

Guide **IPA**



Intégrer une **maison de santé pluriprofessionnelle** /
Intégrer une **IPA** dans ma maison de santé pluriprofessionnelle

Sommaire

| | |
|---|-----------|
| INTRODUCTION | 4 |
| DÉFINITIONS ET CONTEXTE | 12 |
| Les soins primaires et de proximité dans le système de santé | 13 |
| Vers une définition française de la pratique avancée à partir de l'expérience à l'étranger | 14 |
| LES TEXTES LÉGISLATIFS ET RÉGLEMENTAIRES RÉGISSANT L'EXERCICE DE L'IPA | 18 |
| Préambule à la compréhension du droit français | 19 |
| Les lois régissant l'exercice | 21 |
| Les décrets relatifs à l'exercice en pratique avancée | 23 |
| Les arrêtés régissant l'exercice en PA | 26 |
| Un focus spécifique sur le droit de prescription | 28 |
| Focus spécifique sur le renouvellement/adaptation de stupéfiants | 30 |
| LA FORMATION | 32 |
| Formation au Master IPA | 33 |
| Stages | 34 |
| Aides financières | 35 |
| Formation professionnelle et certification périodique continue | 36 |

| | |
|--|-----------|
| L'EXERCICE | 38 |
| Exercice libéral en maison de santé pluriprofessionnelle | 39 |
| Exercice en libéral "isolé" | 41 |
| Exercice en salariat | 41 |
| En dispositif d'appui à la coordination | 43 |
| En communauté professionnelle territoriale de santé | 44 |
| Les spécificités de l'exercice en maison de santé pluriprofessionnelle | 45 |
| ACCUEILLIR UNE IPA EN MSP | 46 |
| Quels souhaits des équipes et de l'IPA ? | 47 |
| Le cadre des statuts : l'installation se réfère aux statuts concernant la discipline infirmière | 51 |
| CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES | 52 |
| Un mot de l'UNIPA | 54 |
| Un mot d'AVECsanté | 54 |
| Remerciements | 55 |
| ANNEXES | 56 |
| BIBLIOGRAPHIE | 60 |

Impulser la pratique avancée en **MSP** !

Le travail en équipe pluriprofessionnelle de proximité à travers l'émergence des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) dessine progressivement l'organisation des soins de ville de demain. La complexité des accompagnements, la prévalence croissante des maladies chroniques, le vieillissement de la population ainsi que la recherche de la qualité de l'offre en santé ouvrent les portes des MSP de façon naturelle aux infirmier·ère·s en pratique avancée (IPA).

Depuis la création de la profession IPA, les MSP assurent des lieux de stage dans le cadre de leur formation universitaire. A cette occasion, les IPA peuvent découvrir ou consolider leurs connaissances de l'exercice en équipe pluriprofessionnelle de proximité. Les projets de santé des MSP leur accordent une place importante au sein des équipes bien que leur modèle économique reste encore à améliorer.

La qualité de l'offre en santé des maisons de santé pluriprofessionnelles est renforcée par la présence active des IPA ; nombre de protocoles, de démarches d'amélioration de l'offre en santé et des recherches interventionnelles voient le jour grâce à la participation des IPA.

La profession d'infirmier·ère en pratique avancée est, dans sa complémentarité avec les autres professionnel·le·s de santé, une vraie opportunité pour l'exercice coordonné pluriprofessionnel, loin des défenses corporatistes de pré carrés.

Notre souhait est que les IPA puissent déployer l'ensemble de leurs compétences, au même titre que les autres professionnel·le·s de santé, dans une organisation des soins primaires assurant un accès de qualité pour tous. Le modèle économique doit faciliter l'intégration des IPA dans chaque MSP qui le souhaite afin de répondre au mieux aux besoins populationnels. AVECsanité encourage et œuvre en ce sens. Ce guide permet aux équipes qui le souhaitent de mieux comprendre le champ des compétences de l'IPA et de l'accueillir. ●

Travailler en **MSP**

La profession d'infirmier-ère en pratique avancée est une opportunité pour de nombreuses infirmier-ère-s d'évoluer dans leur parcours professionnel avec une filière clinique jusque-là impossible, renforçant l'attractivité de la profession infirmière socle tout en limitant les reconversions.

Par définition, les IPA travaillent AVEC les autres professionnel-le-s de santé en apportant leur expertise clinique en plaçant la coordination des parcours complexes au cœur de leur travail : les IPA participent ainsi activement au décroisement ville-hôpital.

Comme pour tous changements, les résistances peuvent être fortes, avec parfois des comportements déontologiquement contestables. Mais laissons le terrain faire la preuve de la satisfaction des patients et des professionnel-le-s qui travaillent avec les IPA. Soyons inventifs et audacieux ! Nos expériences d'équipe avec les IPA apportent des solutions novatrices pour améliorer la santé des personnes soignées.

Alors osons ! ●



Et les **usagers** dans tout ça ?

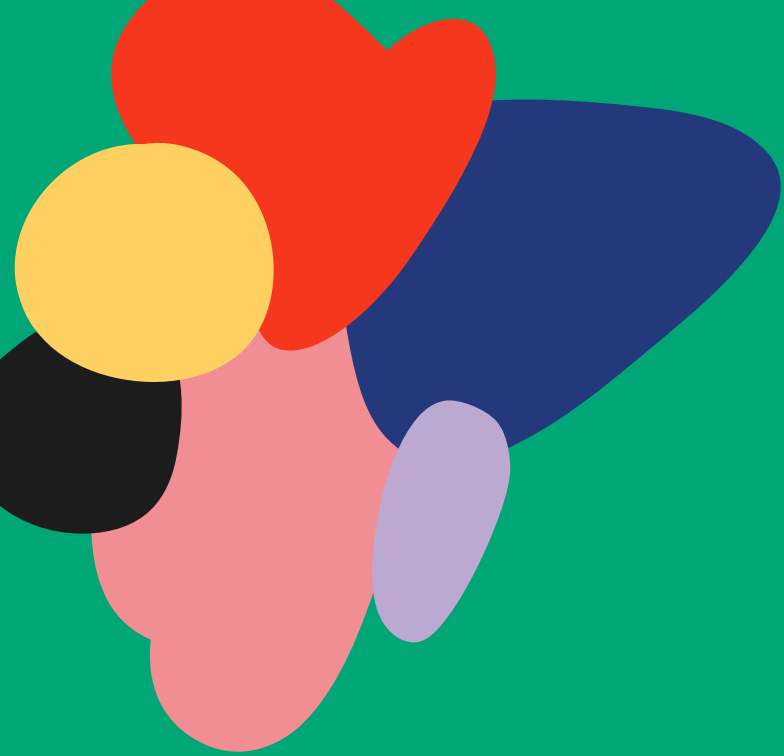
Depuis plusieurs années, France Assos Santé porte dans son plaidoyer le principe d'équipe de soins traitante sur le territoire. La création et le développement des IPA est au cœur de cette stratégie de partage de compétences pour répondre aux besoins populationnels. Les activités, compétences et formation de ces professionnel-le-s s'inscrivent dans le nécessaire déploiement de l'exercice pluridisciplinaire coordonné des soins primaires, pour permettre une accessibilité pour tous, en proximité, à des parcours de santé pertinents et de qualité, et ainsi réduire les recours inappropriés aux urgences et à l'hospitalisation.

L'IPA constitue donc un maillon essentiel entre le patient et le médecin, à travers son rôle de coordination et de suivi de terrain. Interface entre le patient, sa famille et le système de soins, l'IPA instaure un véritable lien de confiance qui fluidifie le parcours de santé du patient, facilite son adhésion aux traitements et permet d'éviter les ruptures dans le parcours de soins. Le travail d'équipe dans lequel elle s'inscrit permet d'appréhender le patient dans sa globalité via les interactions du patient avec les différent-e-s professionnel-le-s. Il s'agit bien là d'une évolution dans la façon d'accompagner la personne malade, pas d'un mode transitoire pour pallier au manque de médecins.

Il est maintenant nécessaire de donner aux IPA les moyens de mener à bien leurs missions et de clarifier leur périmètre d'actions au regard des besoins des patients et des autres membres de l'équipe. ●

Gérard Raymond,
Président France Assos Santé





« [Les patients] ce qu'ils aiment c'est avoir un interlocuteur car ils n'osent pas toujours déranger le médecin, et ça les rassure d'avoir un interlocuteur de la MSP qu'ils peuvent joindre quand ils veulent. Ils aiment aussi le temps pris avec eux aussi car c'est des temps plus longs ; le fait d'être en lien avec les médecins les rassure aussi car ils voient qu'on en discute qu'on échange et ils voient cette complémentarité. »

MÉLINE PAGNIER

INFIRMIÈRE EN PRATIQUE
AVANCÉE EN MSP

« [Les patients] ils sont contents car j'ai du temps à leur accorder, en général c'est une demi-heure mais je reste souvent un peu plus longtemps. Ils sentent que je suis à l'écoute et que je respecte leur choix. »

JULIETAJ CHANG

INFIRMIÈRE EN PRATIQUE
AVANCÉE EN MSP

« Il n'y a aucune ombre au travail de notre IPA et à son intégration dans notre équipe et à la complémentarité de notre exercice. Le patient le perçoit très bien et il apprécie parce que ce n'est pas du tout la même chose, il y a une complémentarité qui est bien ressentie, bien expliquée aussi aux patients. »

VINCENT LESOUËF

MÉDECIN GÉNÉRALISTE
EN MSP

1

DÉFINITIONS ET CONTEXTE

Les soins primaires et de **proximité** dans le **système de santé**



Le système de santé français n'a jamais été confronté à de telles difficultés, en dépit de nombreuses alertes depuis une trentaine d'années. Nous avons eu le temps de prédire le vieillissement de la population, l'augmentation des pathologies chroniques et les problématiques de démographie médicale. Toutefois est souvent évoquée la pénurie de médecins, pourtant cela touche aussi de nombreuses professions de santé : infirmier·ère-s, kinésithérapeutes notamment. En conséquence, il semble plus pertinent d'évoquer des **déserts en santé** et non pas uniquement médicaux.

Des réformes ont été engagées depuis une quinzaine d'années, notamment sur les soins primaires. Ceux-ci ont été longtemps délaissés¹ au profit de l'hôpital, vitrine de l'excellence de notre système de soins avec ses spécialités.

Les notions d'équipe et le découplage ville-hôpital commencent à apparaître avec la création des maisons de santé pluriprofessionnelles, et des pôles de santé, dans le code de santé publique en 2007².

La définition des soins primaires n'est apparue pour la première fois en France dans la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire (HPST), qu'en 2009, sous le titre « *Accès de tous à des soins de qualité* »³, avec des précisions sur le rôle du médecin dans le système, mais les autres professionnel·le-s de santé sont à peine cité·e-s dans ce nouveau système. Le rôle du médecin généraliste est reconnu et renforcé, à la suite d'une succession de réformes qui a permis de transformer le rôle du médecin généraliste, en médecin référent en 1998, puis en médecin traitant en 2004. La médecine générale a longtemps bataillé pour se voir reconnaître son rôle primordial dans le système.

En 2016, une circulaire revient sur la définition des soins primaires⁴, et les notions d'équipes de soins primaires⁵ et enfin les CPTS⁶ qui associent tous les types de professionnel·le-s d'un même territoire qui souhaitent se coordonner. Le découplage continue.

1. Annexe n°1 / 2. Annexe n°2 / 3. Annexe n°3 / 4. Annexe n°4 / 5. Annexe n°5 / 6. CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

Vers une **définition française** de la pratique avancée à partir de **l'expérience à l'étranger**

UNE DÉFINITION QUI FAIT CONSENSUS

Une définition internationale existe et fait consensus : celle du Conseil international des infirmier·ère·s (CII), fédération regroupant plus de plus de 130 associations nationales d'infirmier·ère·s et représente des millions d'infirmier·ère·s dans le monde.

Définition du CII 2008

« Une infirmier·ère praticien·ne / en pratique infirmière avancée est un·e infirmier·ère diplômé·e d'État ou certifié·e qui a acquis les connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de son métier, pratique avancée dont les caractéristiques sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmier·ère sera autorisé·e à exercer. Un master est recommandé comme diplôme d'entrée. »

La naissance de la pratique avancée est corrélée à la longue histoire de la construction de la discipline infirmière (et son émancipation) même si ses déclinaisons varient d'un pays à l'autre.

Les deux catégories d'IPA les plus fréquemment mentionnées sont l'infirmier·ère clinicien·ne spécialisé·e (ICS) et l'infirmier·ère praticien·ne (IP) :

- L'**ICS** est une IPA qui exerce au sein d'une équipe dans une approche systémique, dans le but d'améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients, par la formation et l'appui aux autres professions de santé, par la recherche.
- L'**IP** est une IPA avec des compétences cliniques associant soins infirmiers et médecine. L'IP exerce le plus souvent en soins primaires, et peut intervenir en substitution aux médecins pour certaines tâches ou suivi de patients atteints de maladies chroniques, ou pour être le premier contact pour les personnes atteintes d'une affection mineure. Le but est d'améliorer l'accès aux soins et de réduire les coûts de santé.

Le CII a publié de nouvelles directives sur la pratique infirmière avancée en intégrant la vision de l'OMS pour la santé en 2030. Sa vision de la pratique avancée est forte, avec de l'ambition pour la profession infirmière, mais surtout pour les populations.

LA PRATIQUE AVANCÉE INFIRMIÈRE A ÉTÉ LARGEMENT ÉTUDIÉE ET ÉVALUÉE À L'ÉTRANGER

- L'OCDE a émis un document de travail sur « les pratiques infirmières avancées : une description et une évaluation des expériences dans 12 pays développés »⁷.

« Cette étude analyse le développement des pratiques infirmières avancées dans 12 pays (Australie, Belgique, Canada, Chypre, États-Unis, Finlande, France, Irlande, Japon, Pologne, République Tchèque, Royaume-Uni...). »

Les évaluations montrent que le recours aux infirmier·ère·s en rôles avancés peut effectivement améliorer l'accès aux services et réduire les temps d'attente. Les infirmier·ère·s en rôles avancés sont capables d'assurer la même qualité de soins que les médecins dans une gamme de services, comme le premier contact pour les personnes atteintes d'une affection mineure et le suivi de routine des patients souffrant de maladies chroniques, dès lors qu'elles ont reçu une formation appropriée. La plupart des évaluations constatent un haut taux de satisfaction des patients, principalement parce que les infirmier·ère·s tendent à passer plus de temps avec les patients, et fournissent des informations et des conseils. »

- L'étude Cochrane⁸ avait pour objectif d'évaluer la qualité des soins lorsque ceux-ci sont dispensés par des infirmier·ère·s plutôt que par des médecins. Dix-huit études ont été incluses dans la revue. Les auteurs de la revue concluent que :

« pour certains troubles physiques continus et urgents et pour les maladies chroniques, les infirmier·ère·s formé·e·s, comme les infirmier·ère·s praticien·ne·s et les infirmier·ère·s autorisé·e·s, fournissent probablement des soins de qualité égale ou peut-être même meilleure que les médecins de soins primaires, et obtiennent probablement des résultats égaux ou meilleurs pour la santé des patients. Les infirmier·ère·s atteignent probablement des niveaux plus élevés de satisfaction des patients, comparativement aux médecins de soins primaires. De plus, la durée de la consultation est probablement plus longue lorsque les infirmier·ère·s dispensent des soins et la fréquence des visites de retour est probablement légèrement plus élevée pour les infirmier·ère·s que pour les médecins. »

EN FRANCE

Les sciences infirmières ont peiné à trouver leur place en France. Les soins infirmiers sont longtemps considérés uniquement comme l'exécution d'une prescription médicale.

« L'infirmier·ère, [...] doit, par une connaissance appropriée de l'être qui souffre et de la maladie en elle-même, constituer l'instrument parfait qui a pour fonction principale de se tenir à portée de la main du médecin. C'est celui-ci qui doit de cet instrument docile faire l'usage voulu. Et ainsi il ne peut se produire de ces conflits qui ne doivent jamais exister : l'art de l'infirmier·ère n'est que d'exécuter ce que décide la science du médecin.⁹ »

La légitimité des infirmier·ère·s passe nécessairement par la place qu'on leur donne au sein de la société¹⁰.

Aujourd'hui, l'universitarisation avec le cursus licence, master, doctorat est une formidable opportunité pour faire évoluer les connaissances et les réflexions de la discipline infirmière française.

« En octobre 2003, le rapport Berland sur la coopération des professions de santé fait suite à un précédent rapport du même auteur (novembre 2002) sur la démographie des professions de santé. La dernière étude en date fait état d'un transfert possible de compétences des médecins vers les infirmier·ère·s et de coopération entre professions de santé. Celles-ci deviendraient des infirmier·ère·s "de pratiques avancées" chargées d'éducation, de conseil ou d'expertise, ou encore dédiées aux soins spécialisés, aux soins primaires, de consultation de première ligne »¹¹.

9. L'infirmière visiteuse d'hygiène sociale de l'enfance : rapport présenté par Mlle Chaptal au Comité national de l'enfance. L'infirmière française, 1925 Sep;(6):299 / 10. Réponse infirmière aux besoins de santé en France, vers une discipline - Ljiljana Jovic, Michel Poisson - Dans Recherche en soins infirmiers 2008/2 (N° 93), pages 5 à 8 / 11. Réponse infirmière aux besoins de santé en France, vers une discipline - Ljiljana Jovic, Michel Poisson - Dans Recherche en soins infirmiers 2008/2 (N° 93), pages 5 à 8

Depuis 2016, le cadre législatif a évolué, comme nous le verrons plus loin, et il définit que :

- Les IPA sont des professionnel·le·s de santé : des infirmier·ère·s diplômé·e·s d'état expérimenté·e·s qui ont repris une formation pendant 2 ans pour atteindre le Master niveau 2.
- Les compétences et les activités des infirmier·ère·s en pratique avancée sont définies dans les textes législatifs, et se basent sur des connaissances et des compétences, sanctionnées par un Diplôme d'État.

Le cadre ne demande qu'à évoluer, pour répondre aux besoins de santé de la population, et de la profession, notamment en termes de difficultés d'accès aux soins et de lutte contre les inégalités sociales et territoriales. Cette évolution est portée autant par les élus locaux et nationaux que par les associations de patients.

Une étude récente de l'Ordre National infirmier sur le système de santé et les évolutions de la profession infirmière a interrogé les Français avec pour résultats :

- 90 % des Français sont inquiets en ce qui concerne la capacité de notre système de santé à les soigner correctement. 44 % sont déjà inquiets ; 46 % (et 59 % des jeunes) craignent une dégradation.
- 86 % des Français estiment que le rôle des infirmier·ère·s auprès des patients ou de leurs proches n'est pas suffisamment reconnu.
- 85 % des Français estiment que renforcer le rôle des infirmier·ère·s serait utile pour améliorer la prise en charge des patients.
- 83 % des Français font confiance aux infirmier·ère·s pour exercer de nouvelles missions et jouer un rôle plus important auprès des patients.

La population se dit prête à l'évolution des compétences infirmières dont les IPA font partie, elle leur fait confiance. Les besoins sont présents, **qu'attendons-nous pour agir ? ●**



2

LES TEXTES LÉGISLATIFS ET RÉGLEMENTAIRES RÉGISSANT L'EXERCICE DE L'IPA

La connaissance et la compréhension des textes législatifs et réglementaires régissant l'exercice professionnel des infirmier·ère·s en pratique avancée sont une étape cruciale avant toute prise de poste que ce soit en MSP ou dans d'autres structures. Bien souvent la loi est vue comme une contrainte alors qu'elle sécurise la pratique professionnelle en l'encadrant tout en assurant une protection contre les manquements au respect de l'indépendance professionnelle.

Dans ce chapitre nous traiterons uniquement des textes relatifs à l'exercice présents dans le Code de Santé Publique (CSP) pour se conformer au sujet du guide. Cependant d'autres textes existent que ce soit dans le CSP, le code d'éducation, ou bien le code de sécurité sociale et ont attrait aux études, aux remboursements des soins et à l'obtention du diplôme...

Préambule à la **compréhension** du **droit français**



La hiérarchie des normes

La hiérarchie des normes, autrement appelée pyramide de Kelsen¹², est un classement hiérarchisé de l'ensemble des textes constitutifs du système juridique d'un État dans le but de garantir cohérence et rigueur. Elle est fondée sur le principe qu'une norme doit respecter celle du niveau supérieur et la mettre en œuvre en la détaillant. Dans un conflit de normes, elle permet de faire prévaloir la norme de niveau supérieur sur la norme qui lui est subordonnée. Ainsi, un arrêté doit respecter la Constitution, les traités internationaux, les lois et les décrets¹³.

Qu'est ce qu'une loi ?

La Constitution de 1958 définit la loi comme le texte que vote le Parlement dont les députés sont élus au suffrage universel direct. Par sa symbolique et l'étendue des domaines qu'elle couvre, la loi reste encore la norme qui se trouve au cœur de l'édifice juridique car votée par le pouvoir législatif. Le parcours d'une loi¹⁴ est complexe et long, c'est pourquoi il est difficile de la faire modifier à posteriori.

Qu'est ce qu'un décret ?

Un décret est un acte réglementaire ou individuel pris par le président de la République ou le Premier ministre. Cet acte fait partie des pouvoirs réservés au pouvoir exécutif par la Constitution.

On distingue deux types de décrets : les **décrets d'application**, qui précisent les modalités d'application d'une loi, et les **décrets autonomes**, qui traitent des sujets ne relevant pas du domaine de la loi.

Eux-mêmes hiérarchisés en trois catégories :

- les **décrets délibérés en Conseil des ministres** selon l'article 13¹⁵ de la Constitution ;
- les **décrets en Conseil d'État** quand la consultation du Conseil d'État est obligatoire ;
- les **décrets simples** constituent le mode le plus fréquent d'exercice du pouvoir réglementaire.

Les décrets sont publiés au Journal Officiel et peuvent être annulés par le Conseil d'État dès lors que les procédures telles qu'exigées par les textes ne sont pas respectées.

La portée des décrets diffère selon le public visé. Le décret est **réglementaire**, lorsqu'il pose une règle générale et concerne un nombre indéterminé de personnes ; **individuel**, une ou plusieurs personnes déterminées : décret de nomination d'un haut fonctionnaire.

Les décrets régissant l'exercice sont donc des **décrets réglementaires d'application** (du L- 4301-1 et 2 du CSP).

Qu'est ce qu'un arrêté ?

Les arrêtés sont des actes administratifs unilatéraux publiés notamment par des ministres, des préfets ou des maires. Ils doivent respecter certaines formes (mention des textes qui fondent l'arrêté, contenu et effets juridiques).

Il existe des arrêtés signés par différents ministres, lorsqu'ils interviennent dans le champ de compétences de départements ministériels différents. L'arrêté est inférieur au décret, tout comme lui il peut être réglementaire ou individuel.

Les lois régissant l'exercice

Deux lois régissent la pratique, il s'agit des articles L4301-1 à L4301-2¹⁶ du code de santé publique :

L' Article L4301-1 précise l'obligation d'exercice coordonné par un médecin qu'il soit traitant spécialisé, du travail ou des armées. **L'IPA ne peut donc pas exercer seule sans exercice coordonné associé.** Ensuite, il définit également, par un décret en conseil d'État, les domaines d'interventions¹⁷ ainsi que les conditions et règles de l'exercice en pratique avancée (PA).

Pour finir, l'imputabilité de la responsabilité de l'IPA est clairement définie : « Le ou la professionnel·le agissant dans le cadre de la pratique avancée est responsable des actes qu'il·elle réalise dans ce cadre. »

Quant à l'article L4301-2¹⁸, il reprend les termes de la loi Rist et définit l'accès direct par : « *les infirmier·ère·s exerçant en pratique avancée peuvent prendre en charge directement les patients* », avec une obligation de rédaction et de transmission d'une synthèse au médecin traitant. **Cet accès direct est effectif depuis la promulgation de cette Loi** par le président de la République le 19 mai 2023. Toutefois, l'accès direct est corrélié à l'obligation de travailler dans une des structures d'exercice coordonné mentionné dans cet article dont les MSP font partie¹⁹. Autrement dit, **sans structure d'exercice coordonné, pas d'accès direct possible.**

→ L'article 1 de la Loi n°2023-379 du 19 mai 2023²⁰ portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnel·le·s de santé (dite Loi Rist 2) est entièrement dédié aux IPA. Dans le premier chapitre :

- Le premier paragraphe **concerne la primo-prescription et son encadrement** avec une obligation de publication de décrets d'application en Conseil d'Etat ultérieurs (et consultation obligatoire des Ordres professionnels, de la Haute Autorité de Santé et de l'académie de médecine) ;

15. A consulter : Article 13 de la Constitution

16. Accès aux articles de loi / 17. A retrouver dans l'article R4301-3 du CSP / 18. Accéder à l'article L4301-2 / 19. A consulter : Article L6323-3 du CSP / 20. A consulter : Article 1 de la Loi n°2023-379 du 19 mai 2023

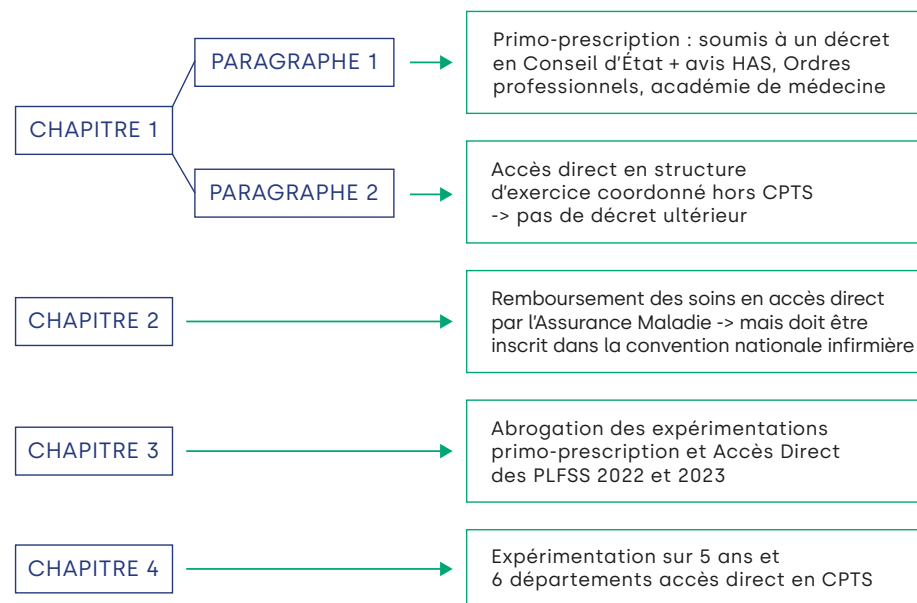
- Le deuxième paragraphe **explícite l'accès direct avec sa définition** (« les infirmier·ère·s exerçant en pratique avancée peuvent prendre en charge directement les patients ») **et ses modalités** (au sein des structures d'exercice coordonné listés et rédaction/transmission d'une synthèse au médecin traitant). Aucun texte d'application mentionné, cette partie de la loi est réputée d'application directe dès promulgation.

→ Le deuxième chapitre prévoit le **remboursement des soins effectués en accès direct**, une fois ces derniers inscrits dans la convention nationale infirmière.

→ Le troisième chapitre prévoit **l'abrogation des expérimentations en cours**.

→ Le quatrième chapitre instaure **une expérimentation de l'accès direct en CPTS pour 5 ans** dans six départements dont deux outre marins.

Synthèse structure loi Rist



Source : Unipa

Les décrets relatifs à l'exercice en pratique avancée

Présents dans le titre préliminaire du livre III du Code de Santé Publique, l'exercice IPA est régi par les Articles R4301-1 à D4301-8²¹.

- L'Article R4301-1²² définit l'infirmier·ère en pratique avancée en France comme un·e infirmier·ère avec des compétences élargies par rapport à un·e infirmier·ère diplômé·e d'État qui participe à la prise en charge globale des patients dans le respect du parcours de soins du patient coordonné par le médecin traitant. L'infirmier·ère exerçant en pratique avancée apporte également son expertise et participe, en collaboration avec l'ensemble des professionnel·le·s 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.

L'article R4301-2²⁵ énumère les **cinq domaines d'intervention autorisés en France** :

- Pathologies chroniques stabilisées ; prévention et poly pathologies courantes en soins primaires ;
- Oncologie et hématologie ;
- Psychiatrie-santé mentale ;
- Maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale ;
- Urgences.

La conduite diagnostique et les choix thérapeutiques restent définis par le médecin. Ce décret reprend donc les éléments mentionnés dans L4301-1²³.

Toutefois la notion de patient confié par un médecin perdure dans ce décret, et rentre en conflit avec la définition de l'accès direct de loi dite de RIST reprise dans l'Article L4301-2²⁴.

Or, selon la hiérarchie des normes, un décret doit se conformer à la loi car la loi lui est supérieure. En conséquence, dans les structures d'exercice coordonné, l'IPA peut prendre en charge directement les patients sans qu'il soit confié au préalable par un médecin.

Néanmoins, rien n'interdit de définir en équipe l'organisation des patients vus par l'IPA en accès direct, pour éviter de surcharger les équipes et de favoriser l'exercice en étroite collaboration.

21. A consulter : Articles R4301-1 à D4301-8 / 22. A consulter : Article R4301-1 / 23. Accéder à l'article L4301-1 / 24. A consulter : Article L4301-2 / 25. A consulter : Article R4301-2



L'article R4301-3²⁶ énumère ce que peuvent faire les IPA :

- **Conduire un entretien** avec le patient qui lui est confié, effectuer une **anamnèse** de sa situation et procéder à son **examen clinique** ;
- **Conduire toute activité d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage** qu'il juge nécessaire ;
- Effectuer tout **acte d'évaluation** et de **conclusion clinique** ou **tout acte de surveillance clinique et para-clinique** ;
- Effectuer les **actes techniques** et **demandeur les actes de suivi et de prévention** inscrits sur les listes établies par arrêté du ministre chargé de la santé ;
- **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 santé²⁷ ;
 - des **dispositifs médicaux non soumis à prescription médicale obligatoire** ;
 - des **examens de biologie médicale** ;
- **Renouveler**, en les adaptant si besoin, **des prescriptions médicales** dont la liste est établie par arrêté du ministre chargé de la santé.

L'article R 4301-3-1²⁸ : concerne uniquement la mention urgence et définit les motifs de recours. Les IPA urgences ne peuvent exercer réglementairement que les structures de médecine d'urgence dont les MSP ne font pas partie.

Les articles R4301-4²⁹ et R4301-6³⁰ définissent le protocole d'organisation, son contenu, les signataires (médecins et infirmier-ère-s en pratique avancée uniquement).

26. A consulter : Article R4301-3 / 27. En application de l'article R. 5121-202 / 28 A consulter : Article R4301-3-1 / 29. A consulter : Article R4301-4 / 30. A consulter : Article R4301-6

Il précise pour les IPA Psychiatrie - Santé Mentale que le protocole peut être signé uniquement par un psychiatre.

Toutefois, le protocole d'organisation précise « *les modalités de prise en charge des patients qui lui sont confiés* » et entre en conflit avec l'article L4301-2³¹. Or, la loi prévaut sur un décret ce qui veut dire que le protocole d'organisation n'est plus requis et qu'il est facultatif pour les IPA exerçant en MSP (car elle est une structure d'exercice coordonné).

L'article R4301-5³² précise que le médecin met à disposition le dossier médical du patient et que l'IPA doit adresser sans délai au médecin le patient quand il constate une situation dont la prise en charge dépasse son champ de compétences.

Il stipule également que « *le médecin, après concertation avec le ou les infirmier-ère-s exerçant en pratique avancée, détermine les patients auxquels un suivi par un-e infirmier-ère exerçant en pratique avancée est proposé* ». Encore une fois cette partie devra être supprimée ou modifiée pour se conformer à l'article L4301-2³³ selon la pyramide de Kelsen³⁴.

L'article R4301-7³⁵ énumère les compétences transverses autorisées aux IPA : la formation, l'analyse de pratiques professionnelles et la recherche en soins.

L'article D4301-8³⁶ précise les prérequis au diplôme d'IPA : obtenir le diplôme dans la mention choisie, être inscrit à l'Ordre des Infirmiers et justifier de trois ans d'exercice en tant qu'Infirmier Diplômé d'État (IDE).

L'article R4301-8-1³⁷ autorise les étudiants IPA à réaliser les actes et participer aux activités en pratique avancée sous réserve de la présence d'un IPA ou d'un médecin.



Le décret n°2025-55 du 20 janvier 2025 vient préciser l'application de la loi Rist 3 et apporte des **évolutions majeures** concernant l'exercice des Infirmier-ère-s en Pratique Avancée (IPA), en particulier sur l'accès direct, la conduite diagnostic et la stratégie thérapeutique dans les structures d'exercice coordonné listées dans le L4301-2 du CSP dont font partie les MSP.

31. A consulter : Article L4301-2 / 32. A consulter : Article R4301-5 / 33. A consulter : Article L4301-2 / 34. Schéma en annexe n°6 / 35. A consulter : Article R4301-7 / 36. A consulter : Article D4301-8 / 37. A consulter : Article R4301-8-1

L'accès direct est désormais confirmé réglementairement dans les MSP. L'IPA peut ainsi établir un diagnostic et proposer des choix thérapeutiques sans nécessiter un adressage médical préalable, sous réserve d'un exercice dans une structure d'exercice coordonné. La primo-prescription est également confirmée, bien que son application dépende d'un arrêté d'exercice ultérieur, qui en précisera les limitations, notamment celles soumises à un diagnostic médical préalable.

L'abrogation du protocole d'organisation marque une avancée importante en simplifiant la prise en soin des patients dans tous les cadres d'exercice.

Toutefois l'exercice de l'IPA reste obligatoirement coordonné par un médecin.

Hors des structures d'exercice coordonné, le patient est toujours confié par le médecin à l'IPA et ce dernier ne peut pas définir la conduite diagnostic ni la stratégie thérapeutique.

Dernier point important en MSP, les Infirmiers Diplômés d'État (IDE) sont également autorisés à appliquer les prescriptions des IPA.

Les arrêtés régissant l'exercice en PA

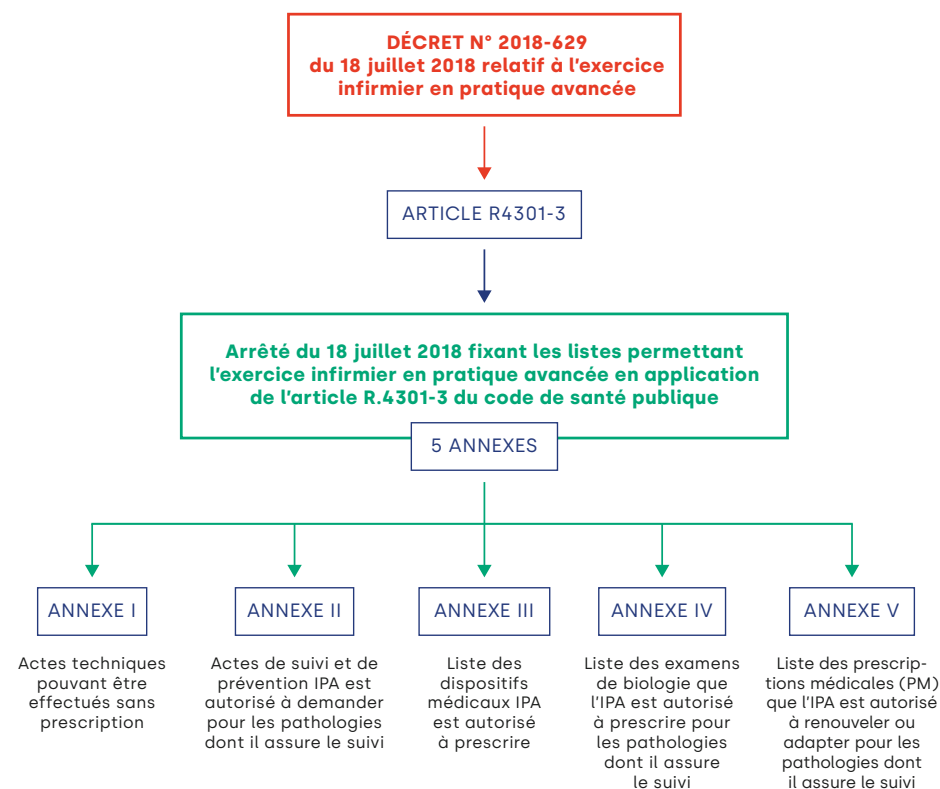


Afin de comprendre la construction des textes réglementaires régissant l'exercice en pratique avancée, il convient de porter une attention particulière aux intitulés des arrêtés. En effet, l'article R4301-3³⁸ mentionne des listes établies par arrêtés du ministre chargé de la santé. L'arrêté concerné est l'arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de santé publique modifié par Arrêté du 11 mars 2022³⁹.

Chaque annexe de I à V de l'arrêté renvoie à un champ de compétences définies dans l'article R4301-3⁴⁰ : les actes techniques sont dans l'annexe I, les actes de suivi (imagerie) dans l'annexe II, les dispositifs médicaux dans l'annexe III et ainsi de suite.

Il est primordial au delà des listes de se concentrer sur les intitulés pour connaître nos possibilités : « *est autorisé à effectuer sans prescription* » diffère de « *est autorisé à prescrire* » ou bien « *pour les pathologies dont il assure le suivi* ».

Structure de l'arrêté du 18 juillet 2018



Source : Unipa

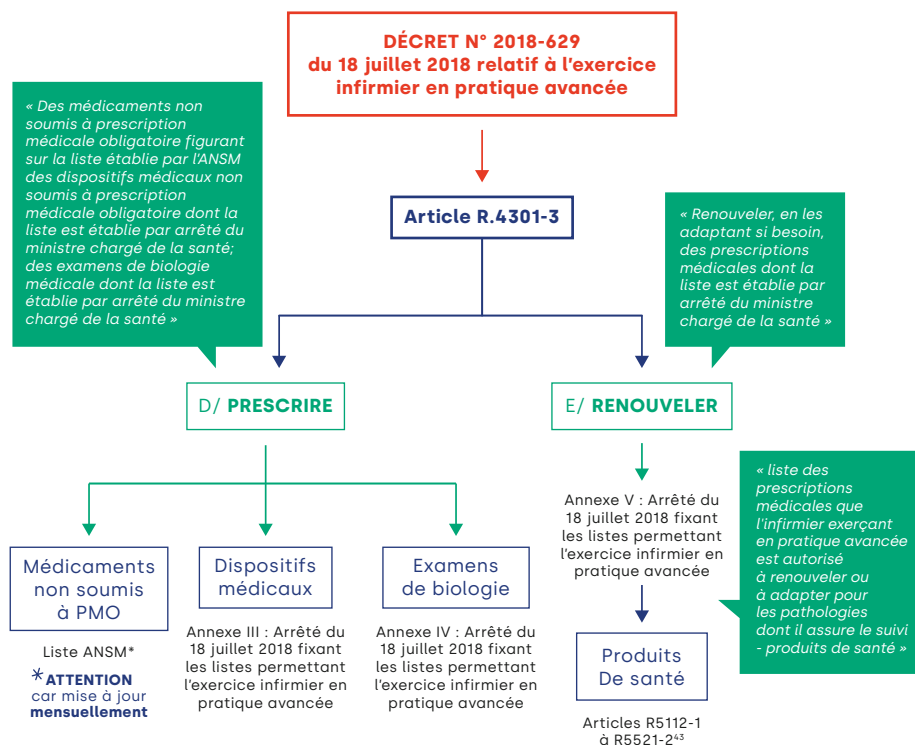
³⁸. A consulter : Article R4301-3 / ³⁹. A consulter : arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de santé publique / ⁴⁰. A consulter : Article R4301-3

Un focus spécifique sur le droit de prescription

Le droit de prescription est déterminé dans l'article L4301-1⁴¹ puis repris l'article R4301-3⁴² du décret N°2018-629 du 18 juillet 2018 dans les parties D/Prescrire et E/Renouveler.

Pour plus de simplicité de compréhension, un schéma a été réalisé :

Architecture cadre réglementaire prescription



Source : Unipa

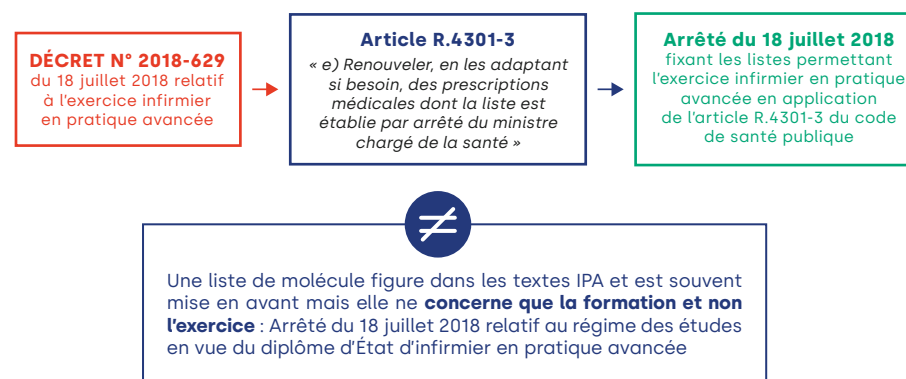
La partie D concerne tous les médicaments, dispositifs médicaux et analyses biologiques que l'IPA peut primo-prescrire. Attention car la liste de l'agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) est mise à jour régulièrement. Le paracétamol et les AINS (hors gel buccal) n'en font pas partie car sont en vente libre après conseils pharmaceutiques. Une autre vigilance concerne la location des fauteuils roulants uniquement pour trois mois. La liste des dispositifs médicaux (lit, matelas, orthèses...) est détaillée dans l'annexe III tandis que les examens biologiques (sanguins et urinaires) dans l'annexe IV.

Le renouvellement et l'adaptation des thérapeutiques sont régis par la partie E et renvoient à l'arrêté du 18 juillet 2018 modifié en mars 2022 fixant les listes dans son annexe V. Dans cette annexe, il est notifié produits de santé qui a une définition juridique dans le CSP et représente un chapitre entier soit plus de 400 articles. L'IPA, pour les pathologies dont il assure le suivi, est donc autorisé à renouveler ou adapter tous les produits de santé.

Comme exceptions sont ajoutés les produits sanguins, les traitements psychiatriques et les médicaments à dispensation particulière (hors AMM, ATU, produits soumis à restriction douanière) qui peuvent avoir une procédure spécifique écrite avec le médecin à sa demande.

Les médicaments anticancéreux ont la particularité d'avoir obligatoirement une procédure écrite avec le médecin.

Une confusion perdure sur une liste de molécules que l'IPA pourrait renouveler et se doit d'être clarifiée. La liste évoquée dans l'article R4301-3⁴⁴ renvoie à l'annexe V de l'arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes de l'exercice en pratique avancée selon le modèle suivant :



Source : Unipa

Une liste de molécule figure dans les textes IPA et est souvent mise en avant mais **elle ne concerne que la formation et non l'exercice**⁴⁵.

Focus spécifique sur le renouvellement/adaptation de stupéfiants

Aucune restriction ou interdiction de renouveler ou d'adapter les produits stupéfiants, si l'IPA respecte les règles de prescription (ordonnance sécurisée, durée de prescription). Au contraire plusieurs textes le permettent notamment l'annexe V de l'arrêté d'exercice.

En effet, les opioïdes ou autres médicaments considérés comme stupéfiants ne font pas partie des médicaments à dispensation particulière (hors AMM, ATU, produits soumis à restriction douanière) évoqués dans cette annexe.

De surcroît, l'article R5132-6 du CSP⁴⁶ autorise leur délivrance par le pharmacien qui engage sa responsabilité s'il refuse sans en justifier le motif au prescripteur. Pour les IPA libéraux, depuis la modification du code de sécurité sociale, il est possible de commander des ordonnances bizones sécurisées sur son espace AMELI-pro, vigilance cependant, car le délai d'envoi peut être long par votre CPAM. ●

⁴⁵. Arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée - cf. annexe 1 sur le référentiel d'activités / ⁴⁶. A consulter : Article R5132-6 du CSP



3

LA FORMATION

Formation au **Master IPA**



« Le diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée est délivré par les établissements d'enseignement supérieur accrédités ou co-accrédités à cet effet par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé dans les conditions prévues par arrêté du ministre en charge de l'enseignement supérieur.

La formation conduisant au diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée est structurée en quatre semestres validés par l'obtention de 120 crédits européens. Le diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée précise la mention acquise correspondant au domaine d'intervention de l'infirmier·ère en pratique avancée, prévue à l'article R. 4301-2 du code de la santé publique⁴⁷. Il confère à son titulaire le grade de master. »⁴⁸

Voici les différents UE possible à la formation :

- UE Clinique
- UE Bases fondamentales
- UE Parcours de Santé
- UE Sciences infirmières et pratique avancée
- UE Responsabilité, éthique, législation, déontologie
- UE Méthodes de travail
- UE Formation et analyse des pratiques professionnelles
- UE Santé Publique
- UE Recherche
- UE Stage 1 (2 mois) et UE Stage 2 (4 mois)
- Ainsi que la rédaction d'un mémoire

Pour avoir accès à la liste des universités qui délivrent le diplôme d'IPA, rendez-vous sur le site de l'enseignement supérieur et de la recherche⁴⁹.

Pour s'installer en tant qu'IPA, l'infirmier·ère doit justifier d'au moins 3 ans d'exercice en tant qu'infirmier·ère diplômé·e d'État.

⁴⁷. A consulter : Article R. 4301-2 du code de la santé publique / ⁴⁸. Décret n°2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée / ⁴⁹. Site de l'enseignement supérieur et de la recherche

Les stages

Les stages, à temps complet d'une durée de 2 mois sur la première année et de 4 mois sur la deuxième année sont des opportunités pour l'étudiant pour développer les compétences requises pour l'exercice d'IPA, notamment pour développer une expertise de l'examen clinique et l'autonomisation progressive en consultation.

C'est aussi une opportunité pour l'ensemble des professionnel·le·s de santé du lieu de stage de découvrir cette profession et de se familiariser avec la pratique avancée.

« J'ai fait une partie de mon stage avec les médecins au sein de la MSP mais aussi une partie avec les spécialistes du secteur, j'ai fait une semaine à l'hôpital, j'ai fait un peu avec tous les partenaires avec qui j'exerce maintenant, pour me faire connaître mais aussi pour voir tout ce qui se faisait sur le territoire. »

MÉLINE PAGNIER

INFIRMIÈRE EN PRATIQUE
AVANCÉE EN MSP

« J'ai fait mon stage de 8 semaines au Centre d'évaluation de la douleur chronique et rebelle au Havre parce que c'était en lien entre la ville et l'hôpital. C'était super intéressant car ils ont une pratique pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. Le 2ème stage, j'ai fait 8 semaines avec un médecin généraliste dans une maison médicale et les 8 autres semaines je l'ai fait au DAC Seine et Mer et là j'ai vraiment été formée à l'ingénierie de projet sur les parcours de rupture de soin. »

JULIETAJ CHANG

INFIRMIÈRE EN PRATIQUE
AVANCÉE EN MSP

Les aides financières

En fonction des régions il peut y avoir différentes aides :

- L'ARS, avec une disparité suivant les ARS. Le montant de l'attribution est décidé par l'Agence en fonction des priorisations de celle-ci, en lien avec le PRS.
- Certains départements octroient une aide qui peut se cumuler avec celle de l'ARS.
- La CNAM via l'avenant 10 de la CNAM : « En outre, l'avenant 10 prévoit un accompagnement financier des infirmier·ère·s libéraux suivant la formation d'infirmier·ère en pratique avancée⁵⁰ (IPA), en créant une aide de 15 000 € (17 000 € pour les Drom) qui permet d'atténuer la perte de revenus liée à la baisse d'activité pour ces professionnel·le·s durant leur formation. »⁵¹ En contrepartie, l'IDEL doit s'engager à suivre l'ensemble de la formation et à exercer au minimum deux ans en tant qu'IPA libérale.

⁵⁰. A consulter : avenant 10 / ⁵¹. A consulter : Arrêté du 25 juillet 2023 portant approbation de l'avenant n°10 à la convention nationale organisant les rapports entre les infirmier·ère·s libéraux et l'assurance maladie



« Le master IPA je trouve que ça nous donne une légitimité, [...] ça m'a donné des outils et une posture aussi pour me permettre d'affirmer ce que je dis et de gagner en crédibilité. »

JULIETAJ CHANG
INFIRMIÈRE EN PRATIQUE
AVANCÉE EN MSP

« Pour se lancer dans le master, je pense qu'il faut déjà être motivé soi-même avec un projet construit avec les intervenants avec lesquels on va travailler. C'est vraiment une dynamique de collaboration. »

SANDRINE MAHÉ
INFIRMIÈRE EN PRATIQUE
AVANCÉE EN HÔPITAL

Formation professionnelle et **certification périodique** continue

Concernant le développement professionnel continu (DPC), l'infirmier·ère en pratique avancée reste, administrativement, rattaché aux infirmier·ère-s, amenant un manque de lisibilité. Cependant il y a des thématiques propres aux infirmier·ère-s en pratique avancée.

La certification périodique continue est en cours de travail et les décrets sont en attente de publication. ●



4

L'EXERCICE

Les différents modes d'exercices : l'infirmier-ère en pratique avancée peut exercer sous plusieurs formes qui vont être développées ci-après.

Exercice libéral en maison de santé pluriprofessionnelle

LES ÉTAPES À L'INSTALLATION

1. Ordre National IDE :

- Envoi de l'attestation de réussite pour enregistrement du diplôme d'État IPA via son compte personnel ;
- Informer l'ordre du désir de s'installer en libéral (si primo installation en libéral, justifier de 3 ans d'exercice) ;
- Transmettre les documents justifiant l'installation (par exemple le bail).

2. CPAM⁵² :

- Transmission de l'autorisation d'exercer de l'Ordre National Infirmier (ONI) ;
- Contacter pour l'enregistrement de l'activité IPA : préciser si activité exclusive ou mixte ;
- Demander l'aide à l'installation ;
- Transmission des informations à ASIP Santé pour la délivrance de la carte CPS et RPPS.

3. URSSAF⁵³ : peut être fait directement par la CPAM sinon inscription sur le site de l'URSSAF.

4. CARPIMKO : s'affilier sur le site internet⁵⁴.

5. Responsabilité civile professionnelle : auprès des compagnies d'assurance spécialisées dans les professions de santé.

6. Adhésion à la SISA (en s'assurant que les statuts de celle-ci le permettent pour les très anciennes structures - statuts à vérifier et modifier si besoin).

Modèle économique

Au sein d'une maison de santé pluriprofessionnelle, les IPA peuvent exercer en libéral ou en salarié. Toutefois, le mode d'exercice usuel est le libéral. Dans le cadre de l'exercice coordonné et depuis la loi « Rist » du 19 mai 2023 les IPA n'ont plus obligation d'avoir signé un protocole d'organisation - pas d'orientation médicale obligatoire.

Malgré tout, le protocole d'organisation est un outil intéressant comme base de discussion pour les échanges entre les médecins de la structure et l'IPA.

Dans la réalité, afin que l'exercice soit viable, les professionnel-le-s de santé de la MSP devront préparer l'arrivée de l'IPA, **l'intégrer dans le projet de santé de la MSP** et réfléchir en équipe aux questions de file active, pour que l'IPA ne soit pas en difficulté financière (vous retrouverez ces recommandations dans la section 4 : « *Accueillir une IPA en MSP* »).

Les cotations du libéral viennent comme suit, elles sont en vigueur depuis la publication de l'avenant 9 à la convention infirmière et mise en application le 23 septembre 2022. Cet avenant constitue une revalorisation significative, toutefois le modèle reste fragile et seules les IPA ayant des patientèles pleines ont une activité viable aujourd'hui.

| PATIENTS SUIVIS protocole signé avec le médecin | |
|---|--|
| FORFAIT INITIATION 1 ^{er} trimestre de suivi limité à 1 patient 60€ (PAI 6) | FORFAIT SUIVI Facturation trimestrielle* 1 ^{ère} année : 3/an/patient sinon limité à 4/an/patient 50€ (PAI 5) |

*Possibilité de facturation semestrielle (2 forfaits max)
les deux premières années de suivi des patients

| PATIENTS PONCTUELS demande ponctuelle du médecin | |
|---|--|
| SÉANCE DE SOINS IPA limité à 4/an/patient 16€ (PAI 1,6) | BILAN PONCTUEL IPA limité à 1/an/patient 30€ (PAI 3) |

Source : Guide IPA de la FémasilF

Attention : le forfait est rémunéré comme une prise en charge, ce n'est pas la simple somme de quatre consultations. Nous parlons bien ici d'un maximum de quatre consultations mais la prise en charge peut nécessiter un suivi plus poussé et comprend du temps administratif ainsi que de la coordination.

Exemple : la prise en charge d'un patient polypathologique peut nécessiter plusieurs visites par trimestre, si l'on veut que le suivi soit efficace et éviter des crises aiguës, mais un seul forfait de suivi sera facturé.

Exercice en libéral “isolé”

Ce type d'exercice nécessite toujours un protocole d'organisation : l'IPA devra trouver un ou des médecins généralistes et signer avec eux afin que leur patientèle soit orienté vers l'IPA (exemple de protocole d'organisation validé par des IPA⁵⁵).



Exercice en salariat

LES ÉTAPES À L'INSTALLATION :

Si vous êtes salarié-e soit par un centre de santé soit par une MSP et que vous facturez vos soins pour la structure, alors voici la marche à suivre :

- **Attestation de réussite au DE IPA** à adresser à l'Ordre National Infirmier (ONI) pour obtenir l'autorisation d'exercer ;
- **Mise à jour du fichier de l'ONI** via son compte personnel
 - Pour les MSP c'est la SISA qui va devoir s'inscrire à l'Ordre infirmier
- **Demande de carte CPS⁵⁶** pour un-e professionnel-le de santé auxiliaire médical salarié ;
- **L'aide à l'installation IPA** peut également être perçue par un centre de santé ou une MSP si celle-ci salarie l'IPA ;
- **Fiche de poste à créer** (attention, il ne peut y avoir de restrictions des compétences réglementairement fixées).

L'EXERCICE EN SALARIAT DE L'ASSOCIATION ASALÉE

L'association Asalée est une structure qui salarie des infirmier·ère·s de santé publique (IDSP). Depuis 2020, des IPA sont également salariées par cette association. Cette structure est financée par la CNAM.

Pour plus d'informations sur les possibilités d'embauche ou de déploiement, contactez les responsables départementaux d'Asalée.

EXERCICE MIXTE

Il existe une mixité de typologie d'exercice, qui sont liées à la possibilité de développer son activité. Il faut être vigilant au pourcentage d'activité lors de l'aide qui est versé par la CNAM.

« Je suis IPA libérale, associée de la SISA et membre fondateur de la maison de santé LH Ouest Santé. Je fais des consultations à mon cabinet pour la population de la MSP, je mets en place des bilans de santé car il y en a très peu qui ont accès à un médecin traitant. Je fais 90 % de mes consultations à domicile, ce sont souvent des aidants qui m'appellent pour des personnes âgées. »

JULIETAJ CHANG
INFIRMIÈRE EN PRATIQUE
AVANCÉE EN MSP

En dispositif d'appui à la coordination

Un dispositif d'appui à la coordination (DAC) a pour objectif de **venir en aide aux professionnel·le·s de santé, psycho ou sociaux**, lorsqu'ils ont à faire face à des situations de patients complexes nécessitant une expertise et une collaboration entre professionnel·le·s du territoire ou même hors de territoire.

Dans leur activité de participation à la coordination des parcours complexes de patients, les IPA peuvent être amenées à contribuer et collaborer avec un DAC. Dans ce cadre, les IPA peuvent :

- Contribuer à l'amélioration, la sécurisation et la fluidité des parcours des patients ;
- Participer à la mission d'analyse des parcours des patients, notamment par le recueil des données nécessaires au suivi et à l'évaluation des actions ;
- Participer à l'organisation et à l'animation des réunions de concertation pluriprofessionnelle (RCP) ;
- Participer aux groupes de travail territoriaux ;
- Participer à la coordination et à l'animation des activités de téléexpertise ;
- Participer à l'étude de faisabilité de mise en place d'un dispositif organisationnel et numérique ville-hôpital dédié à la coordination des soins ;
- Participer aux réunions et groupes de travail concernant la spécialité ;
- Favoriser le partage de l'information concernant le parcours de soin des patients ;
- Travailler en équipe pluridisciplinaire à l'interface de différents services et structures de soins ;
- Animer, organiser et participer aux groupes d'analyse de pratiques ;
- Organiser des formations dédiées sur une thématique spécifique ;
- Organiser le lien entre les différents acteurs de santé qui agissent sur le parcours de soins du patient.



En communauté professionnelle territoriale de santé

Une communauté professionnelle territoriale de santé regroupe des professionnel·le·s d'un même territoire qui souhaitent s'organiser autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes rencontrées sur le territoire que recouvre la structure. Si la CPTS ne peut pas directement délivrer des soins, son rôle sera plutôt de coordonner les efforts de chacun des professionnel·le·s et des structures qu'elle regroupe.

Vous trouverez bien des avantages à travailler au sein d'une CPTS, la communauté pourra vous mettre en lien avec les médecins généralistes qui travaillent avec elle, elle pourra travailler à expliquer votre travail à l'ensemble de ses membres. En CPTS vous devrez continuer à faire des protocoles d'organisation avec les médecins généralistes.

La CPTS pourra également avoir un avantage à vous faire travailler pour elle car vous êtes formé à la coordination des soins et des parcours et donc tout indiqué pour suivre et mettre en place les protocoles et actions de santé publique qui sont le socle du fonctionnement de ces organisations. Toutefois attention, la CPTS n'est pas effectrice de soins, elle ne pourra donc pas vous faire faire des forfaits pratique avancée infirmier (PAI) en son nom.

Les spécificités de l'exercice en maison de santé pluriprofessionnelle

En maison de santé pluriprofessionnelle, il n'y a pas besoin d'un protocole d'organisation, les patients ont un accès direct à l'IPA s'ils sont soignés dans la MSP (via leur médecin traitant).

L'activité de l'IPA en MSP est valorisée par l'ACI financement structuré⁵⁷ :

- **200 points fixes** pour la réalisation de deux missions de santé publique ;
- **40 points fixes** par protocole pluriprofessionnel ;
- **200 points variables** pour la concertation pluriprofessionnelle.
Cela « *dès lors que la structure intègre parmi ses professionnel·le·s de santé un·e infirmier·ère en pratique avancée libéral·e ou salarié·e* ». ●

« L'IPA a une place assez centrale dans le projet de santé, on l'a retravaillé avec toute l'équipe pour que ce soit cohérent avec mon poste et ils ont tous validé. On est parti sur des choses qu'on ne faisait pas forcément avant mais qui sont aussi apparus dans les ACI comme le parcours insuffisance cardiaque, et ça c'est vraiment un champ d'intervention qui est important dans mon activité. »

MÉLINE PAGNIER
INFIRMIÈRE EN PRATIQUE
AVANCÉE EN MSP

« L'idée c'était d'intégrer l'IPA dans tout ce qui était suivi des malades chroniques. De l'intégrer dans toutes les dimensions de prévention qu'on a aussi dans notre MSP à travers des actions de prévention qu'on peut faire. »

VINCENT LESOUËF
MÉDECIN GÉNÉRALISTE EN MSP



5

ACCUEILLIR UNE IPA EN MSP

Quels **souhaits** des **équipes** et de **l'IPA** ?

Comme n'importe quel professionnel·le de santé, il·elle doit à minima adhérer à votre projet de santé pour devenir membre de votre MSP. Il·elle peut devenir sociétaire de votre société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA).

1. Acculturation

Avant qu'une IPA s'installe chez vous, vous pouvez devenir maître de stage IPA, cela vous donnera une idée de ce qu'est la pratique avancée.

Le stage IPA demande une collaboration entre médecin généraliste et IPA ou Infirmier·ère Diplômé·e en Santé Publique (IDSP) et éventuellement même d'autres structures médico-sociales du territoire (DAC ou CPTS par exemple).

→ Contactez l'université formatrice proche de votre MSP afin de connaître la plaquette de stage.

2. Locaux

une IPA réalise des consultations, prévoyez donc des locaux disponibles sur son temps d'activité. Il lui faudra une table d'examen et un bureau équipé, pensez également à lui prendre un accès au logiciel métier de la MSP.

→ N'oubliez pas que la patientèle IPA se constitue doucement, pensez donc à ne pas lui imposer trop de charges les premières années.

3. Prévenez vos patients de l'arrivée d'une IPA

Dans votre structure : quelques mois avant son installation affichez son arrivée dans vos salles d'attente et informez les en consultation.

→ Une patientèle préparée et rassurée adhère plus vite à l'idée d'être suivi par une IPA.

4. Modèle économique

Même si avec la mise en application de la loi Rist⁵⁸, l'accès direct est possible, il faudra bien orienter une patientèle encore peu au fait de la pratique avancée vers l'IPA. Aussi, pensez à faire une revue des patients susceptibles d'être suivis par l'IPA.

→ Répertoriez-les et mettez une alerte sur leur dossier ainsi vous n'oublierez pas de proposer l'IPA aux patients et son activité sera plus rapidement viable.

→ On estime entre 400 et 500 le nombre de patients suivi par l'IPA pour que l'activité libérale soit viable. Il faut donc que votre MSP soit capable de les lui fournir.

5. Collaboration

L'IPA est une profession de santé qui met au centre de sa pratique la collaboration pluriprofessionnelle, aussi des RCP régulières avec les médecins généralistes doivent être prévues.

→ Vous pouvez rémunérer ces staffs avec vos ACI au même titre que les RCP MSP.



6. Accueil de l'IPA

Avant son arrivée, il faudra avoir une discussion sur ce qu'implique l'arrivée d'une IPA avec toute votre équipe, vous pouvez alors faire venir une IPA qui travaille près de chez vous pour présenter son travail ou faire appel à votre fédération de MSP⁵⁹.

→ Pensez à prendre le temps de présenter l'IPA à toute l'équipe lorsqu'elle arrive. Pensez également à faire régulièrement le point sur son activité en staff MSP, vous pourrez alors vous remobiliser pour lui envoyer des patients si cela est nécessaire à son activité.

→ Si le rôle de l'IPA n'est toujours pas clair pour vous après quelques mois faites une formation DPC en pluripro !

7. Amélioration

Un des rôles de l'IPA est l'amélioration des parcours patients, ainsi une IPA pourra mettre en place des protocoles et des missions de santé publique dans votre MSP en collaboration avec les autres membres.

→ L'activité de coordination de soins pourrait être un revenu d'appoint pour l'IPA lors de ses premières années d'installation, cela pourra lui permettre de rester sur la MSP plus de temps mais cela à un coût, attention à la répartition de vos ACI !

→ Si l'arrivée d'un IPA peut redynamiser votre équipe, ce n'est pas son rôle premier.

8. Lorsque l'IPA est en activité

Il est important que les médecins généralistes aient accès aux rendez-vous de l'IPA et inversement, ils peuvent ainsi facilement prendre des rendez-vous à leurs patients via des créneaux prévus à l'avance en équipe.

→ Prenez un temps en équipe pour trouver des modalités de présentation de patients à l'IPA.

Les RCP IPA-médecin généraliste doivent être régulières ! Elles sont indispensables au bon suivi des patients et pourront servir de bases d'ajustement des envois de patients. Elles permettront dans un premier temps de bien définir le rôle de chacun autour du patient.

→ Prévoyez dans un premier temps des RCP fixes, le temps que chacun prenne ses marques, vous pourrez ensuite ajuster les temps de rencontre en fonction des besoins.

- Connaître le cadre légal et réglementaire régissant la profession ;
- Faire un état des lieux descriptifs des besoins populationnels des personnes soignées et de l'équipe ;
- Communiquer fréquemment et simplement avec différents canaux : temps informel (entre deux personnes, téléphone) et formels (réunion d'équipe) nécessaires pour acculturer les autres professionnel-le-s et lever certaines réticences aux changements ;
- Évaluer les actions mises en place et les différentes mesures correctives.

« Le départ en formation a vraiment été réfléchi en équipe. Toute l'équipe a signé le projet pour que je parte en formation IPA donc c'était vraiment une dynamique d'équipe. Ensuite, j'ai choisi de faire mes stages sur mes deux années au sein de la maison de santé - en tout cas en partie - surtout avec les médecins qu'on puisse voir ensemble comment ils voulaient travailler, ce que moi j'avais envie de faire, quels étaient leurs besoins, le besoin de leur patientèle. »

MÉLINE PAGNIER
INFIRMIÈRE EN PRATIQUE
AVANCÉE EN MSP

« L'arrivée de l'IPA s'est passée tout à fait simplement et facilement. Le projet nous a été présenté par l'IPA elle-même, et elle s'est parfaitement intégrée à l'équipe médicale. (...) Le fait qu'elle soit sous le même toit, je pense que ça a été un facteur d'intégration qui a facilité les échanges, ça a beaucoup simplifié les choses. Son intégration s'est faite de façon très naturelle avec une complémentarité entre son exercice et le nôtre qui était évident et qui continue à être évident. »

VINCENT LESOUËF
MÉDECIN GÉNÉRALISTE EN MSP

« Je suis infirmière depuis 2003, j'ai travaillé en cancérologie pendant une dizaine d'années et en septembre 2022 je suis allée sur la pratique avancée. Maintenant je suis diplômée infirmière en pratique avancée au sein de l'oncologie et de l'hémo sur l'hôpital donc dans le même établissement et dans le même service. Je ne fais que de la consultation externe avec des patients qui sont en thérapie à domicile. Il y a beaucoup de liens avec les libéraux, en fonction des dossiers ce n'est pas forcément des échanges systématiques mais je me dirige en fonction des spécialistes. »

SANDRINE MAHÉ
INFIRMIÈRE EN PRATIQUE
AVANCÉE EN HÔPITAL

Le cadre **des statuts** : **l'installation** se réfère **aux statuts** concernant la **discipline infirmière**

Valorisation ACI pour une installation au sein de la MSP :

- **200 points fixes** pour la réalisation de deux missions de santé publique.
- **40 points fixes** par protocole pluriprofessionnel.
- **200 points variables** pour la concertation pluriprofessionnelle. Cela « dès lors que la structure intègre parmi ses professionnel·le·s de santé un·e infirmier·ère en pratique avancée (IPA) libéral·e ou salarié·e ».

Points de vigilance :

Lorsqu'une IPA s'installe elle peut mettre du temps à se constituer une patientèle, un travail de coordination peut lui être proposé, cela peut sembler être pour les équipes une solution appropriée. De par leur formation, les IPA trouveront facilement leurs marques dans la coordination et rendront des services aux équipes tandis que l'IPA trouvera un complément de revenu bienvenu. Toutefois attention, il y a plusieurs effets pervers à cette pratique, rien ne vous empêche donc la mise en place mais il vous faudra éviter deux écueils que nous vous présentons ici :

- Il faudra qu'à terme l'IPA puisse augmenter son temps comme praticienne, c'est pour cela qu'elle a fait des études et c'est souvent pour cela qu'elle a choisi l'exercice coordonné. Il ne faut pas l'enfermer dans une situation de support à l'exercice coordonné des autres professionnel·le·s de santé.
- Il faut faire attention au cercle vicieux : l'IPA fait de la coordination, on ne l'identifie plus comme un·e professionnel·le de santé, progressivement l'effort collectif d'adressage se tarit et la pratique avancée devient de moins en moins intéressante à la fois pour la MSP en terme organisationnel et pour l'IPA en terme financier.

Problématique de subordination de l'impérieuse nécessité de respecter les textes. La coordination de l'IPA concerne le suivi des patients complexes et non pas la coordination de l'équipe de la MSP. ●

6

CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

Les infirmier·ère·s en pratique avancée (IPA) incarnent une réponse novatrice aux défis contemporains du système de santé français. Leurs compétences, ancrées dans une expertise clinique renforcée et une coordination pluriprofessionnelle, s'inscrivent dans une dynamique essentielle pour améliorer l'accès aux soins et réduire les inégalités territoriales et sociales.

UN ACTEUR CLÉ DES SOINS PRIMAIRES ET DE PROXIMITÉ

Les IPA participent activement à la transformation des soins primaires, en particulier dans les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), où leur contribution est déterminante pour répondre aux besoins des patients complexes. Grâce à leur formation approfondie et leur capacité d'adaptation, ils offrent une prise en soin holistique centrée sur la prévention, le dépistage et le suivi des pathologies chroniques. Les retours d'expérience montrent que les personnes soignées apprécient la disponibilité, l'écoute attentive et la complémentarité des IPA avec les autres professionnel·le·s de santé.

UNE PROFESSION ENCADRÉE ET STRUCTURÉE

Le cadre législatif et réglementaire, bien que perfectible, offre une base solide pour l'exercice des IPA. Les récentes évolutions, notamment avec la loi Rist, favorisent l'accès direct des patients à leurs compétences, renforçant ainsi leur autonomie tout en assurant une collaboration étroite avec les médecins. Cette approche contribue non seulement à alléger la charge des médecins généralistes et donc libérer du temps médical, mais aussi à garantir une continuité et une qualité des soins exemplaires. La pratique avancée infirmière représente une évolution clinique pour la profession socle, participe à son attractivité et amène une évolution vers la notion d'équipe coordonnée.

UN LEVIER POUR L'INNOVATION ET LA RECHERCHE

Les IPA jouent un rôle moteur dans le développement de nouvelles pratiques cliniques et dans l'amélioration des parcours de soins. Leurs contributions dans les projets de santé, la recherche interventionnelle et la formation des équipes témoignent de leur impact positif par rapport à l'évolution de la profession infirmière et au système de santé dans son ensemble. Par ailleurs, leur capacité à collaborer

avec des dispositifs d'appui à la coordination ou des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) illustre leur polyvalence et leur engagement envers une prise en soin populationnelle efficace.

DES PERSPECTIVES PROMETTEUSES

Pour pleinement intégrer les IPA au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles et d'autres structures de soins coordonnés, il est impératif de poursuivre les efforts d'acculturation et de sensibilisation des équipes soignantes et des patients. De plus, l'amélioration des modèles économiques et la valorisation des actes des IPA constituent des axes prioritaires pour pérenniser leur exercice et encourager davantage de professionnel·le·s à s'engager dans cette voie.

En conclusion, les IPA se positionnent comme des professionnel·le·s de santé essentiels pour répondre aux défis actuels du système de santé. Leur complémentarité avec les autres professions médicales, leur expertise et leur rôle dans la coordination des soins font d'eux des piliers incontournables pour construire un système de santé équitable, accessible et de qualité. En soutenant leur développement, nous contribuons non seulement à améliorer les conditions de travail des professionnel·le·s de santé mais aussi à renforcer la confiance et la satisfaction des personnes soignées. ●

UNIPA et AVEC Santé

Un mot de l'UNIPA

Nous souhaitons adresser nos plus sincères remerciements à AVEC Santé pour son engagement, sa disponibilité et la qualité du partenariat qui ont permis de nourrir cette réflexion et d'avancer ensemble de manière harmonieuse et constructive. Cette collaboration témoigne de l'importance du travail en réseau et de l'union des forces pour relever les défis collectifs du système de santé.

Un mot d'AVEC Santé

Un grand merci à l'UNIPA pour sa collaboration sur ce guide mais surtout pour le travail quotidien concernant la reconnaissance de la profession IPA. Un travail collaboratif pour des maisons de santé pluriprofessionnelles adaptées à chaque profession et avec un environnement adapté et adaptable à l'intégration de chacun.



Remerciements

Un très grand merci au groupe de travail qui a travaillé à la bonne réalisation de ce guide, Carine Renaux, Martin Mérindol, Laurent Salsac, Emmanuel Hardy, Leïla Saffray.

Merci aux professionnel·le·s de santé ayant pris du temps pour répondre à nos questions, Méline Pagnier, Julietaj Chang, Sandrine Mahe et Vincent Lesouëf.

Merci à France Assos Santé pour son regard concernant les usagers.

Merci à la FémasIF, Fédération des Maisons de Santé en Île-de-France pour le partage du travail, et aux IPA qui ont rédigé le guide régional de 2023 : Saïqa Ghulam, Dalila Hemaidi, Laëtitia Kouamé, Laëtitia Pischetta et Rafael Precioso

1.

L'organisation du système français a longtemps reposé sur **3 éléments fondateurs**, qui sont apparus successivement pour se compléter : **la charte de la médecine libérale de 1927**, la **création de l'Assurance Maladie** (avec la protection contre le risque maladie) **en 1946** et la **réforme Debré en 1958**, qui a installé une hiérarchie médicale (entre spécialités techniques et biologiques hospitalières, et les spécialités cliniques au service de la population).
Bourgueil Y. Systèmes de soins primaires : contenus et enjeux. Rev Française Aff Soc. 22 oct 2010;(3):11-20.

Le rôle du médecin généraliste est reconnu et renforcé, à la suite d'une succession de réformes qui a permis de transformer le rôle du médecin généraliste, en médecin référent en 1998, puis en médecin traitant en 2004, mais qu'en est-il des autres professionnel-le-s ? ●

2.

En 2007, le **code de santé publique** définit les MSP et les Pôles de santé, qui commencent à donner un cadre juridique au travail en équipe en dehors d'une structure hospitalière. ●

(https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000017833749/2007-12-22)

3.

La **définition des soins primaires** n'est apparue pour la première fois en France dans la **loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire (HPST)**, qu'en 2009 (35), sous le titre « *Accès de tous à des soins de qualité* » : « L'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. Ils sont organisés par l'agence régionale de santé au niveau territorial défini à l'article L. 1434-16 et conformément au schéma régional d'organisation des soins prévu à l'article L. 1434-7.

Ces soins comprennent :

- La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;
- La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;
- L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- L'éducation pour la santé.

Les professionnel-le-s de santé, dont les médecins traitants cités à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, ainsi que les centres de santé concourent à l'offre de soins de premier recours en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux. ». ●

4.

La circulaire n° DGOS/PF4/2016/382 du 9 décembre 2016 définit les soins primaires ainsi : « les soins primaires englobent les notions de premier recours, d'accessibilité, de coordination, de continuité et de permanence des soins. Les soins primaires constituent la porte d'entrée dans le système qui fournit des soins de proximité, intégrés, continus, accessibles à toute la population, et qui coordonne et intègre des services nécessaires à d'autres niveaux de soins. S'ils sont le premier contact des patients avec le système de soins, les soins primaires sont également structurant pour la suite du parcours du patient au sein du système de santé ». ●

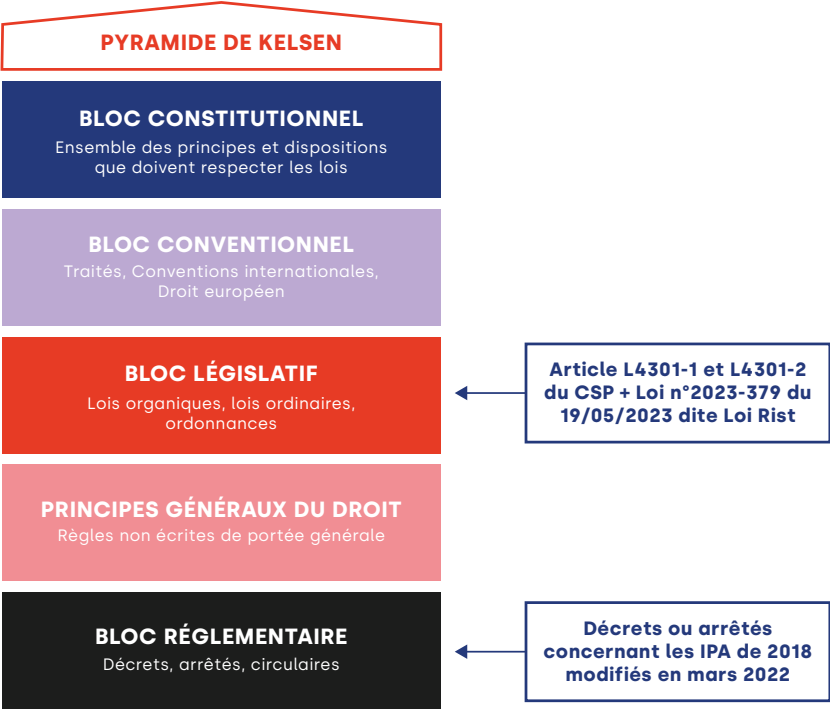
5.

En 2016, la **Loi de modernisation du système de santé** (39) introduit la définition des équipes de soins primaires sous le titre « **Faciliter au quotidien les parcours de santé - Promouvoir les soins primaires et favoriser la structuration des parcours de santé** »

« Une équipe de soins primaires est un ensemble de professionnel-le-s de santé constitué autour de médecins généralistes de premier recours, choisissant d'assurer leurs activités de soins de premier recours définis

à l'article L. 1411-11 sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent. Elle peut prendre la forme d'un centre de santé ou d'une maison de santé. L'équipe de soins primaires contribue à la structuration des parcours de santé. Son projet de santé a pour objet, par une meilleure coordination des acteurs, la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population, ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. » ●

6.



7.

Le parcours d'une loi



- Delamaire, M. et G. Lafortune (2010), « **Les pratiques infirmières avancées : Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés** », Documents de travail de l'OCDE sur la santé, n° 54, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/5km4hv77vw47-fr>.
- Laurant M, van der Biezen M, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, van Vught AJ. **Nurses as substitutes for doctors in primary care**. Cochrane Database Syst Rev. 2018 Jul 16;7(7):CD001271. doi: 10.1002/14651858.CD001271.pub3. PMID: 30011347; PMCID: PMC6367893.
- POISSON Michel, « **L'École internationale d'enseignement infirmier supérieur (1965-1995). Un lieu de production, de diffusion et de développement des savoirs des soins infirmiers en France dans la seconde moitié du XXème siècle** », Recherche en soins infirmiers, 2019 / 4 (N° 139), p.49-63. DOI : <https://doi.org/10.3917/rsi.139.0049>
URL : <https://stm.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2019-4-page-49?lang=fr>

AVECsanté

AVECsanté, acteur des soins primaires en France, est un mouvement associatif présent sur tout le territoire grâce à ses 14 fédérations régionales qui répondent, de façon agile, aux besoins croissants de santé de la population et à ceux des professionnel-le-s de santé.

Depuis 2008, AVECsanté se donne l'objectif de développer l'exercice coordonné en équipe pluriprofessionnelle à travers les MSP (Maisons de Santé Pluriprofessionnelles).

Pour AVECsanté, les MSP grâce à l'exercice en équipe de professionnel-le-s de santé qui la composent (médicaux, paramédicaux, fonctions de coordination et administratives) sont une des clefs de la restructuration nécessaire des soins primaires en France et d'un meilleur accès aux soins tant en territoires ruraux que urbains.

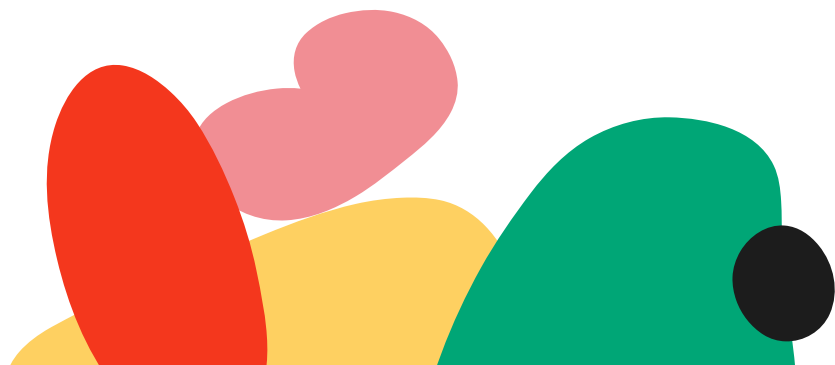
Au 30 juin 2024, 2640 MSP sont implantées en France, dont plus de 78 % ont signé l'ACI !

AVECsanté, l'association représentative des MSP, à travers ses fédérations régionales, représente environ 40 000 professionnel-le-s de santé libéraux.

Parmi l'ensemble des professionnel-le-s exerçant en MSP, on retrouve en 2023 :

- 27 % de médecins généralistes ;
- 31 % d'infirmier-ère-s ;
- Ou encore plus de 13 % de masseurs-kinésithérapeutes.

Plus d'informations : www.avecsante.fr



UNIPA

Un collectif de 22 IEPA s'est réuni en Assemblée générale constitutive le 05/02/2019 pour créer l'UNIPA (Union Nationale des Infirmier·ère·s en Pratique Avancée), afin de répondre à plusieurs enjeux à travers plusieurs objectifs :

- Être l'organe représentatif pour les futures négociations liées aux conditions d'exercices de la profession au regard du décret.
- Défendre les intérêts de la profession infirmière et la reconnaissance de la PA en favorisant l'implantation des nouveaux professionnel·le·s et le déploiement de l'ensemble des missions attachées à la PA.
- Valoriser la prise en soin des professionnel·le·s en pratique avancée centré sur le patient et ses aidants afin d'optimiser une prise en charge globale et holistique en secteur intra et extra hospitalier.
- Être force de proposition et accompagner les transformations organisationnelles pour l'implantation de la PA infirmière.
- Maintenir avec efficience l'exercice en pratique avancée en conservant l'éthique professionnelle. Participer à la publication de données probantes à travers la restitution de travail de recherche.
- Favoriser l'inter professionnalité avec les différentes représentations de la profession infirmière et des autres professionnel·le·s paramédicaux, médicaux et sociaux afin d'optimiser l'implantation dans les équipes de soins.

Plus d'informations : www.unipa.fr



L'objectif de ce guide, co-écrit par l'UNIPA et AVECsanté, est de faciliter l'intégration d'infirmier·ère·s en pratique avancée (IPA) en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP).

Vous retrouverez en détail les étapes pour que, en tant qu'IPA, vous puissiez travailler en exercice coordonné et particulièrement en MSP ainsi que les étapes pour une équipe, déjà constituée, qui souhaite intégrer une IPA dans sa MSP.

ÉDITION N°1 — DÉCEMBRE 2024