 22 février 2023, l'avenant n° 33 à la convention collective du 18 avril 2002, relatif à la classification et à la rémunération des emplois qui, sur le modèle des centres de lutte contre le cancer, classe les IPA au même niveau que les IADE. Cet avenant n'entrera toutefois en vigueur que le 1^{er} janvier 2024. S'agissant des établissements privés à but non lucratif, les négociations se poursuivent. Il est difficile d'évaluer le surcoût induit puisqu'il dépend notamment de la décision de transformer le poste ou d'en créer un nouveau. Unicancer estime ce surcoût à 14 000 € par rapport à un infirmier.

Le modèle économique n'est donc pas encore établi. La tarification à l'activité à travers les groupes homogènes de séjour (GHS) ne diffère pas selon qu'un IPA intervient ou non, cette donnée n'étant d'ailleurs pas transmise à l'ATIH, et aucun forfait pour les urgences n'est spécifique à l'intervention d'un IPA.

Jusqu'en 2022, les établissements de santé privés à but lucratif (« secteur ex-OQN ») ne pouvaient pas, contrairement aux établissements publics et privés non lucratifs (« secteur ex DG »), facturer des actes et des consultations externes réalisés par les IPA, seuls les actes médicaux étant facturables (et non pas les actes ou forfaits paramédicaux). La loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 a comblé cette lacune.

18. Décrets n° 2020-244 et n° 2020-245 12 mars 2020.

19. L'étude d'impact reposait plutôt sur une équivalence avec les cadres de santé.

3 - Des difficultés supplémentaires ralentissant le déploiement des IPA

1 - Une formation au coût élevé

La formation des IPA est exclusivement dispensée à l'université, ce qui la distingue des spécialisations des infirmiers (Ibode, IADE), enseignées en institut de formation conventionné avec une université. Pour que les diplômes d'IPA qu'elles délivrent soient reconnus, les universités doivent être accréditées par le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, après avis du

Conseil national de l'enseignement supérieur et de la recherche (Cneser). Pour la rentrée 2022-2023, sur un total de 32 universités dispensant des formations en santé, 25 ont été agréées pour les IPA, pour toutes les mentions à l'exception des urgences (14²⁰), spécialisation la plus récente. Les marges d'autonomie dont disposent les universités pour ces formations se traduisent par une forte hétérogénéité des contenus, avec un nombre d'heures variant du simple au triple, qui peuvent être préjudiciables aux diplômés une fois en activité.

Une formation insuffisamment harmonisée

La formation des infirmiers en pratique avancée s'organise autour d'une première année commune à l'ensemble des mentions, devant leur permettre d'acquérir les bases de leur futur exercice professionnel. La deuxième année se concentre sur les spécificités de la mention recherchée.

Les unités d'enseignement relèvent de quatre domaines :

- sciences fondamentales (sémiologie, clinique, pharmacologie, examens paracliniques) ;
- sciences humaines, sciences sociales, gestion et droit (sociologie, santé publique, législation en matière d'éthique et de déontologie, management et gestion des risques) ;
- fondements et concepts de la pratique avancée (modèles conceptuels infirmiers, principes et fondements des sciences infirmières et de la pratique avancée – raisonnement et démarche clinique) ;
- méthodes et outil de travail (méthodologies de recherche, d'analyse de la pratique professionnelle, de la communication écrite et orale, de travail mais également anglais scientifique et professionnel).

Deux stages sont prévus, l'un lors du 2^{ème} semestre et l'autre lors du 4^{ème} et dernier semestre.

Malgré ce cadre, les associations représentatives des IPA (UNIPA, SOFRIPA et le CNP des IPA) font le constat d'une grande hétérogénéité, avec des formations allant de 990 à 2 700 heures sur deux ans, préjudiciable aux étudiants et qu'il convient donc d'harmoniser.

20. Cf. annexe n° 3 – l'essentiel des universités a été accrédité pour cette mention en 2022 (12). Sept demandes sont en cours d'instruction pour la rentrée universitaire 2023-2024.

Tableau n° 5 : nombre d’infirmiers en formation par année et par spécialisation

Infirmiers	2019		2020		2021		Évolution (2019-2021)	
	4 ^e année	5 ^e année	4 ^e année	5 ^e année	4 ^e année	5 ^e année	4 ^e année	Effectif total
IBODE	607	615	745	524	784	607	+ 29 %	+ 13,8 %
IADE	679	616	707	634	769	658	+ 13 %	+ 10,2 %
IPA	648	284	711	658	623	743	- 4 %	+ 46,6 %
IDE	3 ^e année : 30 465		3 ^e année : 29 823		3 ^e année : 30 713		+ 0,8 %	

Note : la DGESIP ne disposait pas, lors de l’instruction du présent audit, de données portant sur l’année universitaire 2022-2023.

Source : DGOS et DGESIP

Un léger fléchissement du nombre d’étudiants est constaté en 2021 (- 4 %). Aucune donnée n’est toutefois disponible pour l’année universitaire 2022-2023, ce qui ne permet pas de déceler de réelle tendance.

La durée et le coût des études constituent un obstacle difficile à surmonter pour les candidats à la qualification d’IPA. En effet, s’adressant à un public déjà en exercice, puisque les infirmiers doivent disposer d’une expérience professionnelle d’au moins trois années, ces études ne relèvent pas de la formation initiale, dont les tarifs sont encadrés par l’État, mais de la formation continue dont la tarification est libre. La FHF estime le coût total des deux années de formation à 48 000 € pour un infirmier (formation, repas et hébergement²¹).

Cet investissement peut être pris en charge par les établissements de santé pour leurs propres infirmiers. Il couvre alors non seulement les coûts de la formation mais aussi le versement du salaire durant la formation. Toutefois, compte tenu des tensions sur l’emploi dans le secteur sanitaire, les hôpitaux

sont peu enclins à laisser partir des infirmiers en formation pour une durée de deux ans, sans garantie de les voir revenir une fois leur formation achevée. Il arrive aussi que, par méconnaissance des compétences attachées à son rôle, les établissements proposent à l’IPA un poste similaire à celui qu’il occupait avant l’obtention de sa qualification. Le ministère ne dispose toutefois d’aucune donnée permettant d’évaluer ce phénomène.

En revanche, l’investissement apparaît particulièrement lourd pour les infirmiers libéraux qui se retrouvent sans revenu, le temps de la formation, même si les ARS peuvent leur apporter un complément de financement à travers le fonds d’intervention régional (FIR), à hauteur de 10 600 €, minimum, par an et par infirmier.

L’impossibilité d’accéder au diplôme d’IPA par la validation des acquis de l’expérience (VAE) ou par l’apprentissage constitue un autre frein puissant à de plus nombreux départs en formation.

Une récente loi²² contribue à simplifier la VAE afin d’en amplifier le déploiement. Elle est limitée, dans le domaine de la santé, puisqu’elle

21. La CNAM estime le coût moyen de la formation à 10 000 € sur deux ans.

22. Loi n° 2022-1598 du 21 décembre 2022 portant mesures d’urgence relatives au fonctionnement du marché du travail en vue du plein emploi. Cette loi crée notamment un guichet unique, le service public de validation avec pour mission d’orienter et d’accompagner les demandeurs.

reviendrait à valider des expériences acquises en dehors du strict champ de compétence des praticiens concernés, donc en exercice illégal des soins infirmiers. Le développement des protocoles de coopération (cf. *infra* encadré sur les délégations de tâches) devrait toutefois permettre de reconnaître, au moins partiellement, certaines aptitudes, même si elles relèvent davantage d'un exercice spécialisé (de type IADE ou Ibode) que d'un exercice autonome comme celui des IPA.

L'apprentissage demeure, quant à lui, peu développé pour les formations paramédicales et n'existe d'ailleurs pas pour les IPA. En effet, dans le cadre de la législation actuelle, les apprentis des professions de santé réglementées ne peuvent, tant qu'ils ne sont pas diplômés, pratiquer d'actes sans risquer de se trouver en situation d'exercice illégal. Une évolution sur ce point serait nécessaire.

2 - La concurrence d'autres professionnels

Une deuxième difficulté est liée à la juxtaposition des IPA avec d'autres modes d'exercice infirmier et à la méconnaissance du rôle qu'ils peuvent jouer²³. En ville, les médecins s'appuient plus facilement sur les assistants médicaux, dont le développement est fortement promu pour réduire le temps des soignants consacré au travail administratif. Ils collaborent également avec les infirmiers du réseau Asalée (voir encart ci-après), les missions attribuées à ces derniers étant circonscrites et le risque de perte de revenus pour le médecin quasi-nul. Les médecins sont d'ailleurs rémunérés pour le temps de concertation passé avec eux, ce qui n'est pas le cas lorsqu'ils travaillent avec des IPA. Cette asymétrie a conduit certains IPA à rejoindre le dispositif Asalée²⁴.

Le dispositif «Action de santé libérale en équipe» - Asalée

Le dispositif Asalée a été créé en 2004 en Poitou-Charentes, avant de couvrir progressivement le territoire national. Embauchés par l'association Asalée, les infirmiers, formés à l'éducation thérapeutique du patient (ETP, formation de 12 jours), interviennent à l'appui des médecins généralistes sur des sujets de prévention, de dépistage et de conseil aux patients atteints de maladies chroniques. Ils peuvent aussi réaliser des actes dérogatoires de dépistage ou de suivi, inscrits dans les protocoles, le médecin restant responsable des actes ainsi délégués. Quatre protocoles ont été définis, permettant de couvrir le diabète, les risques cardiovasculaires, la broncho-pneumopathie chronique obstructive et les troubles cognitifs.

Le médecin propose aux patients repérés une consultation auprès d'un infirmier qui s'appuie sur les protocoles. Si le patient accepte, il bénéficie alors de consultations gratuites, d'une durée d'environ trois quarts d'heure, sur le lieu d'exercice du médecin. Les infirmiers interviennent dans le champ de la prévention (ETP).

Les médecins participants sont rémunérés pour le temps de concertation et l'association est financée par l'assurance-maladie.

Le dispositif concerne, selon la Cnam, environ 1 500 infirmiers auprès de 6 500 médecins.

23. La Cnam envisage de mettre en place des campagnes de communication.

24. Le syndicat MG France estime leur nombre à 70 (15 étant en cours de recrutement), ce qui constituerait le double du nombre d'IPA en exercice libéral exclusif.

En établissement de santé, les IPA travaillent aux côtés d'infirmiers bénéficiant de délégations de tâches répondant aux besoins spécifiques des services. L'exercice de ces délégations ne requiert pas de longue formation, synonyme d'absence donc de

déstabilisation du service. Il ne nécessite pas de vaincre les réticences médicales, ni de réorganiser le service pour y accueillir un infirmier formé à la pratique avancée et capable de ce fait d'une plus grande autonomie²⁵.

Les délégations de tâche

Les professionnels de santé travaillant en équipe peuvent s'engager, sur leur propre initiative, dans une démarche de coopération. Par des protocoles de coopération organisant des transferts d'activités de manière dérogoire, ils conçoivent de nouveaux modes d'intervention auprès des patients.

Les délégations d'exercice peuvent concerner la réalisation d'actes ou d'activité à visées préventive, diagnostique ou thérapeutique.

Elles reposent sur deux dispositifs alternatifs depuis la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé qui est venue simplifier le système mis en place par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires :

- des protocoles locaux valables uniquement pour les équipes promotrices ;
- protocoles nationaux, faisant suite à des appels à manifestations d'intérêt et arrêtés par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de la Haute Autorité de santé.

Le nombre d'infirmiers bénéficiant de délégations de tâche n'est pas connu avec certitude. L'inspection générale des affaires sociales (Igas) l'évalue à 2 200 infirmiers pour 4 000 médecins délégants.

B - De récentes évolutions structurantes

1 - L'accès direct des patients aux IPA

Le ministère a envisagé une ouverture du principal verrou au déploiement de la profession d'IPA : l'impossibilité aujourd'hui, pour un patient, d'accéder à un IPA sans passer par un médecin.

La loi de financement pour 2023 prévoit ainsi une expérimentation d'une durée de trois ans, dans trois régions, d'accès direct aux IPA exerçant dans des structures d'exercice coordonné, y compris au sein d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CTPS), sous réserve qu'un compte rendu des soins réalisés soit adressé au médecin traitant et reporté dans le dossier médical partagé du patient.

23. La Cnam envisage de mettre en place des campagnes de communication.

24. Le syndicat MG France estime leur nombre à 70 (15 étant en cours de recrutement), ce qui constituerait le double du nombre d'IPA en exercice libéral exclusif.

25. Les logiciens « métiers » n'ont pas été adaptés : ils ne connaissent que les actes des professions médicales et paramédicales.

La loi n° 2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance dans les professionnels de santé permet, alors même que l'expérimentation n'a pas été réalisée, « dans le cadre des structures d'exercice coordonné [(maison de santé pluriprofessionnelle et centre de santé)], [aux] infirmiers exerçant en pratique avancée [de] prendre en charge directement les patients ». Elle ouvre aussi, dans le cadre d'une expérimentation, cet accès direct des patients aux IPA membres d'une CPTS.

2 - Le droit de première prescription

Des réflexions ont aussi été engagées sur un élargissement du champ de compétence des IPA. Il s'agit d'autoriser les IPA à établir une première prescription et non pas, seulement, le renouvellement d'une prescription effectuée préalablement par un médecin. Cette demande est portée, notamment, par la Fédération des centres de lutte contre le cancer qui plaide pour que les IPA puissent « *primo-prescrire certains traitements (antalgiques, soins infirmiers ou de rééducation...) ou prestations (prescriptions de transport, etc.) nécessaires à l'accompagnement des patients qu'ils suivent et à la bonne prise en charge de leur pathologie* ».

Le ministère était favorable à une telle extension de compétences, hors champ du médicament. Elle aurait alors eu vocation à concerner la prescription, par les IPA, d'actes et de séances de rééducation à effectuer par un masseur-kinésithérapeute, la prescription d'arrêts de travail de moins de sept jours ou

celle de bons de transport, compétences d'ores et déjà attribuées aux infirmiers dans le cadre d'un renouvellement d'ordonnance médicale.

Sur le même modèle que l'accès direct, une expérimentation était prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 (art. 76) permettant aux IPA de « *réaliser, dans trois régions, certaines prescriptions soumises à prescription médicale dont la liste est fixée par décret* ».

De la même manière que pour l'accès direct, la loi portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance dans les professionnels de santé permet désormais aux IPA de réaliser des « *prestations soumises ou non à prescription médicale obligatoire* ». Ce droit de primo-prescription pourrait d'ailleurs être élargi, au moins pour partie, à l'ensemble des infirmiers dans le cadre de la refonte de leur décret-socle²⁶, poursuivant la tendance des dernières lois de financement de la sécurité sociale à renforcer leurs compétences²⁷ au détriment, souvent, du monopole d'exercice des médecins.

La loi ayant été adoptée, il convient à présent de faire pleinement vivre le métier d'IPA malgré l'opposition persistante manifestée par une partie des médecins. Pour y parvenir, le ministère se doit de répondre aux craintes exprimées, par exemple en définissant des guides ou des référentiels précisant les missions des IPA, ou bien, sur le modèle de certains pays étrangers, en prévoyant des formations complémentaires portant sur leur droit à la primo-prescription.

26. Sur ce sujet, le rapport de l'Igas et de l'IGESR, n° 2022-030R et n° 21-22 275A, sur l'Évolution de la profession et de la formation infirmières relève que *l'exercice professionnel des infirmiers est fondé aujourd'hui sur un décret d'actes qui constitue, par son degré de précision, une spécificité française. Dans la plupart des pays, la profession infirmière est généralement définie par grandes missions.*

27. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 vient, par exemple, de leur ouvrir la possibilité de prescrire des vaccins (art. 33). La loi portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance dans les professionnels de santé ouvre, quant à elle, à tous les infirmiers exerçant en établissement et en structure coordonnée, la prévention, la prise en charge et le traitement des plaies.

Au-delà du seul sujet des IPA et des questions de partage de compétences entre professionnels de santé, cette mise en œuvre laborieuse témoigne des difficultés à faire évoluer le système de santé français, encore marqué par l'exercice isolé et la rémunération à l'acte. Le processus est, certes, déjà engagé, avec le développement des maisons de santé

et des CPTS. Les conditions d'une coopération active entre professionnels de santé doivent cependant être établies, ce qui est d'autant plus nécessaire que leur nombre est limité et que les besoins croissent, comme le souligne, par exemple, le fait que plus de 600 000 patients, souffrant d'une affection de longue durée, ne bénéficient pas de médecin traitant.

ANNEXES

Annexe n° 1. Comparaisons internationales (OCDE)

Annexe n° 2. Effectifs d'IPA diplômés ou en formation

Annexe n° 1 Comparaisons internationales (OCDE)

Pays	Catégorie	Nb	%	Principales tâches	Niveau d'études	Droit de prescription de médicaments sans supervision d'un médecin
CANADA	Infirmières cliniciennes spécialisées	ND ²⁸	ND	<ul style="list-style-type: none"> évaluer les patients, développer ou contribuer au plan de soins et intervenir dans des situations complexes dans le cadre de la spécialité clinique sélectionnée ; conduire des consultations pour les patients, conseiller les infirmières et autres professionnels de santé pour améliorer les soins et traiter des questions complexes ; aider le personnel infirmier effectuant des soins directs par l'enseignement clinique et la promotion des meilleures pratiques ; examiner la recherche disponible et donner un avis d'expert pour déterminer les applications les plus efficaces ; conduire le développement et l'application des recommandations cliniques ; faciliter le changement ; 		ND
	Infirmières praticiennes (soins primaires ; soins aigus)	6159	1,40 % ²⁹	<ul style="list-style-type: none"> fournir l'ensemble des soins aux clients de tout âge incluant la promotion de la santé et la prévention des maladies, les soins curatifs, de réadaptation et les soins palliatifs ; dans les structures de soins primaires, le soin curatif peut inclure le diagnostic et le traitement de maladies bénignes aiguës, de blessures, et le contrôle/management de maladies chroniques stables ; dans les structures de soins aigus, le soin curatif peut impliquer le diagnostic et le traitement des patients qui ont des maladies aiguës ou chroniques ; prescrire et interpréter des tests de diagnostic (incluant les rayons X, les ultrasons et les tests de laboratoire) ; exécuter des procédures spécifiques dans le cadre du champ de pratique autorisé ; transfert des patients aux spécialistes (bien qu'il y ait des variations selon les provinces). 	Master	En soins primaires uniquement

28. Selon l'association des infirmiers et infirmières du Canada, « il est difficile de dénombrer actuellement les ICS au Canada en raison du manque de mécanismes réglementaires et d'accréditation normalisés qui permettraient de déterminer ceux qui se qualifient comme ICS et de l'absence de processus provinciaux ou nationaux de suivi de ces rôles » (les soins infirmiers réglementés au Canada - le portrait de 2021, février 2021).

29. En tenant compte des infirmiers auxiliaires, au nombre de 127 000.

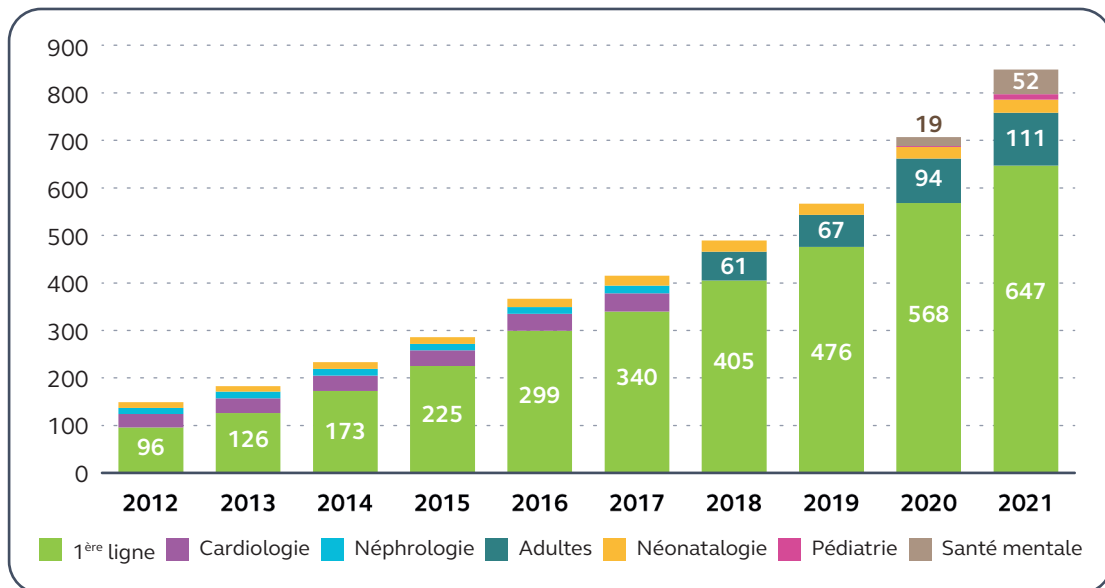
Pays	Catégorie	Nb	%	Principales tâches	Niveau d'études	Droit de prescription de médicaments sans supervision d'un médecin
ÉTATS-UNIS	Infirmières cliniciennes spécialisées	90 000	2,50%	<ul style="list-style-type: none"> intégrer les soins dans la continuité du traitement ; promouvoir l'amélioration des résultats des patients et des soins infirmiers ; développer les meilleures pratiques pour réduire la souffrance du patient ; faciliter une prise de décision éthique ; diagnostiquer et traiter les patients à différents stades de la maladie ; gérer les maladies et promouvoir la santé ; prévenir les maladies et les comportements à risques parmi les individus, les familles, les groupes et les communautés. 	Master	Oui
	Infirmières praticiennes	300 000	6,50%	<ul style="list-style-type: none"> diagnostiquer et traiter les patients à la fois dans les soins primaires et aigus ; fournir un bilan initial incluant tous les antécédents du patient, réaliser les examens physiques et autres bilans de santé ainsi que les activités de dépistage ; traiter et gérer les patients avec des maladies aiguës et chroniques incluant la prescription de tests de laboratoire, la prescription de médicaments et l'orientation appropriée des patients et de leurs familles ; prendre en charge la promotion de la santé, la prévention des maladies, l'éducation thérapeutique et le conseil. 		
ROYAUME-UNI	Infirmières cliniciennes spécialisées	ND	ND	<ul style="list-style-type: none"> consultations infirmières avancées et diagnostics (évaluation physiologique et psychologique avancée), selon la formation et le niveau de compétences ; prescription et interprétation des tests de diagnostic (incluant la prescription de rayons X, d'ultrasons/échographies, prescription de tests de laboratoire), selon la formation et le niveau de compétences ; management d'une gamme de maladies chroniques (suivi, contrôle, éducation thérapeutique et conseils sur le mode de vie pour des cas non aigus), selon le rôle et la formation ; tri/orientation des patients par ordre de priorité (selon la formation et le niveau de compétences) ; transfert des patients aux spécialistes (selon la formation et le niveau de compétences) et gestion des sorties des patients. 	Licence + DPC	Sous réserve d'une formation complémentaire

Pays	Catégorie	Nb	%	Principales tâches	Niveau d'études	Droit de prescription de médicaments sans supervision d'un médecin
				<ul style="list-style-type: none"> • faire un dépistage des facteurs de risques et des signes précurseurs de maladie ; • faire des diagnostics différenciés ; • développer avec le patient un plan de soin infirmier continu, avec l'accent sur les mesures préventives ; • prescrire les investigations nécessaires, et fournir un traitement et des soins ; • fournir du conseil et de l'éducation thérapeutique ; • avoir l'autorité d'admettre ou de faire sortir des patients et adresser les patients à d'autres fournisseurs de soins de santé. 		
	Infirmières consultantes	1 799	0,30%	<p>Les infirmières consultantes sont des infirmières très expérimentées qui se spécialisent dans un domaine particulier d'exercice. Elles ont quatre fonctions principales :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) une pratique experte ; 2) une fonction liée à la qualité de commandement (<i>leadership</i>) et au conseil ; 3) les formations initiale et continue et l'amélioration des services de soins ; 4) la recherche et l'évaluation. <p>[Les infirmières consultantes doivent passer 50 % de leur temps en pratique clinique]</p>	Master (voire doctorat)	
	Modern et community matrons	10 277	1,60%	<p>Les « <i>modern matrons</i> » ont trois rôles principaux :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) assurer les plus grands standards de soins cliniques par le biais du développement d'un <i>leadership</i> chez les infirmières en première ligne et chez les autres personnels ; 2) s'assurer que les services administratifs et de supports sont conçus pour atteindre les normes les plus élevées de soins (incluant la maîtrise de la propreté de l'hôpital, la prévention des infections en milieu hospitalier) ; 3) assurer une présence importante dans les services – être quelqu'un vers lequel les patients et leurs familles puissent se tourner pour demander de l'aide ; <p>Les « <i>community matrons</i> » sont des infirmières expérimentées traitant des patients avec des problèmes chroniques, qui ont des besoins complexes, et risquent de fréquentes admissions non planifiées à l'hôpital. Elles agissent comme des « <i>case managers</i> » et sont capables de prendre en charge au domicile des cas en phase aiguë, pour éviter les hospitalisations.</p>	Master	

Note : Nb = nombre ; % : proportion = au regard du nombre total d'infirmier ; ND = non disponible.

Source : OCDE, *Les pratiques infirmières avancées : une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés*, DELSA/HEA/WD/HWP(2010)5, 31 août 2010 ; Association des infirmiers et infirmières du Canada pour le nombre d'infirmiers au Canada (données 2019) ; données de l'American Association of Critical-Care Nurses et US Bureau of Labor Statistics pour les États-Unis (2021) ; Données du NHS pour le Royaume-Uni (2015 - NHS Hospital & Community Health Service monthly workforce statistic)

Graphique n° 1 : répartition des IPA par spécialité au Québec



Note : les spécialités cardiologie et néphrologie ont été remplacées par la spécialité soins aux adultes en 2018 ; les soins de première ligne correspondent globalement aux soins de premier recours.

Source : rapport statistique sur l'effectif infirmier et la relève infirmière du Québec, 2020-2021, ordre des infirmiers et infirmières du Québec

Annexe n° 2 Effectifs d'IPA diplômés ou en formation

Tableau n° 6 : répartition des étudiants par année et par mention

	PCS	Oncologie	MRC	Psychiatrie	Urgences	Total
2018-2019	39	26	5			70
2019-2020	165	66	29	24		284
2020-2021	365	101	49	131		646
2021-2022	344	96	103	189	5	737

Source : DGESIP

Tableau n° 7 : répartition des IPA diplômés, par année et par mention

	PCS	Oncologie	MRC	Psychiatrie	Urgences	Total
2019	39	13	5			57
2020	166	51	47	46		310
2021	295	104	41	115		555
2022	153	34	24	96	0	307

Note : les données ne sont pas exhaustives, certaines universités n'ayant pas fait remonter les effectifs diplômés pour l'année 2022. Les services de la DGESIP comptent, à cet égard, organiser en mars 2023 une « journée IPA » regroupant les porteurs de projet ainsi que les différents partenaires concernés qui sera l'occasion de réaliser un bilan quantitatif et qualitatif.

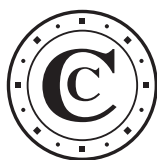
Source : DGESIP

Tableau n° 8 : répartition des étudiants par université (2020-2021)

Universités accréditées	Effectifs accueillis en 1 ^{ère} année	Effectifs accueillis en 2 ^{ème} année	Total 2020-2021	
Aix-Marseille	66	62	128	
Amiens	15	0	15	
Angers-Tours	38	33	71	
AURA	Clermont	20	22	42
	Grenoble	17	25	42
	Lyon	23	12	35
	Saint-Étienne	20	8	28
Bordeaux	24	15	39	
Bourgogne	26	20	46	
Brest	23	15	38	
Caen Rouen	23	17	42	
Côte d'Azur	27	29	54	
Franche-Comté	29	11	40	
Lille	46	0	45	
Limoges	20	12	32	
Lorraine	20	41	61	
Montpellier	22	21	43	
Nantes	26	30	56	
Paris (Paris V et Paris VII)	70	112	182	
*Paris XIII	0	0	0	
Reims	28	39	67	
Rennes I	29	26	55	
Sorbonne U-Paris XII	30	38	68	
Strasbourg	29	0	29	
Toulouse III	24	23	47	
VSQ - Paris Sud	37	34	71	
Total	730	647	1 372	

*Paris XIII : université accréditée en septembre 2019. Formation pas ouverte en 2019-2020 (aucun candidat). Les premiers effectifs seront accueillis début 2021 (5 candidats).

Source : DGOS - DGESIP



Le présent rapport
est disponible sur le site internet
de la Cour des comptes : www.ccomptes.fr

AUDIT FLASH

Juillet 2023
