

Concertation sur la pratique avancée infirmière

Rapport

Jean DEBEAUPUIS

**Membre de l'inspection générale des affaires
sociales**



N°2022-010R

Patrice BLEMONT

**Membre de l'inspection générale de
l'éducation, du sport, et de la recherche**



N°2022-107

Août 2022

SYNTHÈSE

[1] L'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'inspection générale de l'éducation, du sport, et de la recherche (IGÉSR) ont été chargées d'une mission de concertation complémentaire au rapport IGAS rendu public début janvier 2022 sur les « *trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé* ». En tenant compte des orientations que le Ministre chargé de la santé a données lors de réunions avec les acteurs courant janvier 2022, cette mission de concertation vise à poursuivre, « *en lien étroit avec la direction générale de l'offre de soins (DGOS)* » et la direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle (DGESIP), l'examen de l'accès direct des patients aux infirmiers en pratique avancée (IPA), les questions relatives à la formation et les modalités de reconnaissance en pratique avancée de tout ou partie des infirmiers spécialisés.

[2] En accord avec les cabinets commanditaires et la DGOS, le calendrier des réunions de concertation a été fixé jusqu'à la mi-mai, ce rapport restituant les éléments nécessaires pour « *clarifier, préciser et expertiser* », comme souhaité par le Ministre chargé de la santé, les enjeux complexes de cette concertation et d'une refondation du cadre juridique de la pratique avancée, tel qu'il a été posé depuis 2016.

[3] Les trois spécialités infirmières ont été créées en France quasi simultanément au diplôme d'État infirmier à la sortie de la deuxième guerre mondiale : les missions des puéricultrices (PDE), infirmiers anesthésistes (IADE) et infirmiers de bloc opératoire (IBODE) sont définies par le code de la santé publique (aux articles R4311-11 à 13), et la partie législative du même code y fait référence ; elles correspondent à trois diplômes d'État relevant à ce jour du ministère de la santé, formations postérieures au métier socle d'infirmier. Ces diplômes sont préparés dans des écoles professionnelles séparées de l'université et placées dans le champ de la loi de régionalisation de 2004, bien que leur financement relève pour l'essentiel de la formation professionnelle continue. Les instituts de formation d'infirmier anesthésiste ont été universitarisés en 2012, selon le modèle de convention tripartite adopté à partir de 2009 pour les instituts préparant au diplôme d'État infirmier.

[4] Dans ce contexte, l'attente principale dans la concertation visait à imaginer une refonte du cadre juridique de la pratique avancée infirmière, susceptible d'une part de faciliter l'accès direct des patients aux IPA et de consolider le développement rapide et tout récent de leur formation universitaire ; d'autre part de reconnaître en pratique avancée l'exercice des IADE dans un premier temps, et potentiellement des autres spécialités infirmières. Le scénario retenu est celui du maintien des trois diplômes d'État des spécialités, et des instituts de formation dans leurs caractéristiques principales, tout en prévoyant les nécessaires évolutions de durée et de contenu des formations, en particulier celles portées au grade de master.

[5] S'agissant de la méthode de concertation, quatre groupes de travail, un par profession, ont été réunis trois ou quatre fois entre fin février et mi-mai. Ce retour de concertation restitue les points principaux des discussions conduites dans le cadre des groupes de travail, l'état final des projets de textes discutés, concernant la reconnaissance en pratique avancée des IADE et l'accès direct des patients aux IPA. Le présent rapport, destiné en première intention aux ministres commanditaires et aux directions compétentes, est complété de différentes expertises et recommandations de la mission, qui lui sont apparues éclairantes et cohérentes avec les échanges avec les acteurs. Il pourrait être adressé aux acteurs concertés, comme restitution des groupes de travail et échanges complémentaires, en vue de contribuer à la finalisation ultérieure de ces travaux.

[6] La concertation a fait apparaître de nouvelles zones d'accord entre professionnels et acteurs de la formation pour repenser le cadre de la pratique avancée et reconnaître certaines spécialités infirmières dans la pratique avancée, en renforçant l'attractivité des formations infirmières de niveau master. Sont annexés au présent rapport les projets d'amendement législatif et de décrets relatifs à la formation et à l'exercice en pratique avancée qui traduisent l'état de la concertation à fin mai. Il reste inabouti en l'attente de la reprise des discussions entre professionnels et avec les pouvoirs publics.

[7] La mission recommande de poursuivre, sur la base de cette concertation, les expertises juridiques et les discussions avec les professionnels permettant d'aboutir en temps utile à un projet de loi modifiant le cadre légal posé en 2016 à l'article L4301-1 du code de la santé publique, afin d'inclure d'une part toutes les situations d'exercice des puéricultrices, et de redéfinir d'autre part pour les infirmiers spécialisés et les IPA certaines conditions de formation et de diplôme. Elle préconise de conserver une approche globale des trois spécialités infirmières et de chacune d'entre elles, souhaitée par l'ensemble des professionnels concernés, dans la perspective d'une reconnaissance en pratique avancée, quels que soient les calendriers et ajustements des référentiels actuels. Elle a constaté un large accord pour finaliser, dans le nouveau cadre légal de la pratique avancée, le projet de décret figurant en annexe 3 définissant un nouveau cadre des formations de pratique avancée infirmière comprenant, outre le diplôme d'État d'IPA et ses différentes mentions, tout ou partie des diplômes d'État de spécialité infirmière, en priorité celui des infirmiers anesthésistes.

[8] Concernant les IADE, elle recommande d'organiser les travaux de refonte du référentiel les concernant (arrêté de 2012) en vue d'une prise d'effet à la rentrée 2023, en précisant sans délai aux professionnels IADE et médecins anesthésistes réanimateurs (MAR) le calendrier des travaux à l'automne 2022, les contenus et formes attendus, notamment dans le cadre de l'approche par blocs de compétences (loi n°2018-771 du 5 septembre 2018 sur la liberté de choisir son avenir professionnel). Ces travaux permettront de finaliser, dans le nouveau cadre légal, le projet de décret relatif à l'exercice en pratique avancée infirmière figurant en annexe 3 et définissant, à côté du cadre d'exercice des IPA, le cadre d'exercice spécifique des infirmiers anesthésistes en pratique avancée.

[9] Concernant les IBODE, la réingénierie de la formation publiée le 27 avril 2022 prendra effet à la rentrée de septembre 2022, avec, pour la première fois s'agissant d'un diplôme d'État de formation paramédicale relevant du ministère de la santé, une nouvelle diplomation universitaire accréditée à compter de 2024.

[10] Concernant les puéricultrices, le calendrier des travaux de réingénierie de la formation de puéricultrice, portée à deux ans et au grade de master, doit être confirmé à l'automne 2022, dans la perspective d'une reconnaissance en pratique avancée de l'ensemble de leurs situations d'exercice et de responsabilité dans le nouveau cadre juridique. Cette perspective devrait intégrer le développement d'un exercice ambulatoire et libéral et une nouvelle doctrine concernant la continuité directe avec les études d'infirmière, ce mode d'entrée étant à ce jour très majoritaire. Par ailleurs, la validation des acquis de l'expérience (VAE) devrait pallier le risque d'une année blanche de diplomation en 2024 pour cette filière de formation.

[11] Concernant la pratique avancée, la mission recommande la reprise des discussions entre professionnels IPA et médecins sur l'accès direct des patients aux IPA et les modalités concrètes d'adressage du patient pour le simplifier, et de finaliser, sur la base de cette concertation, le projet de décret en annexe 4 relatif à l'accès direct aux IPA pour les activités « d'orientation, éducation, prévention, dépistage ». Des points complémentaires ont été expertisés pour étudier la définition d'un champ conventionnel spécifique aux IPA, permettre la facturation des activités des IPA salariées de certains établissements, d'intégrer les IPA dans la composition du Haut conseil des professions

paramédicales, et de transposer la grille hospitalière des IPA dans les deux versants de la fonction publique où elle manque à ce jour.

[12] S'agissant de la formation des IPA, la mission recommande de clarifier la notion de formation initiale dont le contenu diffère entre le code de la santé publique et celui de l'éducation, en remplaçant l'actuelle condition de trois ans d'exercice à l'installation comme IPA par une condition équivalente d'entrée en formation. L'accès en formation initiale serait ainsi réservé aux situations de reprise d'études sans financement, ce qui pourrait conduire à étudier l'extension aux formations infirmières de niveau master du statut d'étudiant hospitalier, hors maintien du salaire par l'employeur, des indemnités de stage et de formation, et des indemnités versées aux maîtres de stage universitaires.

[13] Il est également préconisé de mettre en place des comités de suivi pour accompagner l'évolution des formations IPA et des spécialités infirmières, sans attendre les premières évaluations du haut conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (HCERES) en 2023 (IPA) et 2025 (spécialités).

[14] La mission souligne la nécessité de poursuivre avec les professionnels, les employeurs, dont l'association Asalée, et la CNAM la réflexion sur le modèle économique des IPA, libéral et salarié, et la pertinence d'éventuels modèles mixtes IPA/IDE et IPA libérales/salariées.

[15] La réalisation par l'IRDES d'évaluations indépendantes des exercices et coopérations autour des IPA, comparables à celles régulièrement publiées sur le dispositif Asalée, apparaît indispensable.

[16] Enfin la mission propose d'harmoniser les conditions d'enregistrement à l'ordre infirmier des infirmiers de niveau master et de moderniser la transmission par les autorités de diplomation des informations certifiées auprès de l'ordre infirmier.

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
Thème 1 les conditions d'une reconnaissance en pratique avancée des IADE				
1.	Poursuivre, sur la base de cette concertation, les expertises juridiques et les discussions avec les professionnels permettant d'aboutir en temps utile à un projet de loi modifiant l'article L4301-1 du code de la santé publique.		MSP-MESR DGOS-DGESIP	Décembre 2022
3.	Conserver, sur la base de cette concertation, une approche globale de chacune des trois spécialités infirmières, souhaitée par l'ensemble des professionnels concernés, dans la perspective d'une reconnaissance en pratique avancée, quels que soient les calendriers et ajustements des référentiels actuels.		MSP-MESR DGOS-DGESIP	Décembre 2022
4.	Finaliser, sur la base de cette concertation, et dans le nouveau cadre légal de la pratique avancée, le projet de décret figurant en annexe 3 définissant un nouveau cadre des formations de pratique avancée infirmière comprenant, outre le DE IPA et ses différentes mentions, tout ou partie des diplômes d'État de spécialité infirmière, en priorité celui des infirmiers anesthésistes.		MESR-MSP DGESIP-DGOS	Décembre 2022
5.	Organiser (DGOS et DGESIP) les travaux de refonte de l'arrêté de 2012 modifié en 2017 en vue de leur prise d'effet à la rentrée 2023, en précisant sans délai aux professionnels IADE et MAR le calendrier des travaux (entre septembre et décembre 2022), les contenus et formes attendus, notamment dans le cadre de la loi 2018-771 du 5 septembre 2018 sur la liberté de choisir son avenir professionnel (approche par bloc de compétences).		MSP-MESR DGOS-DGESIP	Décembre 2022
6.	Finaliser, dans le nouveau cadre légal et sur la base de ces travaux et de cette concertation, le projet de décret relatif à l'exercice en pratique avancée infirmière figurant en annexe 3 définissant, à côté du cadre d'exercice des IPA, le cadre d'exercice spécifique des infirmiers anesthésistes en pratique avancée.		MSP-MESR DGOS-DGESIP	Décembre 2022
Thème 2 les autres spécialités infirmières				
2.	Etendre, sur la base de cette concertation, le cadre légal de la pratique avancée infirmière aux secteurs d'exercice des puéricultrices non couverts par l'article L4301-1 actuel (services départementaux de protection maternelle et		MSP-MESR DGOS-DGS- DGCS-DGESIP	Décembre 2022

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
	infantile et d'aide sociale à l'enfance et établissements d'accueil du jeune enfant).			
7.	Accompagner les acteurs dans la mise en œuvre dès la rentrée de septembre 2022 de l'universitarisation et de la réingénierie de la formation IBODE publiée le 27 avril 2022, indépendante d'une reconnaissance ultérieure éventuelle en pratique avancée des IBODE, avec, pour la première fois s'agissant d'un diplôme d'État de formation paramédicale relevant du ministère de la santé, une nouvelle diplomation universitaire accréditée à compter de 2024.		MSP-MESR DGOS-DGESIP	Septembre 2022-Eté 2024
8.	Confirmer, sur la base de cette concertation, le calendrier des travaux de réingénierie de la formation de puéricultrice, portée à deux ans et au grade de master, dans la perspective d'une reconnaissance en pratique avancée de l'ensemble de leurs situations d'exercice et de responsabilité dans le nouveau cadre légal et réglementaire de la pratique avancée.		MSP-MESR DGOS-DGESIP	Septembre-Décembre 2022
9.	Activer, sur la base de cette concertation, les réflexions sur la reconnaissance de l'exercice ambulatoire et libéral des puéricultrices, qui s'intégrerait dans leur reconnaissance en pratique avancée et suppose un modèle économique spécifique à définir, en cohérence avec la convention nationale infirmière et ses évolutions (avenant n°9 en discussion et avenants ultérieurs).		MSP-CNAM DGOS-DSS	Septembre 2022-Décembre 2023
10.	Activer, sur la base de cette concertation, et des travaux de réingénierie du DE de puéricultrice, tous les leviers universitaires, VAE et apprentissage, permettant d'éviter une année blanche de recrutement en 2024 en tirant partie du double profil des puéricultrices en formation, 60 % en continuité d'études du diplôme d'études et 40 % en reprise d'études.		MSP-MESR DGOS-DGESIP	Septembre 2022-Décembre 2022
Thème 3 les infirmières en pratique avancée et le DE IPA				
11.	Veiller à la reprise des discussions entre professionnels IPA et médecins sur l'accès direct des patients aux IPA et les modalités concrètes d'adressage du patient susceptibles de simplifier, compléter ou remplacer à terme l'actuel protocole d'organisation entre médecins et IPA, salariées et libérales, défini par l'article R4301-3, et finaliser sur la base de cette concertation, le projet de décret en annexe 4 relatif à l'accès direct des patients aux IPA pour les activités « d'orientation, éducation, prévention, dépistage ».		MSP-CNAM DGOS-DSS	Septembre 2022-Décembre 2022
12.	Etudier en lien avec les fédérations et professionnels IPA concernés l'ampleur des activités des établissements ex-OQN		MSP	Décembre 2023

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
	concernés par l'impossibilité de facturation au titre de leurs paramédicaux salariés, notamment IPA en dialyse, et envisager une modification éventuelle de l'article L162-26-1, limitée ou non aux IPA.		DGOS-DSS-CNAM	
13.	Prévoir un représentant des IPA au HCPP, en complétant le décret simple précisant sa composition (D4381-3 4°).		MSP DGOS	Décembre 2022
14.	Développer la réflexion sur la pratique avancée dans les services relevant de l'Etat ou des collectivités territoriales et prévoir dans la FPT en priorité compte tenu des effectifs concernés, et le cas échéant dans la FPE des grilles et rémunérations alignées sur les grilles existantes de niveau master (puéricultrices territoriales et AMPA FPH).		MSP-MTFP DGOS-DGAFP	Décembre 2023
15.	Clarifier la définition et la sémantique de la formation initiale entre le code de la santé publique et le code de l'éducation, envisager de supprimer l'accès au DE IPA en continuité des études infirmières, si une position cohérente est trouvée pour les puéricultrices, et maintenir dans les quatre filières un accès en formation initiale au sens du code de l'éducation pour les reprises d'études non financées par les employeurs ou les fonds de formation professionnelle continue (FPC) ; enfin compléter les enquêtes DREES et DGESIP pour différencier ces trois situations dans les quatre filières de formation.		MESR-MSP DGESIP-DGOS	Décembre 2022
16.	Etudier l'extension aux formations paramédicales de niveau master du statut d'étudiant hospitalier, de la rémunération des maîtres de stage universitaire ou des indemnités de formation et de stage paramédical.		MSP-MESR DGOS-DGESIP	Décembre 2023
17.	Mettre en place sans délai et sans attendre les futures évaluations HCERES un comité de suivi du DE IPA et un comité de suivi des DE de spécialités infirmières dans le nouveau contexte de leur accréditation.		MESR-MSP DGESIP-DGOS	Octobre 2022
18.	Clarifier en lien avec la CNAM, les professionnels et les employeurs, dont l'association Asalée, les possibilités et pertinences de statuts mixtes IPAL/IDEL, IPAL/IPA et le développement d'exercices IPA salariées de médecins ou d'association.		MSP DGOS-DSS-CNAM	Décembre 2023
19.	Demander à la CNAM et la DREES de mandater sans délai l'IRDES dans son programme de travail pour évaluer dans la durée les évolutions de pratiques et d'organisations comparées autour des IPA salariées et libérales.		MSP DREES-CNAM	Décembre 2022

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
20.	Harmoniser entre spécialités et IPA l'obligation d'enregistrement à l'ordre avec le nouveau diplôme obtenu, lui-même transmis dès son obtention à l'ordre par le certificateur délivrant le diplôme, et identifié au savoir-faire du répertoire.		MSP DGOS-ANS- CNOI	Décembre 2022

SOMMAIRE

SYNTHESE	3
RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	7
RAPPORT	13
1 LE CONTEXTE DE LA MISSION DE CONCERTATION ET SA METHODE DE TRAVAIL	14
1.1 LA CONTINUITE AVEC LE RAPPORT TRAJECTOIRES : FAVORISER L'EMERGENCE DE LA PRATIQUE AVANCEE INFIRMIERE EN CLARIFIANT L'EXERCICE DES IPA ET PREPARER LA RECONNAISSANCE DES SPECIALITES INFIRMIERES EN PRATIQUE AVANCEE, EN PRIORITE LES INFIRMIERS ANESTHESISTES	14
1.1.1 <i>Reconnaître en pratique avancée tout ou partie des trois spécialités infirmières, en priorité les infirmiers anesthésistes, impose de repenser le cadre juridique construit depuis 2016 en maintenant les fortes spécificités de ces métiers, différents par leur histoire et leur maturité</i>	14
1.1.2 <i>Malgré leurs différences, les trois spécialités infirmières et les IPA ont vocation à constituer le niveau master de la formation et des sciences infirmières avec un ancrage universitaire renforcé</i>	16
1.2 LES PREMIERES REACTIONS AU RAPPORT TRAJECTOIRES ET LES ORIENTATIONS DU MINISTRE : RECONNAISSANCE FUTURE DES INFIRMIERS ANESTHESISTES EN PRATIQUE AVANCEE MAIS L'ENTREE PAR L'EXERCICE ET L'AUTONOMIE INQUIETE LES MEDECINS ALORS QUE LA FORMATION N'A PAS ETE ABORDEE.....	20
1.3 LE CADRE DE L'EXERCICE EN PRATIQUE AVANCEE RESTE A CONSOLIDER ET PEUT EVOLUER.....	22
1.4 LES ENJEUX RELATIFS A L'EXERCICE SONT COUVERTS PAR LES NOMBREUSES RECOMMANDATIONS DU RAPPORT TRAJECTOIRES QUI ONT NOURRI LA CONCERTATION AVEC LES ACTEURS IPA ET INFIRMIERS SPECIALISES	23
1.5 LA METHODE DE CONCERTATION RETENUE	24
2 LA CONCERTATION A FAIT APPARAITRE DE NOUVELLES ZONES D'ACCORD ENTRE PROFESSIONNELS ET ACTEURS DE LA FORMATION POUR REPENSER LA CADRE DE LA PRATIQUE AVANCEE ET INTEGRER CERTAINES SPECIALITES INFIRMIERES EN RENFORÇANT L'ATTRACTIVITE DES FORMATIONS INFIRMIERES DE NIVEAU MASTER	26
2.1 LES NOUVELLES ZONES D'ACCORD ENTRE INFIRMIERS ET MEDECINS ET AVEC LES ACTEURS DE LA FORMATION	26
2.1.1 <i>Une forte attente de reconnaissance des IADE mais une faible anticipation des acteurs de la formation et des professionnels sur un éventuel partage de compétences en soins péri-opératoires et prise en charge de la douleur</i>	26
2.1.2 <i>La mobilisation des acteurs sur la réingénierie du diplôme IBODE à la rentrée 2022 et la gestion des mesures transitoires sur les actes exclusifs bloquent toute réflexion immédiate sur la pratique avancée des IBODE avec les chirurgiens.....</i>	35
2.1.3 <i>La perspective de la réingénierie du diplôme d'infirmier ou infirmière puéricultrice en vue de la rentrée 2023 s'inscrit dans un contexte plus favorable avec les médecins concernés et devrait conduire à reconnaître en pratique avancée l'ensemble des secteurs d'exercice y compris en ambulatoire</i>	36
2.1.4 <i>En cohérence avec la discussion conventionnelle propre aux IPA qui doit dégager un modèle économique viable, un accès direct des patients aux IPA est envisageable pour les activités d'orientation, éducation, prévention et dépistage et les modalités pédagogiques du DE IPA doivent être évaluées, densifiées et corrigées</i>	39
2.2 LES POINTS DE DESACCORD ET DE GRANDE SENSIBILITE DOIVENT CONTINUER D'ETRE TRAITES.....	49
2.2.1 <i>Une ouverture limitée et de principe avec les médecins anesthésistes réanimateurs</i>	49
2.2.2 <i>Les modalités d'universitarisation en général et pour les deux spécialités réingénierées IBODE et PDE doivent être consolidées avec les régions, universités, CHU et instituts de formation</i>	50
2.2.3 <i>Le modèle économique des IPA reste introuvable tant en libéral qu'en établissement et de nombreuses difficultés doivent être traitées pour faire une place cohérente aux IPA formées et continuer d'attirer des candidats motivés dans le DE IPA rénové</i>	52
2.2.4 <i>Clarifier les obligations d'enregistrement des infirmiers spécialisés et de transmission de leurs diplômes à l'ordre et les harmoniser avec celles des infirmiers et des IPA.....</i>	56

LETTRE DE MISSION	63
LISTE DES ANNEXES	67
ANNEXE 1 : CALENDRIER ET COMPOSITION DES GROUPES DE TRAVAIL	69
ANNEXE 2 : TABLEAU DES 38 RECOMMANDATIONS DU RAPPORT TRAJECTOIRES	73
ANNEXE 3 : VERSION ISSUE DE LA CONCERTATION DU PROJET D'AMENDEMENT ET DES PROJETS DE DECRET FORMATION ET EXERCICE EN PRATIQUE AVANCEE, MODIFIEE SUITE AU GROUPE DE TRAVAIL IADE DU 12/5/2022	81
ANNEXE 4 : PROJET DE DECRET EXERCICE INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCEE	91
ANNEXE 5 : COURRIER DU 7 AVRIL 2022 DES MINISTRES DE LA SANTE ET DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR97	
ANNEXE 6 : ELEMENTS DE COMPARAISONS INTERNATIONALES	101
ANNEXE 7 : COURRIER CODISCIA-CEEIADE DU 13 JUIN	103
ANNEXE 8 : ELEMENTS SUR LE FINANCEMENT DES INSTITUTS DE FORMATION DES TROIS SPECIALITES INFIRMIERES	107
ANNEXE 9 : COURRIER CNOM.....	111
ANNEXE 10 : ACTIVITES ET EFFECTIFS IPA	113
ANNEXE 11 : COURRIER MINISTRE JANVIER 2022	117
ANNEXE 12 : CONTRIBUTION MG FRANCE.....	119
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	125
SIGLES UTILISES	129

RAPPORT

Introduction

[17] Par lettre de mission du 18 février 2022, le Ministre des solidarités et de la santé (MSS) et la Ministre de l'enseignement supérieur de la recherche et de l'innovation (MESRI), ont demandé une mission complémentaire à l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et à l'inspection générale de l'éducation, du sport, et de la recherche (IGÉSR), dans la continuité du rapport IGAS rendu public début janvier 2022 sur les « *trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé* ». En tenant compte des orientations que le ministre de la santé a données lors de réunions avec les acteurs courant janvier 2022, cette mission de concertation vise à poursuivre « *en lien étroit avec la direction générale de l'offre de soins (DGOS)* » l'examen de l'accès direct des patients aux infirmiers en pratique avancée (IPA), en tenant compte de l'expérimentation relative à la primo-prescription, prévue par l'article 76 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2022, dans trois régions et pour trois ans.

[18] Par ailleurs, l'expertise ou la réflexion pour les infirmiers spécialisés, c'est-à-dire les infirmiers anesthésistes, de bloc opératoire ou puéricultrices, doit être menée en association avec la direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle (DGESIP) en articulant le positionnement des activités et compétences avec leur formation. « *Pour chacun de ces sujets, la mission mènera une concertation large permettant une meilleure appréhension et appropriation des enjeux, en lien avec une réflexion plus globale sur le métier socle infirmier.* »

[19] Une autre mission conjointe spécifique a été confiée aux deux mêmes inspections sur l'évolution de la profession infirmière, dite profession socle, en date du 17 mars 2022. Son rapport est attendu pour septembre. La mission a pu avoir un échange initial avec l'équipe ainsi constituée. En l'attente du rendu de ces travaux, la mission retient l'hypothèse de travail où la durée de la formation socle (3 ans avec grade de licence et 180 crédits européens ou ECTS) n'est pas appelée à varier en France ; ainsi le diplôme d'État infirmier reste compatible avec des spécialités infirmières ou une pratique avancée obtenues avec deux années supplémentaires de formation et 120 ECTS, portant ces niveaux de formation au grade de master. Cette hypothèse ne préjuge pas des comparaisons européennes qui peuvent être assez différentes, la formation de base variant entre 3 et 4 ans, avec 180 à 240 ECTS, et les spécialités étant variablement reconnues, sans dépasser cependant, comme en France, 2 ans et 120 ECTS ; elle ne préjuge pas non plus d'éventuels ajustements de la formation socle en volume horaire et en contenu, objet de cette autre mission conjointe.

[20] Enfin, les sujets de rémunération hospitalière, corps, grilles, régimes indemnitaires ont été anticipés dans le Ségur de la santé, l'ensemble des grilles indiciaires des professionnels formés au niveau master étant identique à compter du 1^{er} octobre 2021. Deux modifications indemnitaires ont pris effet au 1^{er} avril 2022, concernant IPA et IBODE, dont l'annonce a été faite par le ministre de la santé à la mi-janvier¹. Sur ces questions de rémunération, la concertation s'est limitée à rappeler ces informations aux professionnels.

¹ L'étagement des régimes indemnitaires de la FPH est donc le suivant depuis le 1^{er} avril 2022, dans des grilles indiciaires identiques depuis le 1^{er} octobre 2021, outre le socle indemnitaire commun à ces quatre filières, hors gardes et astreintes éventuelles : IADE prime spéciale de 180 € bruts mensuels et NBI de 15 points, soit 70 € bruts mensuels ; IPA prime spéciale

[21] Le Ministre a annoncé en janvier aux professionnels ce travail nécessaire pour « clarifier, préciser et expertiser ». En accord avec les cabinets commanditaires et la DGOS, le calendrier des réunions de concertation a été fixé jusqu'à la mi-mai. Le présent rapport restitue les éléments recueillis lors de cette mission de concertation, en lien étroit avec la DGOS et la DGEISIP.

1 Le contexte de la mission de concertation et sa méthode de travail

1.1 La continuité avec le rapport Trajectoires : favoriser l'émergence de la pratique avancée infirmière en clarifiant l'exercice des IPA et préparer la reconnaissance des spécialités infirmières en pratique avancée, en priorité les infirmiers anesthésistes

[22] Les constats et propositions du rapport IGAS rendu public en janvier documentent pour la première fois une évaluation de la pratique avancée infirmière, encore émergente, de ses nombreuses difficultés, économiques et organisationnelles, tant en exercice libéral qu'en exercice salarié, avec une montée en charge plus lente et complexe qu'attendu : les 38 recommandations du rapport, malgré la faiblesse des données déjà disponibles et l'absence d'autres évaluations indépendantes, proposent des solutions nouvelles pour traiter ces difficultés, répondre aux préoccupations des IPA et de leurs partenaires médecins, et soutenir le développement de la pratique avancée infirmière.

1.1.1 Reconnaître en pratique avancée tout ou partie des trois spécialités infirmières, en priorité les infirmiers anesthésistes, impose de repenser le cadre juridique construit depuis 2016 en maintenant les fortes spécificités de ces métiers, différents par leur histoire et leur maturité

[23] Certaines recommandations clés du rapport visent, également pour la première fois, à faire reconnaître dans le droit français par le législateur ou les pouvoirs publics que les infirmiers anesthésistes (IADE) sont en pratique avancée, au sens reconnu internationalement, tant dans les pays anglo-saxons que dans l'union européenne. Cependant, les comparaisons internationales, tant des professions et systèmes de santé, que des modalités de formation, demeurent complexes. Les deux autres spécialités infirmières (de bloc opératoire IBODE et puéricultrices PDE), compte tenu des différences actuelles de durée et de modalités de formation, et des réingénieries en cours, n'ont pas été traitées dans le rapport « Trajectoires », mais ont été incluses dans la présente mission de concertation. Ces formations (IBODE et PDE) ont, en effet, vocation à s'inscrire, comme la formation IADE, dans le schéma dit licence, master, doctorat ou LMD à un niveau universitaire supérieur à celui du métier socle infirmier, qui est reconnu dans le code de l'éducation depuis 2009 au grade de licence. Le diplôme d'État d'IA (IADE) est le seul, parmi les trois diplômes de spécialité, à être réingénié, universitarisé et reconnu au grade master depuis 2012.

identique sans NBI ; IBODE NBI 13 points soit 61 € bruts mensuels sans prime spéciale ; PDE ni NBI ni prime spéciale. Les IDE (en soins généraux) sont dans des grilles moins favorables, mais peuvent bénéficier outre le socle commun indemnitaire, d'une NBI de 13 points lorsqu'elles exercent en bloc opératoire ou depuis le 1^{er} janvier 2022 (décret n°2022-19 portant création d'une prime d'exercice en soins critiques pour les infirmiers en soins généraux et cadres de santé au sein de la FPH) d'une prime d'exercice en soins critiques (réanimation, soins intensifs, surveillance continue) lorsqu'ils exercent au moins à mi-temps dans ces unités. Les puéricultrices exerçant en réanimation néonatale et soins intensifs de néonatalogie sont des infirmiers spécialisés et non des infirmiers en soins généraux, placés dans les grilles indiciaires supérieures du corps des infirmiers généraux et spécialisés, mais ne sont pas listés comme bénéficiant de cette prime d'exercice en soins critiques,

[24] Le terme de réingénierie des formations renvoie à l'actualisation régulière des référentiels d'activités et de compétences, déterminant eux-mêmes le référentiel de formation. Le terme d'universitarisation renvoie au processus initié en 2009 pour le diplôme d'État infirmier, puis progressivement l'ensemble des formations sanitaires et sociales de niveau post-baccalauréat. L'inscription des formations dans le schéma licence-master-doctorat facilite la mobilité des étudiants et des professionnels au sein de l'Union européenne. Elle suppose une convention tripartite entre les partenaires : la région compétente pour l'autorisation, l'agrément, le financement en application de la loi de 2004, l'université à composante santé intervenant dans la formation, et l'institut de formation public ou privé. Cette convention intervient dans des conditions actuellement prévues par l'arrêté interministériel du 10 juin 2021.

[25] Jusqu'en avril 2022, ce modèle d'universitarisation a été appliqué sans changer la diplomation historique des diplômes d'État relevant du ministère de la santé, avec un jury de fin d'études et une délivrance du diplôme d'État sous l'autorité du préfet de région, par les directions régionales compétentes. Depuis leur création au 1er avril 2021, ce sont les directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS), se substituant notamment aux directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS).

[26] La DGOS et la DGEISIP ont conclu avec les professionnels, pendant la mission, les travaux de réingénierie IBODE, dont les textes ont été publiés au journal officiel du 29 avril 2022 sur la base de deux ans de formation et du grade master, avec effet à la rentrée 2022². Ces directions ont indiqué aux professionnels engager les travaux de réingénierie de la formation des infirmiers puériculteurs en septembre 2022, en vue de prendre effet à la rentrée 2023.

[27] Pour la première fois s'agissant d'un diplôme d'État de formation paramédicale, et en cohérence avec le courrier en date du 7 avril 2022 des deux ministres adressé aux acteurs des formations paramédicales (voir annexe 5), le décret relatif au DE IBO a changé la nature du diplôme : jusqu'ici diplôme d'État relevant du ministère de la santé, le DE IBO a été transformé en diplôme national de l'enseignement supérieur, en santé, en l'inscrivant sur la liste définie à l'article D613-7 du code de l'éducation.

[28] Cette transformation ne change ni le contenu ni l'intitulé du diplôme d'État, ici d'infirmier de bloc opératoire, ni la compétence conjointe des deux ministères santé et enseignement supérieur sur les référentiels activités, compétence et formation. Elle entraîne en revanche automatiquement deux conséquences, en application de l'article L613-1 du code de l'éducation, et communes à l'ensemble des formations en santé qui sont des diplômes nationaux de santé : d'une part la diplomation, soit la délivrance du diplôme d'État, relève désormais du président de l'université au nom de l'État et découle de l'accréditation de l'université pour ce diplôme ; et d'autre part l'évaluation périodique des formations d'enseignement supérieur en santé est effectivement assurée par le Haut conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (HCERES), qui donne son avis préalable à l'accréditation de l'offre de formation de chaque établissement public d'enseignement supérieur.

[29] Le Ségur de la santé a pour sa part déjà aligné dans la même grille les trois³ corps de spécialités et d'IPA dans la fonction publique hospitalière (FPH, et dans la territoriale pour les puéricultrices

² Décret n°2022-732 du 27 avril 2022 relatif aux modalités de délivrance du diplôme d'État d'infirmier de bloc opératoire et à l'attribution du grade de master et arrêté du 27 avril 2022 relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'infirmier de bloc opératoire.

³ Ces trois corps sont : celui des auxiliaires médicaux exerçant en pratique avancée (AMPA), décret n°2020-244, où il n'y a que des IPA ; celui des IA après réingénierie, décret n°2017-984 ; celui des infirmiers en soins généraux et spécialisés (ISGS), avec les grilles applicables avant réingénierie des diplômes aux seuls IBODE et PDE, décrets n°2010-1139 et 43 et arrêté du 29/9/2010. Les grilles Ségur résultent des décrets n°2020-1259 (AMPA), 1261 (IA) et 1262 (ISGS).

territoriales), et a donc anticipé toute incidence statutaire de la réingénierie des diplômés IBODE et PDE et de leur futur accès au grade de master. L'exercice infirmier en pratique avancée élargi aux spécialités relèverait soit d'un seul corps (le corps des auxiliaires médicaux en pratique avancée ou AMPA a été créé par le décret n°2020-244 du 12 mars 2020), soit de différents corps hospitaliers, si étaient maintenus un ou des corps spécialisés, notamment celui des infirmiers anesthésistes.

[30] Enfin, l'exercice libéral est possible d'une part pour les IPA, où 15 % de l'effectif actuel, soit une centaine d'IPA, exerce totalement ou partiellement sur ce mode, et pour la seule spécialité des puéricultrices, où 5 % de l'effectif, soit un millier de puéricultrices, exercent en ville, sans qu'une nomenclature particulière n'ait été créée. L'activité des puéricultrices libérales n'est pas identifiable par l'assurance maladie au sein de l'ensemble des infirmières libérales. Un modèle économique adapté doit être défini, soit par de nouvelles dispositions conventionnelles et une nomenclature propres aux puéricultrices, soit en application des dispositions déjà en vigueur pour les IPA ; l'avenant n°7 à la convention nationale infirmière a créé des forfaits dits PAI ou pratique avancée infirmière qui sont inscrits à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), donc facturables, depuis 2020.

[31] La loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé a posé le cadre légal de la pratique avancée, en créant l'article L4301-1 du code de la santé publique. Elle l'a ouvert potentiellement à l'ensemble des auxiliaires médicaux, mais cette ouverture n'est effective que pour les infirmiers. Trois premiers décrets ont défini les mentions créées et le cadre des formations offertes en deux ans à l'université (DE IPA). Le décret initial 2018-629 du 18 juillet 2018 a ouvert les trois mentions suivantes : pathologies chroniques stabilisées, oncologie-hématologie et maladie rénale chronique ; la mention psychiatrie santé mentale a été créée en 2019 et la mention urgences en 2021, avec de tous premiers diplômés qui sortiront à l'été 2022 et surtout l'été 2023⁴.

[32] L'offre de formation universitaire, DE IPA avec mention, fait l'objet d'une accréditation de chaque université par le MESRI, comme pour tout diplôme national de l'enseignement supérieur (ici de santé), en application de l'article L613-1 du code de l'éducation et de l'arrêté du 22 janvier 2014 fixant les modalités d'accréditation des établissements d'enseignement supérieur⁵. Les diplômes nationaux de santé font l'objet de référentiels conjoints entre les deux ministères et d'accréditations conjointes, après avis du Haut conseil des professions paramédicales (HCPP) et du Conseil national de l'enseignement supérieur et de la recherche (CNESER).

1.1.2 Malgré leurs différences, les trois spécialités infirmières et les IPA ont vocation à constituer le niveau master de la formation et des sciences infirmières avec un ancrage universitaire renforcé

[33] Les trois spécialités infirmières ont été créées en France quasi simultanément au diplôme d'État infirmier à la sortie de la deuxième guerre mondiale (loi du 8 avril 1946) : spécialité d'un an dès 1947 pour les puéricultrices, diplôme non ré-ingénié depuis 1983 ; la spécialité d'aide-

⁴ Ce décret n°2018-629 du 18 juillet 2018 a été complété par trois arrêtés du même jour et par le décret n° 2019-510 du 23 mai 2019 qui a permis la reconnaissance des diplômes IPA délivrés dans l'union européenne ; le décret n°2019-835 du 12 août 2019 a également ouvert la prise en charge en ville par l'assurance maladie, l'avenant n°7 à la convention infirmière approuvé le 30 décembre 2019 créant les forfaits nécessaires à la NGAP. Le dernier décret à ce jour est enfin le décret n°2021-1384 du 25 octobre 2021.

⁵ Ainsi, une première série de seize universités a été accréditée par arrêtés du 22 octobre et 5 novembre 2018 après avis CNESER à délivrer le DE IPA (3 mentions) « à compter de l'année universitaire 2018-2019 ». Ces arrêtés ont été cosignés DGOS-DGESIP. En complément du tableau 10 du rapport Trajectoires qui indique 30 universités sur 33 accréditées pour au moins une mention, Poitiers en ouvre également en 2021 et l'université des Antilles sera accréditée pour 2022, seule la Réunion n'aurait pas fait de demande à ce jour. Voir le rapport 2021 aux 3.2 et 3.5.

anesthésiste d'un an est créée en 1949, portée à 18 mois en 1960 puis 2 ans en 1972 (avec le nom d'ISAR infirmiers spécialisés en anesthésie-réanimation) ; l'appellation d'infirmier anesthésiste (IA) et le corps des IADE hospitaliers sont créés en 1991 et participent du renforcement de la sécurité anesthésique (décrets de 1993 et 1994) ; enfin la spécialité d'IBODE démarre en 1968 à 9 mois, devient diplôme d'État en 1992 et n'est portée aux 18 mois actuels qu'en 2001, sans avoir été réingéniée depuis.

[34] Ces trois spécialités sont définies par le code de la santé publique, la partie législative y fait référence⁶ et la partie réglementaire détermine leurs missions (articles R4311-11 à 13) ; elles correspondent à trois diplômes d'État relevant à ce jour du ministère de la santé, formations postérieures au métier socle d'infirmier. Ils sont préparés dans des écoles professionnelles, restées en France séparées de l'université. Les instituts de formation d'infirmier anesthésiste ont été universitarisés en 2012, selon le modèle de convention tripartite adopté à partir de 2009 pour les instituts préparant au diplôme d'État infirmier.

[35] L'autorisation et le financement de l'ensemble des instituts de formation paramédicaux sont dévolus aux régions depuis la loi n°2004-809 de décentralisation du 13 août 2004, y compris pour les formations des spécialités infirmières, mais le financement des employeurs publics et privés, hospitaliers ou autres, au titre de la formation professionnelle continue (FPC) y est quasi-exclusif. La FPC est cependant minoritaire (40 % des apprenants environ) pour les puéricultrices. Le financement de la formation initiale relève des conseils régionaux : aux termes de la loi (L4383-5), « La région a la charge du fonctionnement et de l'équipement [des instituts] lorsqu'ils sont publics. Elle peut participer [...] lorsqu'ils sont privés ».

[36] Faute d'enquête récente ou de données publiques précises, et d'indications données par Régions de France, la mission détaille en annexe 8 les indications publiques de financement qui peuvent être déduites de l'enquête DREES Ecoles de 2020, des tarifs de formation professionnelle préconisés par les régions et appliqués par les instituts de formation, et des « règlements régionaux » rendus publics par certaines régions. La mission y ajoute des sondages effectués auprès d'un CHU par région métropolitaine.

[37] Il en ressort que pour un coût annuel moyen par élève de l'ordre de 9 000 € annuels, le taux de financement moyen de ces filières spécialisées par la région se situe en 2020 aux environ de 10 % pour IADE et IBODE, et de 50 % pour les puéricultrices. Ces moyennes se situent entre les taux des régions assurant strictement les obligations légales minimales et les taux correspondant à une politique régionale plus favorable sur certaines filières, ou certains publics. La tendance accentuée par la réforme territoriale de 2015 est à la baisse et se poursuit après 2020 dans les régions ne se situant pas encore au minimum légal.

[38] Il s'avère également que le financement des apprenants en continuité d'études n'est pas toujours intégralement assuré, même pour la filière des puéricultrices, laissant un reste à charge de l'ordre de 1 000 € ou plus dans quatre régions métropolitaines sur douze ; par ailleurs, l'ouverture aux IBODE de la continuité d'études à compter d'octobre 2020 est restée marginale quelles qu'en soient les raisons, crise sanitaire, faible information des acteurs, non extension aux IBODE du financement régional en continuité d'études dans la plupart des régions.

[39] La part de places déclarées par les instituts comme non financées, dans le cadre de l'enquête Ecoles de la DREES, traduit a priori un apprenant en autofinancement total ou partiel et hors

⁶ Notamment les articles L4311-4 dernier alinéa et L4311-15, ce dernier précisant que « cette liste (départementale tenue par l'ordre infirmier des professionnels infirmiers et portée à la connaissance du public) mentionne, le cas échéant, les titres de spécialités ou de pratiques avancées détenus par les professionnels. »

maintien du salaire. La part la plus élevée concerne les puéricultrices (36 % en moyenne, dont 32 % pour les instituts publics). Elle se situe à 14 % pour les IADE en formation, qui sont tous en formation professionnelle continue dans des instituts publics, mais nombre de candidats sélectionnés par les instituts n'obtiennent pas de financement dans le cadre de la FPC ; enfin, la proportion déclarée est plus faible pour les IBODE en formation (3,5 % environ), métier reconnu le plus en tension et priorisé par les employeurs et fonds de FPC. Mais ces données brutes peuvent être redressées significativement, au moins pour les puéricultrices (voir annexe 8). La part d'apprenants en autofinancement traduit des tensions ou priorités dans la FPC et ses différents fonds, particulièrement pour les salariés du privé ou les professionnels libéraux.

[40] Les spécialités infirmières n'ont, à ce jour, pas été définies comme de pratique avancée, car le cadre législatif de la pratique avancée n'a été créé que par la loi de 2016 précitée, avec une formation préparée et délivrée à l'université. Dans les pays anglo-saxons ou européens où la formation infirmière est universitaire depuis l'origine, les spécialités infirmières, quand elles sont reconnues, sont définies comme relevant de la pratique avancée. Le débat et la revendication d'une articulation ou d'une intégration des spécialités infirmières dans la pratique avancée infirmière ont donc été renforcés avec l'émergence en France des infirmiers en pratique avancée.

[41] Cependant, comme l'a bien montré la concertation approfondie menée pendant trois mois, si des zones nouvelles d'accord apparaissent entre infirmiers et médecins, elles restent largement à définir, tant entre IPA libérales ou salariées et médecins généralistes ou spécialistes, qu'entre infirmiers spécialisés et médecins ; elles ne pourront être confirmées par le législateur et les pouvoirs publics, chacun pour ce qui le concerne, qu'après la délimitation entre professionnels de leurs partages de compétences.

[42] Le principe de ces zones d'accord est affirmé par tous les acteurs, mais elles ne sont ni formalisées ni traduites en ajustements des référentiels d'activités, compétences et formation. Ainsi, entre IPA et organisations médicales, le conseil national de l'ordre des médecins vient d'être renouvelé fin juin 2022 et doit reprendre la discussion⁷ avec syndicats libéraux de médecins et IPA, par ailleurs en négociations conventionnelles ; à l'issue des groupes de travail menés jusque mi-mai 2022, la situation est identique entre médecins anesthésistes-réanimateurs et IADE, entre chirurgiens et IBODE, et entre médecins de l'enfant⁸ et puéricultrices. Or ces travaux et accords entre professionnels sont des préalables indispensables, qui permettront aux deux ministères de proposer au parlement un nouveau cadre légal et de préciser par décrets et arrêtés les missions des professionnels.

[43] Comme l'a montré le rapport Trajectoires, les IPA constituent une profession nouvelle qui cherche encore sa place et une meilleure reconnaissance.

[44] Des trois spécialités historiques, les IADE sont les plus susceptibles de contribuer à un ajustement limité des référentiels les plus récents, les IBODE et les PDE devant au préalable procéder au règlement de litiges plus anciens (actes exclusifs et mesures transitoires prévues depuis 2015 pour les IBODE) et à des réingénieries et universitarisations attendues depuis 2001 et 1983 respectivement.

[45] En outre, rien ne garantit la stabilité de l'étagement des rémunérations (régimes indemnitaires) entre les quatre filières, spécialités infirmières et IPA, largement présentes à l'hôpital,

⁷ Voir en pièce jointe le courrier du CNOM du 30 juin 2022.

⁸ Pédiatres, généralistes, médecins territoriaux des services de PMI ou ASE, médecins du secteur de l'accueil du jeune enfant.

après prise d'effet au 1er avril 2022 des deux dernières mesures indemnitaires, avant réingénierie des formations IBODE et puéricultrices.

[46] A l'horizon 2024 où les quatre filières correspondront à de nouvelles diplômes universitaires accréditées et harmonisées au niveau master, le choix entre deux scénarii n'est pas défini à ce jour : soit les rémunérations correspondant à un même niveau de formation et de responsabilité sont harmonisées, qu'elles soient reconnues ou non en pratique avancée ; soit des différenciations sont maintenues sur des critères à objectiver, notamment reconnaissance ou non en pratique avancée.

[47] Les effets de bord sont par ailleurs certains sur les rémunérations d'autres professions de santé hospitalières, également de niveau master, cadres de santé paramédicaux, formateurs, et les professions de maïeutique et rééducation dont le niveau de base est au niveau master (à ce jour sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes).

[48] Selon les projections du rapport Trajectoires, l'effectif cumulé des IPA formées est prévu vers 1700 à l'été 2022, avec les formations s'achevant à l'été 2022 ; et, à raison de 800 diplômés délivrés par an, il devrait être de l'ordre de 6 000 à l'été 2027. A titre de comparaison, les trois spécialités infirmières sont estimées par la DREES à environ 40 000 professionnels en 2020, mais les répertoires des professionnels infirmiers⁹ sont incertains et en cours de modernisation.

[49] La DREES estime les spécialités infirmières (hors cadres de santé) à 5,8 % des 764 260 infirmières enregistrées dans le répertoire ADELI au 1/1/2021, soit environ 44 000 professionnels ; mais le fichier ADELI prend mal en compte les fins d'activité. En excluant les professionnels de 65 ans et plus, on peut estimer avec la DREES¹⁰ les effectifs en activité des trois spécialités à environ 38 000 professionnels, soit 10 000 IADE, 7 500 IBODE et 20 500 PDE. Ces effectifs recouvrent tous les statuts, libéraux compris pour les PDE (environ 1 000), et pour les salariés, tous les employeurs, notamment tous les établissements de santé, publics ou privés.

[50] Pour les PDE, les collectivités relevant de la fonction publique territoriale (FPT) et les établissements d'accueil du jeune enfant (FPT ou privé) représentent 40 % des emplois. Ces effectifs comprennent les autorisations d'exercice européennes¹¹ et semblent cohérents avec les autres estimations de la DREES sur des champs plus limités, salariés des seuls établissements de santé, et titulaires de la fonction publique hospitalière¹².

⁹ Ces répertoires sont au nombre de deux. ADELI (automatisation des listes), piloté par la DREES, comprend tous les professionnels paramédicaux notamment, et le RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé), piloté par l'Agence du numérique en santé (ANS), comprend les professions paramédicales et a vocation à accueillir d'ici fin 2023 les professionnels encore concernés par ADELI ; depuis le 1^{er} octobre 2021, le répertoire ADELI infirmier est gelé et le guichet unique d'enregistrement pour les professionnels infirmiers est devenu l'ordre départemental infirmier. Si les infirmiers spécialisés sont présents dans ADELI, il a été décidé dans le cadre du basculement vers le RPPS de ne pas prendre en compte les IPA, qui le sont en revanche dans le RPPS.

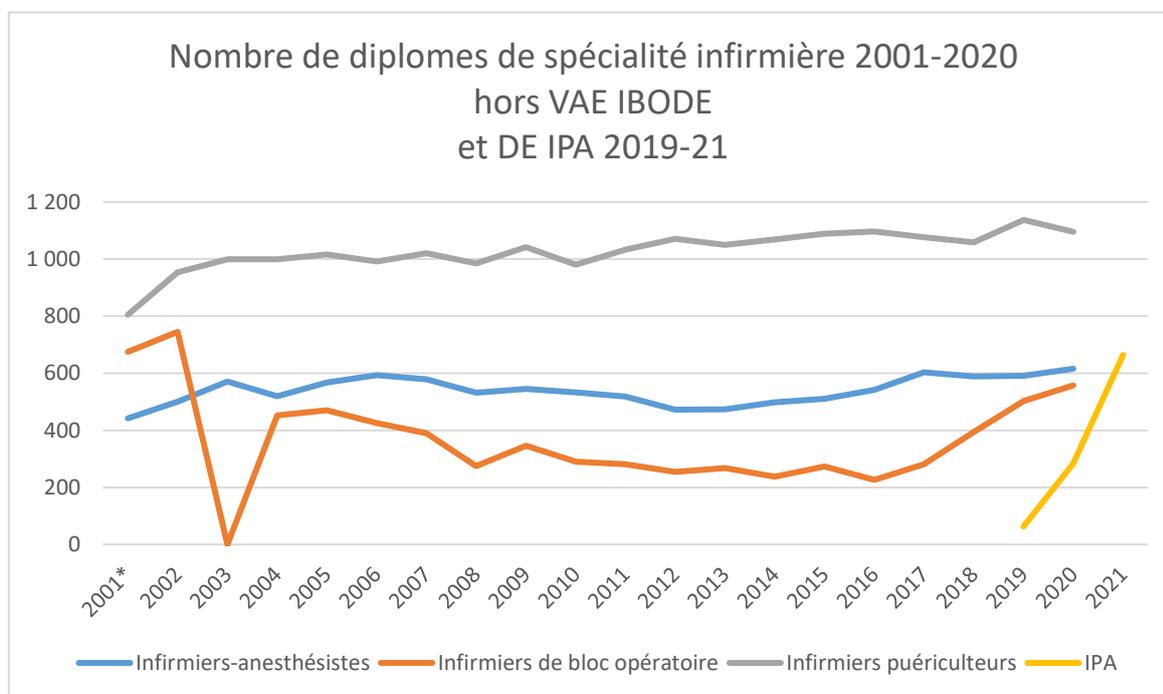
¹⁰ Mi-juillet 2022, la DREES a communiqué sur une nouvelle approche de la démographie des infirmiers en introduisant dans les données publiques ADELI une borne à 62 ans, qui réduirait ces effectifs à 35 000, dont 9 000 IADE, 6 700 IBODE et 19 000 puéricultrices, autorisations européennes comprises pour 794 personnes. Pour les professionnels salariés en catégorie A de longue date que sont les infirmiers spécialisés, cette borne de 62 ans pourrait être discutée à la lumière de données sur l'âge effectif de départ en retraite.

¹¹ Sur la base de l'article L477-1 du code de la santé publique, et après avis de la commission régionale d'autorisation d'exercice. Elles représentent environ 700 professionnels soit 1,8 % des effectifs spécialisés, 0,8 % pour les puéricultrices, environ 2 % pour les IADE et 4% pour les IBODE.

¹² En 2016, le portrait des professions de santé DREES recensait pour 2014 les effectifs spécialisés à 9% de l'ensemble des infirmiers dans les seuls établissements de santé, soit 28200 professionnels dont 9 620 IADE, 8658 IBODE et 10 000 PDE, 84 % d'entre eux exerçant en hôpital public, contractuels compris. En 2021, le Ségur indique, pour les seuls effectifs titulaires de la fonction publique hospitalière (FPH), 16 700 infirmiers spécialisés (et 14700 cadres de santé) pour 153 000 infirmiers « en soins généraux ».

[51] Le flux de diplômés dans les trois spécialités est pour sa part d'environ 2 300 diplômés annuels, 616 IADE, 557 IBODE et 1092 PDE selon l'enquête DREES Ecoles pour 2020. Le graphique ci-dessous montre l'évolution, assez stable pour les puéricultrices et les infirmiers anesthésistes du nombre de diplômés de 2001 à 2021, la remontée récente du DE d'infirmier de bloc opératoire, après un étiage délétaire en 2016, et la montée en charge du DE IPA à compter de 2019.

Tableau 1 : Diplômés 2001 à 2020 ou 2021 des quatre filières



Source : Enquête Ecoles DREES. L'année blanche 2003 en IBODE est liée au passage du diplôme de 12 à 18 mois à compter de la rentrée 2002.

[52] Quelques éléments de comparaison internationale disponibles sur les niveaux de formation, l'existence ou non des spécialités infirmières et leur reconnaissance en pratique avancée, et les effectifs associés figurent en annexe 6.

[53] La recommandation 29 du rapport IGAS « Réaliser, dès que possible, les évolutions législatives et réglementaires indispensables pour pouvoir intégrer les IADE dans la pratique avancée infirmière » emporte deux conséquences, en reconnaissant que « la pratique d'IADE est une pratique avancée infirmière » dans tous les pays où elle a été développée : les conditions d'exercice et de formation doivent être repensées et harmonisées. La recommandation 31 proposait de « créer dans la catégorie "infirmiers en pratique avancée (spécialisés)" une mention "anesthésie" permettant d'y rattacher les IADE ».

1.2 Les premières réactions au rapport Trajectoires et les orientations du ministre : reconnaissance future des infirmiers anesthésistes en pratique avancée mais l'entrée par l'exercice et l'autonomie inquiète les médecins alors que la formation n'a pas été abordée

[54] Deux interprétations étaient au départ possibles par les acteurs et les pouvoirs publics des recommandations du rapport Trajectoires, car le volet formation des IADE, et a fortiori celui des deux

autres spécialités n'avait été abordé ni avec le MESRI ni avec les acteurs de la formation : les orientations données aux acteurs par le ministre de la santé en janvier ont conduit, dans le cadre de cette concertation, à écarter le scénario d'une intégration de tout ou partie des diplômes de spécialité dans le DE IPA, avec création de nouvelles mentions, qui aurait signifié l'intégration totale à l'université des formations concernées. Certaines organisations, celles des IPA et l'ordre infirmier notamment, ainsi que France universités, y étaient favorables en estimant ce scénario plus simple et plus lisible, au regard des comparaisons internationales notamment.

[55] L'ensemble des organisations représentant les infirmiers spécialisés, toutes celles de la fonction publique hospitalière, les médecins travaillant au quotidien avec eux et participant aux formations actuelles, se sont déclarés très favorables au maintien de l'identité professionnelle des spécialités. D'autre part, ces mêmes acteurs se sont dits très attachés au caractère jugé professionnalisant et homogène sur le territoire national des formations actuelles, à temps plein, fortement soutenues dans le cadre des études promotionnelles financées par les employeurs publics ou privés. Le risque de retrouver, même dans la simple intégration pédagogique à l'université, des formations évoluant vers une forte dispersion pédagogique, ou un caractère moins professionnalisant ou plus généraliste, fût-ce au titre de la formation à la recherche, est jugé très négatif et très inquiétant par la grande majorité des participants à la concertation.

[56] Si elle était intégrée à l'université, en ressources humaines et en budget, une formation de spécialité infirmière sortirait d'ailleurs du champ de la loi de régionalisation de 2004, et de la compétence d'autorisation/agrément/financement par la région¹³. C'est d'ailleurs la modalité qui a été retenue de fait pour les formations exclusivement universitaires comme les IPA, qui ne relèvent pas de la compétence de financement du conseil régional¹⁴ : cependant, s'agissant des spécialités infirmières largement en formation continue, sauf pour les puéricultrices, le financement du fonctionnement par les régions est faible actuellement, et celui de l'investissement demeure facultatif. La loi de 2004 prévoit que la compétence de financement obligatoire du fonctionnement et de l'équipement des instituts de formation publics (L4383-5) va de pair avec la compétence d'autorisation/agrément (L4383-3).

[57] L'intégration totale à l'université des instituts de formation paramédicaux publics ou privés n'est pas infaisable : des exemples historiques ou récents existent en rééducation, et certains sont en discussion. Mais à ce jour, l'intégration totale à l'université des seuls instituts de formation des spécialités infirmières, soit 88 instituts préparant 2500 diplômés par an, serait un bouleversement complet des institutions, de leurs financements, et des statuts des formateurs et personnels. Globalement les universités sont en incapacité d'absorber cette mutation qu'elles n'ont pas anticipée, et aucun consensus n'existe entre les acteurs de la formation sur cette hypothèse qui toucherait de surcroît d'autres acteurs publics que les CHU et certains acteurs privés.

¹³ Elle est définie par les articles L4383-3 et 5 du code de la santé publique, son décret d'application de 2010, notamment les articles R4383-2 à 4, et l'arrêté du 10 juin 2021 dont l'intitulé et l'article premier précisent le champ exact des filières de formation paramédicales concernées : IFSI et les instituts de formation des trois spécialités infirmières, rééducation (masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes et pédicures-podologues), médico-techniques (manipulateurs d'électroradiologie médicale et techniciens de laboratoire médical), cadres de santé et formations infra-bac (aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers).

¹⁴ Bien que professions paramédicales du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique, visées aux articles L4383-1 et 2, qui définit la compétence de l'État pour définir les programmes de formation, et réguler le cas échéant les capacités de formation, sur proposition des régions, les professions exclusivement formées à l'université, telles les IPA, les orthophonistes, orthoptistes, audioprothésistes, diététiciens et prothésistes-orthésistes (BTS), et les manipulateurs formés en section de techniciens supérieurs en lycée (DTS IMRT) ne sont pas listées dans l'arrêté du 10 juin 2021 et ne relèvent ni de la compétence d'autorisation/agrément de la région, ni de sa compétence de financement obligatoire du fonctionnement et de l'équipement des instituts publics. Il en va de même des psychomotriciens, formés soit à l'université, soit en institut privé, qui restent à universitariser.

[58] L'attente principale dans la concertation visait donc à imaginer une refonte du cadre juridique de la pratique avancée infirmière, susceptible d'intégrer l'exercice des IADE dans un premier temps, et potentiellement des autres spécialités infirmières, en maintenant les diplômes d'État des trois spécialités, ainsi que les instituts de formation, dans leurs caractéristiques principales, tout en prévoyant les nécessaires évolutions de durée et de contenu des formations portées au grade de master.

[59] Ces formations des spécialités infirmières sont largement portées par les CHU en lien avec leurs partenaires et financées par la formation professionnelle continue. L'enquête Ecoles 2020 de la DREES permet d'identifier 88 instituts de formation pour les trois spécialités infirmières, dont plus des trois quarts sont en CHU. Tous les CHU sauf un ont au moins un institut de spécialité, quatre seulement n'en ayant qu'un, et près de la moitié des CHU (13 sur 30) portant un institut de formation pour chacune des trois spécialités.

[60] D'une façon ou d'une autre, législative ou réglementaire, si l'exercice d'IADE (ou des trois spécialités infirmières) est reconnu comme une pratique avancée infirmière, ce qui n'a pas été prévu en 2016 et ce que ne permet pas le cadre juridique actuel, il est nécessaire de le repenser et de le modifier. En effet, il faut redéfinir le cadre actuel de la pratique avancée, la nature des diplômes et les formations qui y préparent, examiner le statut des instituts de formation et leurs relations avec les conseils régionaux, enfin l'actuelle construction statutaire dans la FPH, et les comparaisons de rémunération, tous ces points étant impactés par la reconnaissance en pratique avancée.

[61] La concertation a exploré ces différentes questions en essayant de construire des réponses ou d'apporter des garanties face aux inquiétudes exprimées. On trouvera en annexe 3 les projets de décret qui en résultent, en l'état des échanges de mi-mai en groupe de travail ou des analyses de la mission. S'agissant des instituts de formation de spécialité, le scénario retenu par la mission est celui du maintien des trois diplômes d'État après réingénierie, séparés du DE IPA avec ses mentions, et du maintien des instituts de formation publics et privés dans le champ de la loi de 2004.

1.3 Le cadre de l'exercice en pratique avancée reste à consolider et peut évoluer

[62] La refonte du cadre législatif de la pratique avancée (L4301-1 du code de la santé publique) est estimée nécessaire dans l'analyse de la mission IGAS Trajectoires, qui a proposé après étude des recommandations internationales, de distinguer des IPA praticiennes, en soins primaires, et des IPA spécialisées dans différents domaines, pouvant intégrer l'anesthésie (recommandation 30). Sans reprendre cette analyse, critiquée par les organisations d'IPA, s'appuyant sur une autre lecture des comparaisons internationales, la mission a revisité le cadre actuel pour proposer dans la concertation les évolutions nécessaires dans deux directions. D'une part le développement de la pratique avancée, notamment par un accès direct des patients aux IPA pour les activités de prévention et un accompagnement des meilleures pratiques de formation ; d'autre part la reconnaissance en pratique avancée des IADE, mais sans opérer cette distinction entre IPA praticiennes et spécialisées, qui n'apparaît pas mature.

[63] En effet, si l'on retrouve aux États-Unis et dans l'association européenne des infirmières spécialistes¹⁵ quatre familles d'infirmières de pratique avancée, dont l'une fédère la multitude des

¹⁵ Voir notamment ESNO (european specialists nurses organization) 2015 : « Competences of the Nurse specialist (NS) : Common plinth of competences for a Common Training Framework of each specialty ». Mais à ce jour, dans le cadre de la directive européenne 2013/55/EU, chaque Etat membre reste maître de ce qu'il reconnaît ou régule comme spécialités au sein de la profession infirmière, qui reste très hétérogène. Il n'y a ni cadre commun aux 27 états-membres ni cadre partiel reconnu par un tiers des états-membres (dénommé Common Training Framework).

« nurse specialist », les autres étant les « nurse practitioners », « certified registered nurse anesthetist », et les « nurse midwives », le CNP des IPA et l'UNIPA préconisent à ce jour une approche populationnelle de la pratique avancée et de ses mentions ou domaines d'intervention (telles les mentions pathologie chroniques stabilisées, hématologie oncologie ou psychiatrie santé mentale, ou dans le futur un domaine d'intervention santé de l'enfant correspondant à la spécialité de puéricultrice), mettant en garde contre une approche trop marquée par les spécialités médicales, qui peut conduire à des mentions aux effectifs limités ou peu attractives (telle la mention maladie rénale chronique).

[64] La pratique avancée des « auxiliaires médicaux » au sens du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique est un mode d'exercice en équipe de soins primaires ou spécialisés, en établissement ou en ambulatoire (I) auquel on accède sous certaines conditions (II) et après une formation exclusivement délivrée ou assurée par l'université avec référentiel d'accréditation conjoint entre les deux ministères chargés de la santé et de l'enseignement supérieur (III).

[65] « I. Les auxiliaires médicaux relevant des titres Ier à VII du présent livre peuvent exercer en pratique avancée : 1° Au sein d'une équipe de soins primaires coordonnée par le médecin traitant ou d'une équipe de soins d'un centre médical du service de santé des armées coordonnée par un médecin des armées ; 2° Au sein d'une équipe de soins en établissements de santé, en établissements médico-sociaux ou en hôpitaux des armées coordonnée par un médecin ; 3° En assistance d'un médecin spécialiste, hors soins primaires, en pratique ambulatoire ; 4° En assistance d'un médecin du travail, au sein d'un service de prévention et de santé au travail¹⁶. »

[66] Les différents exercices d'IA, IBO et puériculture s'insèrent donc dans le cadre du I, sauf les activités et établissements de la petite enfance ou les services départementaux de la PMI et de l'aide sociale à l'enfance, pour une petite moitié des puéricultrices, pour lesquelles une évolution, nécessairement législative, a été proposée et concertée.

[67] Les décrets d'application, relatifs à la formation et à l'exercice, doivent ensuite être repensés pour reconnaître les IADE en pratique avancée. Les deux premières séances ont exploré un scénario proposé par la mission, qui a fait l'objet de discussions sur la base de projets d'amendement et de décrets lors des deux séances finales.

1.4 Les enjeux relatifs à l'exercice sont couverts par les nombreuses recommandations du rapport Trajectoires qui ont nourri la concertation avec les acteurs IPA et infirmiers spécialisés

[68] Le rapport Trajectoires a formulé un ensemble de 38 recommandations, dont on trouvera le récapitulatif en annexe 2. Elles ont été rappelées à la première séance du groupe de travail IPA : il a été convenu de se centrer sur les attentes prioritaires des IPA, soit l'accès direct des patients aux IPA (recommandation n°33 ou R33) et l'harmonisation des modalités pédagogiques du DE IPA. Des échanges bilatéraux avec le syndicat et le conseil national professionnel des IPA (UNIPA et CNP IPA) ont permis d'éclairer différents points complémentaires et la discussion conventionnelle en cours avec la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) autour du modèle économique des IPA libérales. Le groupe IADE a naturellement abordé les modalités et conditions de la reconnaissance des IADE en pratique avancée (R29 à 31).

¹⁶ Le 4° a été ajouté par la loi santé au travail du 2/8/21 ; aucun texte d'application n'a été pris, la formation IPA santé au travail n'a pas été créée, mais les différents IPA pourraient intervenir dans ce cadre.

[69] Une série de recommandations définissait en effet, compte tenu des orientations retenues en janvier 2022 par le ministre chargé de la santé, le cœur de cette concertation et proposait de structurer l'exercice en pratique avancée (R29 à 32) et d'ouvrir un accès direct des patients aux IPA (R33 à 36), enfin de structurer le débat autour des pratiques avancées, soit en amont du HCPP (R37) soit par une convention citoyenne (R38).

[70] La recommandation 29 « reconnaître les IADE en pratique avancée » appelle une mise en œuvre selon des modalités (modification de la loi et des décrets) et un calendrier qui restent à valider par la concertation.

[71] La recommandation 30 « différencier IPA praticienne et spécialisées » vise, sur la base du précédent créé par les IPA urgences¹⁷, à « faire évoluer les IPA « praticiennes » vers un exercice plus autonome ». Le cadre légal du L4301-1 semble suffisamment général pour autoriser cette évolution, comme le montre le précédent des IPA urgences. La R31 « reclasser les IPA entre praticiennes et spécialisées et créer une mention anesthésie » découle des R29 et 30 mais l'alternative d'un DE IA maintenu et ouvrant accès à l'exercice en pratique avancée n'avait pas été identifiée et testée.

[72] La mission n'avait pas pour mandat de reprendre l'ensemble des 38 recommandations du rapport Trajectoires, mais certaines des recommandations de ce rapport apportent des clarifications complémentaires sur certains points, certaines informations étant apportées lors de la dernière séance du groupe IPA.

1.5 La méthode de concertation retenue

[73] En lien avec les deux cabinets des ministres commanditaires et la directrice générale de l'offre de soins, une méthode simple de concertation a été retenue avec quatre groupes de travail (un par profession : IPA, IA, IBO, P), se réunissant en principe quatre fois entre la dernière semaine de février et la mi-mai.

[74] Chaque groupe a été constitué à l'identique et comprenait les professionnels conviés aux visioconférences de janvier par le ministre de la santé, soit pour chacune des professions IA, IBO, P et IPA, le syndicat spécifique, l'union professionnelle, le collectif, le comité national professionnel (CNP) de la spécialité et celui des médecins principalement concernés, le comité d'entente des instituts de formation, l'association des étudiants, les ordres nationaux des infirmiers et des médecins, les syndicats représentatifs de la FPH (CGT, FO, CFDT, SUD). On trouvera en annexe 1 la composition de chacun des groupes et les représentants des différentes organisations, ainsi que le calendrier des trois ou quatre séances de concertation, tenues en visioconférence compte tenu du contexte sanitaire. Seule la séance finale du groupe IADE organisée le 11 mai 2022 a pu se tenir en format mixte à la demande des participants, en présentiel ou visioconférence selon leur choix.

[75] Des contacts complémentaires ont été pris avec le cabinet du secrétaire d'État à la famille (puéricultrices), M. Stéphane le Bouler (mission Ségur d'accompagnement à cinq ans des régions dans les extensions capacitaires de formation paramédicales), la DGS (compétente au titre de la PMI et du protocole national de coopération : « Bilan d'examen de santé en maternelle » qui va s'y déployer), la DGCS (petite enfance), la DSS et la CNAM, qui négocie l'avenant n°9 à la convention infirmière depuis le 8 février, Régions de France, les conférences de DG de CHU, de doyens de

¹⁷ Le décret n°2021-384 du 25 octobre 2021 doit être complété d'un arrêté d'application à paraître, annoncé pour la fin de l'été 2022. Il graduera situations de moindre gravité et complexité où l'IPA est plus autonome et situations complexes où l'IPA ne déroge pas aux R4301-1 et 3 et aux listes d'actes techniques, de suivi et de prévention, de produits de santé hors PMO, et d'actes de biologie, que peut prescrire ou renouveler l'IPA.

médecine, la commission santé de France Universités, les directions statistiques des deux ministères DREES et SIES, les deux fonds de formation professionnelle continue, ANFH pour la FPH hors APHP, et l'OPCO Santé pour le secteur privé associatif ou commercial, enfin l'association Asalée, objet de développements spécifiques dans le rapport Trajectoires.

[76] La mission a convenu avec la DGOS que ses représentants informeraient les groupes de travail sur les chantiers parallèles pilotés par cette direction et dans lesquels la mission n'avait pas à intervenir :

- Mise en œuvre de l'injonction du Conseil d'État de fin décembre 2021 donnant quatre mois au gouvernement pour solder le contentieux sur les mesures transitoires ou actes exclusifs des IBODE (les actes exclusifs confiés aux IBODE par décret de 2015 font l'objet de mesures transitoires longues encore en discussion prévoyant que les IBODE peuvent être substituées ou rejointes au bloc opératoire par des IDE formées)
- Réingénierie du DEIBO puis du DE de puéricultrice, et incidence éventuelle du surcroît de formation sur « l'autonomie » ou « l'accès direct » des patients ou tout « transfert de compétences » entre les médecins concernés et ces deux professions.
- Expérimentation de la primo-prescription par les IPA de médicaments à prescription médicale obligatoire (PMO) pour trois ans et dans trois régions (article 76 de la LFSS 2022).

[77] La négociation de l'avenant 9 à la convention nationale infirmière a été ouverte parallèlement entre la CNAM et les syndicats d'infirmières libérales à compter du 8 février. Une séance de négociation entre la CNAM et les partenaires conventionnels infirmiers a été tenue le 21 juin et pourrait être conclusive. A ce jour, l'avenant 7 a créé des actes réservés aux IPA, inscrits désormais à la NGAP Titre XVI actes infirmières chapitre III pratique avancée infirmière (PAI) avec trois forfaits facturables en ville et en soins externes en établissement.

[78] La mission a noté que le comité de suivi du déploiement de la pratique avancée infirmière n'a connu qu'une séance inaugurale le 3 mars 2021, et aucune réunion depuis, au lieu de deux séances annuelles prévues dont une à l'été 2021 : sa composition est certes jugée pléthorique et peu maniable par la DGOS, mais les lieux d'information et débat sur la pratique avancée font défaut.

[79] Au vu du calendrier serré de concertation de la présente mission, les deux inspections générales ont fait une restitution orale aux directions commanditaires fin juin avant de finaliser ce retour de concertation. Il explicite les points principaux des discussions conduites dans le cadre des groupes de travail, l'état final des projets de textes discutés, concernant la reconnaissance en pratique avancée des IADE d'une part et l'accès direct des patients aux IPA d'autre part. Le présent rapport, destiné en première intention aux ministres commanditaires et aux directions compétentes, est complété de différentes expertises et recommandations de la mission, qui lui sont apparues éclairantes et cohérentes avec les échanges en groupes de travail. Il pourrait être adressé aux acteurs concertés, comme restitution des groupes de travail et échanges complémentaires, en vue de contribuer à la finalisation ultérieure de ces travaux, et comme l'avait souhaité le ministre de la santé, de « clarifier, préciser et expertiser », les questions complexes et nouvelles soulevées par le rapport Trajectoires ou depuis sa publication.

[80] Une actualisation générale du cadre de l'universitarisation reste nécessaire par ailleurs, laquelle pourrait faire l'objet de travaux ultérieurs conjoints des deux inspections.

[81] En effet, de nombreux rapports, pas toujours conjoints, ont, depuis la précédente revue conjointe réalisée en 2017 dans le cadre de la grande conférence de santé¹⁸, abordé séparément, profession par profession, l'évolution des besoins, exercices et formations. La plupart de ces rapports ont été rendus publics¹⁹. Ainsi, un rapport IGAS de juillet 2021 a traité de l'évolution de la profession médicale de sage-femme et une mission conjointe est en cours sur la formation en maïeutique. Une mission IGAS de février 2021 sur les manipulateurs d'électroradiologie n'a pas pu traiter la moitié des formations qui se trouve en lycée (DTS IMRT), alors qu'une précédente mission conjointe de 2013 l'avait fait. Deux rapports de 2015 et 2020 sur la filière visuelle (orthoptie, opticiens-lunettiers) et un conjoint sur la filière auditive (audioprothésiste) ont abordé les formations concernées. Enfin, un rapport IGAS a été rendu public sur l'accès direct des patients aux kinésithérapeutes, et, comme déjà évoqué, une mission conjointe est en cours sur l'évolution de la profession infirmière et du diplôme d'État infirmier.

[82] Une vision globale, partagée entre les deux ministères, intégrant les novations majeures récentes qui ont fortement modifié le paysage, émergence des formations en pratique avancée (2016-2021), l'ouverture des sections santé mono-appartenantes et l'entrée généralisée par parcoursup dans les formations paramédicales (2019) serait utile tant pour les acteurs eux-mêmes, ministères compris, que pour les réflexions de l'IGAS et de l'IGESR, fréquemment sollicitées.

[83] A l'occasion de cette mission de concertation, des postures des grands acteurs incontournables, régions et universités, ont été identifiées, les acteurs de la formation étant confrontés à des difficultés au quotidien, par absence de vision partagée, dans le domaine de la gestion des ressources humaines ou financière, et par un accompagnement insuffisant du changement et des formateurs.

2 La concertation a fait apparaître de nouvelles zones d'accord entre professionnels et acteurs de la formation pour repenser la cadre de la pratique avancée et intégrer certaines spécialités infirmières en renforçant l'attractivité des formations infirmières de niveau master

2.1 Les nouvelles zones d'accord entre infirmiers et médecins et avec les acteurs de la formation

2.1.1 Une forte attente de reconnaissance des IADE mais une faible anticipation des acteurs de la formation et des professionnels sur un éventuel partage de compétences en soins péri-opératoires et prise en charge de la douleur

[84] Les organisations représentant les IADE ont exprimé, notamment depuis novembre 2021 par un mouvement social, des revendications salariales et une attente de leur reconnaissance en pratique avancée dont ils indiquent qu'ils ont été précurseurs. Par ailleurs le gouvernement s'était engagé, par l'article 1er de la loi n°2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la

¹⁸ Rapport IGAS-IGESR 2016-123 juin 2017 Pour une meilleure intégration des formations paramédicales à l'Université : mise en œuvre des mesures 5, 6 et 13 de la grande conférence de santé.

¹⁹ Rapports IGAS 2021-020R juillet 2021 L'évolution de la profession de sage-femme, IGAS 2020-063R février 2021 Manipulateur en électroradiologie médicale : un métier en tension, une attractivité à renforcer, IGAS 2015-008R juillet 2015 restructuration de la filière visuelle, IGAS-IGESR 2019-074R janvier 2020 La filière visuelle : modes d'exercice, pratiques professionnelles et formations, IGAS 2021-046R novembre 2021 L'évolution de la filière auditive, IGAS 2021-092 R février 2022 expérimentation de l'accès direct aux actes de masso-kinésithérapie.

confiance et la simplification, à remettre au parlement et dans les six mois suivant la promulgation de la loi un rapport « *dressant un état des lieux de la mise en place des auxiliaires médicaux en pratique avancée et des protocoles de coopération* ». « *Il examine en particulier le déploiement de la pratique avancée pour l'ensemble des professions d'auxiliaire médical, dont les infirmiers spécialisés, notamment dans la perspective d'ouvrir un accès à l'exercice de missions en pratique avancée, dont les modalités seraient définies par voie réglementaire.* » La publication du rapport Trajectoires a rempli cet engagement et ouvert de nouvelles attentes et interrogations.

2.1.1.1 Repenser le cadre légal créé par la loi de 2016

[85] Le groupe de travail IADE, en lien avec les travaux des autres groupes, a donc pris connaissance de la nécessité, soulignée en janvier par le ministre de la santé, de repenser le cadre actuel de la pratique avancée, et en particulier son cadre légal issu de la loi de 2016 précitée, l'article L4301-1 du CSP, pour deux raisons principales.

[86] La première raison tient aux formulations des II et III de l'article, qui ont été conçues et rédigées dans l'optique d'une formation de pratique avancée exclusivement universitaire, préparée à l'université avec un diplôme délivré par l'université. Ce modèle est celui des diplômes nationaux de santé, énumérés à l'article D613-7 du code de l'éducation, qui comprend tous les diplômes nationaux de médecine, odontologie, pharmacie, maïeutique, et quelques diplômes paramédicaux (orthophonie, orthoptie, audioprothèse notamment, et depuis 2018 le diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée). Seul parmi ces diplômes nationaux, le diplôme d'État de sage-femme est depuis l'origine délivré par l'université, bien que préparé dans des écoles de sages-femmes recrutant exclusivement par la première année d'études de santé, et financées par les conseils régionaux depuis la loi de régionalisation précitée de 2004.

[87] Pour reconnaître en pratique avancée tout ou partie des infirmiers spécialisés futurs et diplômés à ce jour, notamment les infirmiers anesthésistes, deux stratégies sont possibles : changer la condition légale définie au II de justifier « d'un diplôme de formation en pratique avancée délivré par une université habilitée à cette fin dans les conditions mentionnées au III », ou changer, pour les futurs diplômés, les conditions de délivrance du diplôme et le reconnaître comme diplôme de formation en pratique avancée, ce qui peut être fait par voie réglementaire (D613-7 du code de l'éducation, notamment), en modifiant également le décret formation en pratique avancée (articles D636-73 à 81 du code de l'éducation, créés par le décret n°2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au DE IPA).

[88] Selon les modifications apportées aux référentiels d'activités, compétences et formation, des trois spécialités infirmières, la possibilité ou la nécessité d'une formation complémentaire pour les actuels diplômés, et la possibilité ou la nécessité d'une dérogation légale ou réglementaire pour reconnaître en pratique avancée les actuels diplômés IADE, devront être examinées et tranchées. La mission de concertation n'a pu disposer d'un avis écrit de la direction des affaires juridiques du ministère de la santé, qui a été saisie par la DGOS, mais ses orientations allaient dans le sens de cette double alternative, loi ou décret, formation complémentaire ou non, selon les indications de la DGOS.

[89] Si une formation complémentaire significative était nécessaire pour les IADE déjà diplômées, ou à terme pour les IBODE ou PDE qui vont voir leur durée de formation majorée d'un ou deux semestres, la reconnaissance en pratique avancée des anciens diplômés passerait nécessairement par la loi, et serait assortie le cas échéant de cette formation complémentaire. Un tel dispositif n'est pas sans précédent.

[90] Ainsi le décret n°2015-74 du 15 janvier 2015²⁰ a créé les actes exclusifs des IBODE, avec une unité d'enseignement nouvelle intégrée dans la formation maintenue en durée globale à trois semestres ; une formation complémentaire de 57 heures a été organisée pour toutes les IBODE déjà diplômées, ce qui a conduit à mobiliser les instituts de formation pendant 5 ans pour former environ 1400 IBODE par an. Inversement, l'expérience acquise par les professionnels spécialisés depuis leur formation initiale dans l'exercice de responsabilités qui ne change pas fondamentalement, peut justifier qu'aucune formation complémentaire ne soit mise en place, anciens et nouveaux diplômés étant réputés formés et aptes à exercer des responsabilités équivalentes, même en pratique avancée, sous réserve de l'obligation déontologique de ne réaliser que des actes relevant de leurs compétences (article R4312-11 CSP). Dans cette hypothèse, la dérogation au diplôme préparé et délivré par l'université pour les anciens diplômés pourrait relever du domaine réglementaire. Ce dispositif n'est pas non plus sans précédent, ayant notamment été appliqué en 2001, lors du passage de la formation d'IBODE de 12 à 18 mois.

Recommandation n°1 Poursuivre, sur la base de cette concertation, les expertises juridiques et les discussions avec les professionnels permettant d'aboutir en temps utile à un projet de loi modifiant l'article L4301-1 du code de la santé publique.

[91] La seconde raison de modifier le cadre légal tient aux secteurs d'exercice prévus par le I : en l'état de la rédaction de 2016, ils ne couvrent pas 40% des situations d'exercice des puéricultrices, dans les services départementaux ou territoriaux de protection maternelle et infantile et d'aide sociale à l'enfance, et dans les établissements d'accueil du jeune enfant, publics ou privés, en direction ou en référent santé et accueil inclusif²¹.

[92] Une modification législative a été proposée en ce sens (voir annexe 3), en lien avec les deux directions compétentes DGS et DGCS, afin d'assurer potentiellement pour les trois spécialités un cadre légal de la pratique avancée couvrant l'ensemble des secteurs d'exercice de la spécialité. Les professionnels médecins et infirmiers spécialisés ont en effet souligné que les formations actuelles et futures préparent à l'exercice de ces différentes responsabilités, séquentiellement ou parfois simultanément, et que l'attente des professionnels, médecins compris, était de voir la ou les spécialités infirmières reconnues en pratique avancée dans leur globalité, dès lors que leur formation est harmonisée à deux ans avec grade de master, et que leurs degrés respectifs d'autonomie et de responsabilité seraient ajustés au futur cadre de la pratique avancée.

[93] En d'autres termes, les médecins et chirurgiens présents dans les différents groupes de travail sont unanimement défavorables à une reconnaissance en pratique avancée qui ne correspondrait qu'à une partie de la spécialité infirmière (portée à deux ans et au grade de master), qu'elle soit intégrée à la formation de spécialité ou qu'elle soit ouverte en option, accessible pendant les deux ans de formation ou intervenant après celle-ci ; ces hypothèses, théoriquement possibles dans le cadre légal actuel de la pratique avancée, sont jugées comme fragmentant la spécialité et complexifiant sans justification la gestion des ressources humaines. Elles ne s'appuient, en outre, sur aucune expérience internationale, ni dans le cadre des 27 pays de l'Union européenne, qui appliquent les principes de libre circulation, libre établissement des professionnels ou libre prestation de service, ni dans celui de l'espace de Bologne (48 pays appliquant la reconnaissance d'unités de formation), ni dans les normes du conseil international des infirmiers au niveau mondial.

²⁰ Décret relatif aux actes infirmiers relevant de la compétence exclusive des infirmiers de bloc opératoire.

²¹ Voir le décret n°2021-1131 du 30 août 2021 relatif aux assistants maternels et aux établissements d'accueil du jeune enfant.

Recommandation n°2 Etendre, sur la base de cette concertation, le cadre légal de la pratique avancée infirmière aux secteurs d'exercice des puéricultrices non couverts par l'article L4301-1 actuel (services départementaux de protection maternelle et infantile et d'aide sociale à l'enfance et établissements d'accueil du jeune enfant).

Recommandation n°3 Conserver, sur la base de cette concertation, une approche globale de chacune des trois spécialités infirmières, souhaitée par l'ensemble des professionnels concernés, dans la perspective d'une reconnaissance en pratique avancée, quels que soient les calendriers et ajustements des référentiels actuels.

[94] Pour les IADE, le projet de nouveau cadre juridique de la pratique avancée infirmière incorpore donc un volet législatif avec ces deux modifications au moins, dans une rédaction qui reste à affiner ; le volet réglementaire comprend deux projets de décret, l'un relatif à la formation, l'autre à l'exercice. Le lecteur trouvera en annexe 3 une version amendée suite au groupe de travail IADE du 11 mai 2022.

2.1.1.2 Le projet de décret relatif aux formations en pratique avancée infirmière

[95] Le projet de décret relatif à la formation modifie les articles D636-73 à 81 du code de l'éducation créés par le décret n°2018-633 du 18 juillet 2018. Au sein du chapitre VI (Les autres formations de santé) du titre III (Les formations de santé) du livre VI (L'organisation des enseignements supérieurs) de ce code, ils constituent la section 6 intitulée « les formations d'auxiliaire médical en pratique avancée » qui ne comprend à ce jour que la sous-section 1 intitulée « Le diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée ». L'ensemble des modifications proposées vise à définir en lieu et place du seul DE IPA « les formations en pratique avancée infirmière », qui devient le nouvel intitulé de cette sous-section 1, reconnaissant, à côté du DE IPA avec ses différentes mentions, le diplôme d'État d'infirmier anesthésiste comme formation en pratique avancée infirmière.

[96] A l'article D636-73, il est fait référence pour la spécialité d'infirmier anesthésiste au DE IA comme formation en pratique avancée, de même que pour les autres domaines d'intervention, le DE IPA avec ses différentes mentions constitue la formation d'accès à la pratique avancée. Le DE IA étant préparé en institut de formation hospitalier et non à l'université comme le DE IPA, il est précisé que l'évaluation périodique des établissements d'enseignement supérieur concernés par l'accréditation du DE IA se fait « le cas échéant en lien avec l'institut de formation avec lequel l'établissement a passé convention ». En effet, seule l'université peut être accréditée, c'est-à-dire habilitée à délivrer le DE IA au nom de l'État, et non l'institut de formation qui passe convention tripartite avec la région et l'université. L'institut participe en revanche à l'évaluation périodique par le HCERES, selon les modalités adoptées par ce dernier.

[97] Aux articles D636-74 à 76, la référence au seul DE IPA est étendue au DE IA, la formulation « formations en pratique avancée infirmière » pouvant couvrir deux ou plusieurs formations.

[98] A l'article D636-77 est intégrée la disposition actuelle du code de la santé publique (D4311-45) prévoyant que « *Peuvent prétendre à la formation conduisant au diplôme d'État d'infirmier anesthésiste, les titulaires du diplôme d'État de Sage-femme ou d'un autre titre permettant l'exercice de cette profession.* » L'article 15 de l'actuel arrêté de 2012 relatif à la formation IADE précise par ailleurs que les étudiants en médecine ayant validé leur troisième année et les titulaires d'un DE infirmier et d'un diplôme reconnu au grade de master peuvent également entrer dans cette formation. Enfin, pour définir les modalités d'admission en « formation de pratique avancée infirmière », il est proposé une formulation couvrant le DE IPA assuré par les seules universités et le DE IA préparé en institut

de formation conventionné avec l'université accréditée. Un arrêté conjoint santé-enseignement supérieur précisera les modalités conjointes d'admission en institut de formation d'IADE.

[99] Malgré l'opposition de certaines organisations, la mission a plaidé en effet pour une diplomation universitaire accréditée des trois DE de spécialités infirmières, en cohérence avec le décret du 27 avril 2022 pour les IBODE et indépendamment de la reconnaissance en pratique avancée qui concernerait d'abord les seules IADE et de son calendrier. C'est l'orientation qu'ont prises les ministres par leur courrier commun du 7 avril 2022.

[100] L'article D636-78 précise l'ouverture en formation initiale (FI) ou en formation professionnelle continue (FPC) pour les deux formations en pratique avancée infirmière, en maintenant la rédaction actuelle pour le DE IPA, ouvert en FI et en FPC, avec un débat traité plus loin, et en introduisant une rédaction pour le DE IA maintenant l'accès exclusif en FPC, qui est souhaité par tous les acteurs concertés.

[101] L'article D636-79 vise à clarifier pour les formations de pratique avancée infirmière la situation des droits d'inscription universitaire et vise à préciser pour les formations en pratique avancée la distinction qui n'est pas faite actuellement entre les droits d'inscription universitaires, qui sont payés par chaque apprenant non boursier, et les frais pédagogiques en formation professionnelle continue ou en formation initiale, qu'ils soient ou non pris en charge par l'employeur ou un fonds de formation. Les tarifs de formation en DE IPA relevés sur les sites universitaires sont tous exprimés globalement, de l'ordre de 5000 € par année ou 10.000 € pour deux ans, droits d'inscription compris. Or cette globalisation ne sera pas possible pour un institut de formation hospitalier ou privé distinct de l'université : l'institut encaisse les frais pédagogiques tarifés et l'université les droits d'inscription versés par l'apprenant.

[102] Pour le DE IPA, l'article D636-79 actuel ne vise que la formation initiale, qui a été explicitement intégrée dans l'arrêté MESRI du 19 avril 2019²², et pour les instituts de formation IADE, ou de façon plus générale les formations paramédicales universitarisées, des dispositions complémentaires restent à prendre.

[103] Le droit commun applicable aux établissements d'enseignement supérieur relevant du ministre chargé de l'enseignement supérieur est évidemment applicable aux universités préparant au DE IPA, mais pour sécuriser l'application des droits usuels (243 € en second cycle), il doit être étendu par une disposition explicite aux formations paramédicales universitarisées et en particulier à celles préparant aux DE des spécialité infirmières : les instituts de formation hospitaliers, publics et privés, financés dans le cadre de la loi de 2004, ne relèvent pas du ministre chargé de l'enseignement supérieur et ne sont donc juridiquement pas couverts par la rédaction actuelle de l'arrêté MESRI du 19 avril 2019²³. Une disposition spécifique devrait donc être introduite dans

²² L'arrêté du 19 avril 2019 relatif aux droits d'inscription dans les établissements d'enseignement supérieur relevant du ministre chargé de l'enseignement supérieur remplace les arrêtés antérieurs qui étaient annuels en intégrant une revalorisation annuelle selon l'indice des prix à la consommation. Il sert de référence commune aux acteurs et aux formations paramédicales universitarisées avec des droits d'inscription annuels de 170 € en premier cycle et 243 € en second cycle, hors contribution à la vie étudiante et de campus (CVEC) créée en 2018 et fixée en 2022-23 à 95 €. Les étudiants boursiers sont totalement exonérés des droits d'inscription et de la CVEC, qui leur sont remboursés si l'attribution de bourse est postérieure à l'inscription initiale.

²³ L'article 1^{er} de l'arrêté définit ainsi son champ d'application : « Les montants des droits annuels d'inscription (...) dans les établissements publics d'enseignement supérieur relevant du ministre chargé de l'enseignement supérieur, non compris les établissements sous tutelle conjointe relevant du deuxième alinéa de l'article L123-1 du code de l'Éducation, par les usagers qui y préparent des diplômes nationaux et des titres d'ingénieur diplômés, ainsi que par les usagers mentionnés au 2° de l'article R632-5 du code de l'Éducation [soit les internes en médecine]. Or les instituts de formation postsecondaires relevant du ministère de la santé ne sont pas des établissements d'enseignement supérieur. Même pour les élèves des classes préparatoires aux grandes écoles, l'arrêté inclut une disposition spécifique à l'article 4 : » Les élèves

l'arrêté MESRI et dans le code de l'éducation (partie réglementaire), ce qui clarifierait en outre la situation des droits applicables dans les doubles cursus expérimentaux, de niveau licence ou master. En effet, l'arrêté MESRI prévoit pour les droits d'inscription un taux plein et un taux réduit, ce dernier s'appliquant quand un second diplôme est préparé dans le même établissement. Les doubles cursus associant un diplôme d'Etat et une licence ou un master en santé se multipliant dans le cadre des expérimentations²⁴ article 39, et les difficultés remontées des sites concernés soulignent que le taux réduit n'est pas jugé applicable, les deux diplômes n'étant pas « préparés dans le même établissement », selon les termes de l'article 11 de l'arrêté MESRI de 2019.

[104] Le cas particulier important des IFSI n'est réglé que par circulaire conjointe DGOS-DGESIP de 2018, où les droits d'inscription universitaires sont « à titre opérationnel » versés aux instituts²⁵ et fixés aux niveaux de droit commun (170 €), avec une quote-part reversée aux universités dans le cadre des conventions tripartites d'universitarisation. Mais pour tous les autres instituts de formation paramédicaux universitarisés (IADE notamment), aucun texte ne précise et sécurise l'organisation actuelle. Or il est logique que les règles de droit commun de l'enseignement supérieur y soient étendues, avec versement individuel à l'université par l'apprenant des droits d'inscription universitaires aux tarifs évoqués et avec les mêmes conditions d'exonération, les frais pédagogiques étant pour leur part versés aux instituts de formation.

[105] Enfin, les articles D636-80 et 81 étendent aux IADE les conditions de VAE de droit commun, c'est-à-dire d'allègements d'études sur justifications particulières (cursus antérieurs de niveau master notamment) sans aucunement battre en brèche l'exclusivité des actes d'IADE, aucune situation de faisant fonction ou de VAE ne pouvant être organisée ou admise sur le cœur de métier d'IADE. En temps utile, d'autres situations de faisant fonctions ou de VAE pourront être admises pour les IBODE et les PDE.

[106] Globalement, ce projet de décret relatif à la formation a suscité peu de débats ou de questions dans la concertation, hormis la question sous-jacente de la diplomation et des modalités d'universitarisation.

Recommandation n°4 Finaliser, sur la base de cette concertation, et dans le nouveau cadre légal de la pratique avancée, le projet de décret figurant en annexe 3 définissant un nouveau cadre des formations de pratique avancée infirmière comprenant, outre le DE IPA et ses différentes mentions, tout ou partie des diplômes d'Etat de spécialité infirmière, en priorité celui des infirmiers anesthésistes.

2.1.1.3 Le projet de décret relatif à l'exercice en pratique avancée des infirmiers anesthésistes

[107] Le projet de décret relatif à l'exercice (voir annexe 3) a suscité en revanche des débats et des inquiétudes beaucoup plus complexes, notamment de la part des organisations de médecins-anesthésistes réanimateurs, mais également de la part des organisations d'IADE.

[108] Le projet de décret relatif à l'exercice en pratique avancée des IADE différencie l'exercice IADE et IPA au sein du titre préliminaire intitulé « Exercice en pratique avancée » du livre III de la

inscrits dans une classe préparatoire aux grandes écoles d'un lycée public et qui s'inscrivent dans un établissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel en application de l'article D. 612-29 du code de l'éducation acquittent les montants des droits au taux plein fixés dans le tableau 1. »

²⁴ Voir plus loin au 2.1.3, les deux arrêtés autorisant ces expérimentations organisent à ce jour onze doubles cursus diplôme infirmier/licence santé et une demi-douzaine de doubles cursus avec master santé associé à d'autres diplômes d'Etat.

²⁵ La contribution à la vie étudiante et de campus (CVEC voir note 16) est pour les étudiants en IFSI versée au CROUS.

quatrième partie du code de la santé publique, et crée un chapitre spécifique « Infirmier-anesthésiste en pratique avancée », à la suite du chapitre premier « Infirmier en pratique avancée ».

[109] Le métier d'IADE est en effet aussi spécifique que celui d'IPA, plus récent. Il nécessite, comme le cas échéant les autres spécialités infirmières, une définition propre de cet exercice en pratique avancée, esquissée mais non aboutie dans le cadre de cette concertation.

[110] Ce chapitre en projet est constitué de cinq articles (R4302-1 et suivants) et son aboutissement dépend des discussions engagées sur la réingénierie partielle du diplôme d'État IADE. La précédente réingénierie date de l'arrêté de 2012 et donc l'ampleur de cette nouvelle réingénierie sera beaucoup plus limitée que pour les IBODE et les PDE, dont les dernières réingénieries sont très anciennes. La formation est par ailleurs universitarisée depuis 2012, avec convention tripartite mise en œuvre depuis cette date, conformément au modèle général en vigueur pour les formations paramédicales relevant de la loi de 2004, avec diplôme d'État relevant du ministère de la santé, et délivré par la DREETS sous l'autorité du préfet de région au nom de l'État.

[111] L'article R4302-1 définit le domaine d'intervention de l'infirmier anesthésiste en pratique avancée comme « correspondant à la spécialité d'infirmier ou infirmière anesthésiste », définition nécessaire au regard de l'article L4301-1 mais différenciée d'une mention du DE IPA, puisque le DE d'IA est reconnu par le décret formation (D636-73 du code de l'éducation) comme « formation en pratique avancée infirmière ».

[112] D'une part, il est en effet proposé de maintenir la notion de spécialité infirmière, qui est ancienne, et structure en France l'identité de ces professionnels. La loi fait référence à plusieurs reprises aux spécialités infirmières, notamment aux articles L 4311-4, 15 et 22. Les spécialités infirmières, si elles devaient être reconnues en pratique avancée, n'ont pour autant pas vocation à se fondre, sous forme de mention nouvelle, dans le DE IPA. La spécialité d'infirmier anesthésiste demeure, ainsi que les deux autres spécialités infirmières définies aux articles R4311-11 (IBODE), 12 (IADE) et 13 (PDE). D'autre part, c'est bien la globalité de la spécialité d'IADE qui serait reconnue en pratique avancée, compte tenu d'une formation universitarisée depuis 2012 en deux ans avec grade de master et du haut degré de responsabilité des IADE.

[113] Le même article précise en outre que l'IADE « *participe à la prise en charge globale du patient, dans le respect des conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins d'anesthésie, définies aux articles D6124-91 à 103 du code de la santé publique.* »

[114] Enfin, pour plus de clarté, et regrouper au même endroit du code de la santé publique les conditions d'exercice des IADE, l'article suivant R4302-2 reprend intégralement et sans modification l'article actuel R4311-12 qui définit en quatre points l'exercice spécifique des IADE et leur spécialité infirmière.

[115] Cependant, la concertation n'a pas permis d'aboutir sur le contenu concret de l'ajustement relatif aux référentiels activités, compétences et formation (actuel arrêté de 2012 modifié en 2017), pour plusieurs raisons : en premier lieu, les acteurs de la formation et les professionnels IADE et médecins-anesthésistes réanimateurs (MAR) n'ont pas anticipé la réingénierie des IBODE et PDE, ni les coordinations qu'elle impose aux IADE. La formation d'IADE a beau être la seule réingénierie à deux ans avec reconnaissance au grade de master depuis 10 ans, elle doit préparer les ajustements qui la concernent, avec le risque d'être la dernière spécialité à le faire.

[116] Les changements à opérer dans l'arrêté de 2012 relatif à la formation IADE et ses annexes ne sauraient être qualifiés de réingénierie complète, comme pour les IBODE et les PDE dont la formation va passer de trois et deux semestres respectivement à quatre semestres. Ils restent néanmoins significatifs et plus que symboliques, qu'il s'agisse de la double signature santé et enseignement

supérieur, de la diplomation et l'accréditation. Il est par ailleurs nécessaire de prendre en compte du récent arrêté du 10 juin 2021 relatif aux instituts de formation paramédicaux, qui a confirmé la place des instituts de formations aux spécialités infirmières dans le champ de la loi de régionalisation de 2014. Le référentiel doit également être présenté par blocs de compétences, comme le récent arrêté IBODE, en application de l'article 36 de la loi 2018-771 du 5 septembre 2018 sur la liberté de choisir son avenir professionnel.

[117] Les acteurs de la formation IADE n'ont pas davantage anticipé avec la DGOS et la DGEISIP, par ailleurs mobilisées successivement sur la réingénierie IBODE, puis PDE, les ajustements de référentiel qui pourraient accompagner la reconnaissance en pratique avancée, en accord entre les médecins anesthésistes-réanimateurs (MAR) ou autres médecins spécialistes concernés et les IADE. Or, ces discussions entre professionnels n'ont commencé que le 31 mai 2022, la mission de concertation notant qu'un accord de principe existe entre MAR et IADE pour renforcer, sous des formes entièrement à déterminer et dans le cadre d'une formation demeurant à deux ans et 120 crédits européens (ECTS), les activités et compétences dans le champ des soins péri-opératoires et de la prise en charge de la douleur.

[118] Ce champ nouveau des soins péri-opératoires est déjà partiellement exercé en structures douleur ou en services de médecine et de chirurgie pratiquant la réhabilitation améliorée après chirurgie. Il reste à définir de façon précise entre les professionnels et s'entend comme déclinaison de la formation à « *la polyvalence des soins infirmiers dans les domaines de l'anesthésie, de la réanimation, des urgences intra et extrahospitalières, et de la prise en charge de la douleur* », qui constitue la mission première de formation des instituts de formation IADE selon les termes de l'article 1^{er} de l'arrêté de 2012. Ces soins péri-opératoires excluraient les activités relevant des conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins en anesthésie, qui sont définies aux articles D6124-91 à 103 du code de la santé publique. En référence à la définition de la spécialité infirmière d'IADE, figurant au R4311-12 du code, seraient également exclus des soins péri-opératoires les activités d'anesthésie, de réanimation péri-opératoire et de prise en charge de la douleur post-opératoire immédiate, réalisées « *sous le contrôle exclusif du médecin anesthésiste réanimateur* », tant au bloc opératoire qu'en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI).

[119] Contrairement aux craintes exprimées par les MAR lors des deux dernières séances de travail, et postérieurement (voir les deux communiqués de presse du 19 mai 2022), le projet de décret exercice, s'il était adopté en l'état, n'habilite en aucune façon les IADE à se substituer aux MAR pour réaliser les consultations et visites pré-anesthésiques. Il prévoit en revanche que dans le cadre d'une pratique avancée à définir, en dehors des lieux et organisations déjà cités, bloc opératoire et salle de réveil, mais dans des lieux et organisations déjà prévus par l'arrêté de 2012, les IADE puissent contribuer à la prise en charge du patient en réalisant notamment des entretiens, procédant à des évaluations cliniques, prescrivant des actes ou des produits de santé conformes à leurs compétences et missions. Ces lieux identifiés concernent notamment les structures douleur (consultations de proximité et centres) labellisées par chaque ARS en lien avec la société française d'évaluation et de traitement de la douleur (SFETD) et au nombre d'environ 250 sur le territoire national, d'une part, et les services de médecine ou de chirurgie, ambulatoire ou non, au titre de la réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC ou RAC).

[120] Les discussions entre IADE et MAR sur ce point, en vue de compléter l'arrêté de 2012 n'ayant pas encore démarré ni été inscrites dans un calendrier de travail avec DGOS et DGEISIP, la mission de concertation recommande aux professionnels d'une part et aux deux directions d'autre part d'organiser sans délai ces discussions, de façon à ce que les travaux puissent être finalisés en même temps que la réingénierie PDE, soit pour publication au tout début 2023 au plus tard.

[121] Un courrier commun du 13 juin 2022 entre le comité d'entente des écoles d'IADE et des directeurs scientifiques de ces écoles (qui sont en application des textes actuels des PU-PH d'anesthésie réanimation) a été adressé à la mission et partagé avec la DGOS et la DGEISIP. Il figure en annexe 7. Il retrace le point d'entrée des discussions qui ont repris le 31 mai 2022 entre ces deux organisations, sur la base des propositions communes des IADE (comité d'entente, CNP et SNIA).

Recommandation n°5 Organiser (DGOS et DGEISIP) les travaux de refonte de l'arrêté de 2012 modifié en 2017 en vue de leur prise d'effet à la rentrée 2023, en précisant sans délai aux professionnels IADE et MAR le calendrier des travaux (entre septembre et décembre 2022), les contenus et formes attendus, notamment dans le cadre de la loi 2018-771 du 5 septembre 2018 sur la liberté de choisir son avenir professionnel (approche par bloc de compétences).

Recommandation n°6 Finaliser, dans le nouveau cadre légal et sur la base de ces travaux et de cette concertation, le projet de décret relatif à l'exercice en pratique avancée infirmière figurant en annexe 3 définissant, à côté du cadre d'exercice des IPA, le cadre d'exercice spécifique des infirmiers anesthésistes en pratique avancée.

[122] En effet, pour être en vigueur à la rentrée 2023, les nouveaux textes doivent être publiés en temps utile, afin que les acteurs de la formation organisent les formations démarrant à la rentrée d'une part, les concours d'admission s'ouvrant début 2023 avec les validations des acquis de l'expérience (VAE) possibles et nécessaires. Les universités doivent en effet se préparer aux accréditations et diplômes qui seront décidées (à ce jour pour les IBODE), dans un calendrier qui ne peut être précipité, et qui comprend trois étapes : les demandes d'accréditation par les universités concernées en 2023, suivies des décisions conjointes d'accréditation par les deux ministères et enfin les diplômes nouvelles à compter de 2024 par les universités accréditées.

[123] Cette campagne d'accréditation gagnerait à être menée simultanément sur les trois spécialités après signature des conventions tripartites nouvelles pour IBODE et puéricultrices, dans la mesure où ces formations et instituts existent déjà, et où les allongements de formation portent sur la deuxième année, donc sans incidence budgétaire dès 2023. Enfin, les taux de financement par les régions sont très faibles compte tenu des financements par les employeurs ou les fonds au titre de la formation professionnelle continue. Les changements pédagogiques pèsent au premier chef sur les instituts de formation, mobilisés avec les universités pour réussir dès la rentrée 2022 (IBODE) et 2023 (puéricultrices et IADE) la mise en place des nouvelles formations et accréditations.

[124] Régions de France indique pour sa part que la commission consultative d'évaluation des charges, compétente en application du code général des collectivités locales (CGCT) depuis 2004 en cas de transfert de compétences entre l'Etat et les collectivités territoriales, aurait dû être réunie pour examiner différents accroissements de charges dans le cadre de l'universitarisation. Le ministère de la santé s'est engagé²⁶ à réunir cette commission avant la fin 2022. La mission note cependant que les évolutions récentes relatives aux IBODE (arrêté modificatif du 28 janvier 2020, arrêté du 27 avril 2022) ont bien été soumises avec leur fiche d'impact au Conseil national d'évaluation des normes, compétent en application du CGCT depuis 2013 pour émettre un avis sur tout projet de texte réglementaire modifiant les normes applicables aux collectivités territoriales. Ni le recrutement en continuité des études infirmières ni le passage à quatre semestres de la formation et son universitarisation ne constituent en effet des transferts de compétences mais bien des accroissements de charges suite à évolution réglementaire. Les régions ont droit à compensation de la part de l'Etat, en application de l'article L1614-2 du CGCT, comme cela a d'ailleurs été fait lors de l'universitarisation des IADE en 2012.

²⁶ Voir l'avis du 7 avril du conseil national d'évaluation des normes sur le projet d'arrêté relatif aux IBODE.

2.1.2 La mobilisation des acteurs sur la réingénierie du diplôme IBODE à la rentrée 2022 et la gestion des mesures transitoires sur les actes exclusifs bloquent toute réflexion immédiate sur la pratique avancée des IBODE avec les chirurgiens

[125] Le groupe de travail IBODE a été tenu informé par la DGOS du dispositif proposé pour la réingénierie du diplôme IBODE et les mesures transitoires concernant les actes exclusifs. S'agissant de la réingénierie, les projets de décret et d'arrêté ont été finalisés en vue de prendre effet à la rentrée 2022 et adressés au CNESER du 12 avril et au HCPP du 14 avril, les textes définitifs ayant été publiés au JO du 29 avril 2022.

[126] Fin juin 2022, le dispositif relatif aux mesures transitoires n'était pas communiqué aux acteurs, malgré l'injonction faite par la section du contentieux du conseil d'État dans sa décision du 30 décembre 2021 au premier ministre de prendre dans les quatre mois, soit avant le 30 avril 2022 de nouvelles dispositions règlementaires transitoires permettant l'accomplissement des actes exclusifs : le calendrier du changement de gouvernement a en effet retardé, de fait, l'arbitrage ou la publication du nouveau décret.

[127] En revanche, dans le cadre d'un autre litige relatif à la nouvelle bonification indiciaire (NBI) versée au IDE exerçant en bloc opératoire, le décret n°2022-313 du 3 mars 2022 modifiant le décret n°92-112 relatif à la NBI versée à certains personnels de la FPH, est venu accorder une NBI de 13 points aux personnels IBODE à compter du 1^{er} avril 2022, sans éteindre pour plusieurs organisations les contestations sur le caractère insuffisant ou tardif, s'agissant des IBODE, de cette NBI.

[128] Les trois séances du groupe de travail ont permis de constater que l'ensemble des organisations plaçaient leurs priorités dans l'aboutissement dès la rentrée 2022 de la réingénierie du diplôme IBODE sur la base de deux ans de formation, 120 ECTS et le grade de master, et la perspective d'un règlement satisfaisant des mesures transitoires, qui n'est pas abouti à ce jour. S'agissant de la réingénierie, force est également de constater que la proposition conjointe des organisations transmise à la DGOS en décembre et retenue dans les textes définitifs maintient dans sa définition actuelle l'assistance chirurgicale prévue par l'article R4311-11-1 2° soit « Au cours d'une intervention chirurgicale, en présence et sur demande expresse du chirurgien, une fonction d'assistance pour des actes d'une particulière technicité déterminés par arrêté du ministre chargé de la santé. » A ce stade, la concertation a conduit la mission à constater qu'aucun accord n'existe entre IBODE et chirurgiens, notamment entre les CNP respectifs, pour une évolution de cette assistance chirurgicale renforçant l'autonomie des IBODE et associée à une reconnaissance en pratique avancée.

[129] Dans le cadre du décret n°2022-732 du 27 avril 2022 relatif aux modalités de délivrance du DEIBO et à l'attribution du grade de master, une nouvelle section 7, intitulée « diplôme d'État d'infirmier de bloc opératoire », a été créée dans le code de l'Éducation. Elle comprend les articles D636-82 à 84. L'article D636-82 précise que « ce diplôme peut être obtenu dans le cadre de la VAE dont les modalités d'organisation sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé ». Cette formulation fait référence à l'actuel arrêté du 24 février 2014 modifié, appelé à être modifié sous la double signature santé-enseignement supérieur, compte tenu des changements intervenus : le jury de VAE ne peut être le jury de délivrance du DE IBO nommé par le préfet de région (article cinq) que jusqu'en 2023 ; à compter de la transformation du DE IBO en diplôme national de l'enseignement supérieur délivré par l'université à partir de 2024, la VAE devient également universitaire.

[130] Aussi bien, la VAE IBODE est très inégalement mobilisée à ce jour selon les régions, avec selon l'enquête DREES 2020 seulement 28 validations totales ou 7 % des dossiers, dont onze en Nouvelle Aquitaine et dix en Pays de Loire, et 304 validations partielles ou 73 % des dossiers, essentiellement

en Ile de France, Auvergne Rhône Alpes, Occitanie, Nouvelle Aquitaine, Pays de Loire et Bourgogne Franche Comté. Mais ces procédures de VAE séparées de parcours individuels de formation (l'enquête DREES recense seulement 34 allègements de formation après VAE partielle et dix DE IBO validés après VAE et parcours de formation) et avant détermination de cinq blocs de compétences dans la nouvelle formation sont totalement à revoir au regard des enjeux de formation.

[131] Par ailleurs l'enquête DREES 2020 indique 6 instituts de formation fonctionnant de façon intermittente, une année sur deux (ainsi Besançon et Nantes accueillait jusqu'en 2020 une promotion les années impaires et Martinique et Réunion les années paires, Tours et Orléans alternant leur rentrée dans leur région), certaines antennes de formation sur un site voisin (antenne de Lyon à Grenoble), et également 12 % des inscrits dans des formations décalées en janvier. Ces situations sont en résorption, a fortiori avec la réingénierie en deux ans à compter de septembre 2022, et les besoins confirmés en IBODE, métier reconnu en tension, justifient que les capacités de formation soient renforcées, avec une rentrée annuelle, de façon à optimiser les coûts et ressources de formation et rendre la formation plus attractive. Avec 25 instituts pour 550 IBODE en formation en 2020, les promotions moyennes sont de 22 apprenants, soit les plus faibles des trois spécialités infirmières (moyenne de 25 IADE en formation dans les 28 instituts et de 35 puéricultrices dans les 34 instituts). L'appareil de formation IBODE peut être développé en étoffant les promotions par site et en créant quelques sites supplémentaires en CHU.

Recommandation n°7 Accompagner les acteurs dans la mise en œuvre dès la rentrée de septembre 2022 de l'universitarisation et de la réingénierie de la formation IBODE publiée le 27 avril 2022, indépendante d'une reconnaissance ultérieure éventuelle en pratique avancée des IBODE, avec, pour la première fois s'agissant d'un diplôme d'État de formation paramédicale relevant du ministère de la santé, une nouvelle diplomation universitaire accréditée à compter de 2024.

2.1.3 La perspective de la réingénierie du diplôme d'infirmier ou infirmière puéricultrice en vue de la rentrée 2023 s'inscrit dans un contexte plus favorable avec les médecins concernés et devrait conduire à reconnaître en pratique avancée l'ensemble des secteurs d'exercice y compris en ambulatoire

[132] Pour les infirmiers ou infirmières puéricultrices, plusieurs particularités ont été partagées avec le groupe de travail. Tout d'abord, la réingénierie du diplôme actuellement préparé en un an ne peut s'envisager qu'en portant la formation à deux ans et au grade de master, soit un doublement de la formation. Les travaux pour ce faire n'ont pas formellement débuté et ont été annoncés par la DGOS en lien avec la DGEIP pour septembre 2022 en vue d'une application à la rentrée 2023.

[133] Ensuite, l'exercice des puéricultrices en « *équipe de soins en établissement de santé, en établissements médico-sociaux, coordonnée par un médecin* » ou en « *équipe de soins primaires, coordonnée par le médecin traitant* » correspond selon les données de l'association nationale des puéricultrices (ANPDE) à 60 % des situations d'emploi actuelles des puéricultrices. Une reconnaissance en pratique avancée de l'ensemble de cette spécialité infirmière n'est donc envisageable qu'en élargissant les situations d'exercice prévues au I du cadre légal aux services départementaux de protection maternelle et infantile, d'aide sociale à l'enfance, et au secteur de l'accueil du jeune enfant.

[134] L'ensemble des médecins concernés, pédiatres, généralistes, médecins territoriaux sont en effet favorables au maintien et au renforcement, dans le cadre du doublement de la formation, des situations de responsabilité et d'autonomie des puéricultrices susceptibles de conduire à la reconnaissance globale de la spécialité en pratique avancée : cette dimension sera naturellement

intégrée aux travaux conduits par les deux ministères avec les professionnels autour de la réingénierie.

[135] Cependant, cette reconnaissance se heurterait en l'état à une importante difficulté : la formation actuelle de puéricultrice est la seule des quatre filières infirmières de niveau master à être majoritairement assurée en continuité directe des études d'infirmière, à 60 % selon le comité d'entente des écoles. Les comparaisons internationales demeurent embryonnaires sur la reconnaissance entre pays membres de l'UE des spécialités infirmières et des infirmières en pratique avancée (nurse practitioners ou nurse specialists), ou les critères d'accès aux formations dans l'espace de Bologne (auquel appartient toujours le Royaume-Uni post-brexit) et au-delà. Il suffit cependant à la mission et aux professionnels de se référer aux pratiques américaines et anglaises, où l'équivalent des puéricultrices constituent les pionniers de la pratique avancée infirmière. La mission constate qu'il est clairement attendu, tant par les normes américaines, largement reprises par le conseil international des infirmiers, que par les normes du NHS, d'une IPA en santé de l'enfant, comme de toute IPA, une expérience professionnelle couvrant selon les termes du NHS quatre piliers (pratique clinique, leadership et management, formation et recherche). L'expérience en pratique clinique est a priori incompatible avec la continuité directe avec les études d'infirmières, si elle était maintenue à son niveau actuel majoritaire. Ce débat, non soulevé dans la concertation menée jusqu'en avril avec les puéricultrices, sera repris plus loin à propos de la continuité d'études, encore marginale, dans les formations d'IPA et d'IBODE.

Recommandation n°8 Confirmer, sur la base de cette concertation, le calendrier des travaux de réingénierie de la formation de puéricultrice, portée à deux ans et au grade de master, dans la perspective d'une reconnaissance en pratique avancée de l'ensemble de leurs situations d'exercice et de responsabilité dans le nouveau cadre légal et réglementaire de la pratique avancée.

[136] En outre, la reconnaissance de soins de puéricultrice en secteur ambulatoire concerne à ce jour 5 % des puéricultrices soit environ un millier, mais aucune nomenclature spécifique n'existe, et seuls les actes infirmiers classiques, prévus pour les adultes par la convention nationale infirmière (CNI) et la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), sont facturables. La CNAM ne peut donc en l'état différencier l'exercice ambulatoire des puéricultrices au sein des actes infirmiers. Si la spécialité était reconnue en pratique avancée, elle pourrait dès lors facturer les forfaits PAI créés suite à l'avenant 7 à la CNI, ainsi que la majoration dite MIP (3,90 €) pour les patients de moins de 7 ans²⁷. Comme l'indique explicitement la NGAP, « Ces modalités de valorisation pour le suivi des patients s'appliquent également aux centres de santé et aux maisons de santé pluriprofessionnelles salariant des infirmiers en pratique avancée. »

[137] La CNAM interrogée indique que la reconnaissance de soins de puéricultrices peut passer concurremment par une NGAP spécifique, après avenant à la CNI et décision UNCAM, et, après reconnaissance en pratique avancée, par une évolution des forfaits PAI, telle qu'elle se discute actuellement dans le cadre de l'avenant 9 de la CNI. Ces deux hypothèses supposent des études préalables et une réflexion sur un modèle économique spécifique aux puéricultrices qui n'ont pas été engagées à la connaissance de la mission. Elles rejoignent également l'analyse faite plus loin sur le champ de la convention nationale infirmière (voir après la recommandation n°11).

²⁷ Le chapitre III soins de pratique avancée a été créé par la décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) du 13 février 2020 au sein du Titre XVI soins infirmiers de la NGAP.

Recommandation n°9 Activer, sur la base de cette concertation, les réflexions sur la reconnaissance de l'exercice ambulatoire et libéral des puéricultrices, qui s'intégrerait dans leur reconnaissance en pratique avancée et suppose un modèle économique spécifique à définir, en cohérence avec la convention nationale infirmière et ses évolutions (avenant n°9 en discussion et avenants ultérieurs).

[138] S'agissant de la réingénierie du diplôme de puéricultrice, par construction le résultat n'en sera connu qu'à l'issue des travaux, avec une publication du décret et de l'arrêté correspondants, après avis du HCPP et du CNESER, probablement fin 2022 ou début 2023. Les instituts de formation prépareront les concours d'admission 2023 en vue de la rentrée de septembre. Les universités assureront pour leur part les formalités d'accréditation en vue des nouvelles diplômes universitaires en 2024. Le courrier commun des deux ministres du 7 avril indique une orientation claire sur la diplomation universitaire accréditée, qui devrait conduire pour les puéricultrices et les IADE à la même décision que pour les IBODE, et à terme pour l'ensemble des formations sanitaires universitarisées.

[139] Une dimension spécifique a été discutée avec les acteurs de la formation de puéricultrice, le risque d'une année blanche en 2024, la nouvelle formation de deux ans démarrant à la rentrée 2023. Ce risque ne peut être écarté qu'en organisant un jeu renforcé de la VAE par les universités dans le cadre de cette nouvelle formation, alors que la VAE n'est pas ouverte pour la formation en un an. La VAE doit concerner les puéricultrices en formation professionnelle continue (soit actuellement environ 40% des 1200 inscrits de 2020, pour 1092 reçus hors VAE et 4 reçus avec VAE). Des allègements de scolarité doivent pouvoir intervenir, pouvant aller jusqu'à un an (50 % de la nouvelle formation). Ainsi, une diplomation dès 2024 pourrait être envisagée pour une partie de la promotion entrée dans la formation réingénierie en septembre 2023 ou dans un parcours adapté de type M2. Par ailleurs l'enquête DREES 2022 semble indiquer que moins de 5 % des effectifs en formation correspondent à une rentrée décalée en janvier (mais 15 % des diplômes, sans doute au titre des rattrapages).

[140] Enfin, ce risque d'année blanche a été identifié par les deux instituts de formation de puéricultrices engagés dans une expérimentation issue de l'article 39 de la loi de 2013, à savoir Marseille et Strasbourg, lesquels associent tous deux au DE de puéricultrice en un an à compter de septembre 2022 un double cursus avec master santé en deux ans. Ces deux expérimentations autorisées respectivement par arrêté santé-enseignement supérieur du 9 septembre 2021 et du 26 avril 2022 couvrent une période de quatre ans à compter de l'année universitaire de démarrage 2022-23, l'année terminale 2026-27 étant celle de leur évaluation. Elles intégreront par construction la nouvelle formation en deux ans à compter de la rentrée 2023, le master santé d'Aix-Marseille Université (AMU) concernant en outre également les IADE, les IBODE, le DE IPA et les cadres de santé.

[141] Cependant, la solution adaptée localement à Marseille d'un double concours en 2022, formation classique en un an et formation expérimentale avec double cursus en deux ans n'est pas reproductible dans l'ensemble des autres instituts de formation à la rentrée 2023 et la piste d'une VAE renforcée devra être étudiée dans le cadre des travaux de réingénierie.

[142] L'institut de formation IADE du CHU de Strasbourg et l'institut de formation IBODE porté par le CH de Colmar ne font pas partie de l'expérimentation, autorisée pour la seule formation de puéricultrices. Strasbourg envisage pour sa part d'ouvrir le M2 à la rentrée 2023, à une partie de la promotion sortante, dont la disponibilité serait ainsi décalée à l'été 2024. Dans les deux cas, compenser l'année blanche supposerait donc d'augmenter par la VAE les promotions entrant en 2023.

Recommandation n°10 Activer, sur la base de cette concertation, et des travaux de réingénierie du DE de puéricultrice, tous les leviers universitaires, VAE et apprentissage, permettant d'éviter une année blanche de recrutement en 2024 en tirant partie du double profil des puéricultrices en formation, 60 % en continuité d'études du diplôme d'études et 40 % en reprise d'études.

2.1.4 En cohérence avec la discussion conventionnelle propre aux IPA qui doit dégager un modèle économique viable, un accès direct des patients aux IPA est envisageable pour les activités d'orientation, éducation, prévention et dépistage et les modalités pédagogiques du DE IPA doivent être évaluées, densifiées et corrigées

2.1.4.1 L'accès direct des patients aux IPA conditionne également le modèle économique

[143] A l'issue de négociations assez tendues, le décret n°2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée a tranché négativement la question de l'accès direct du patient aux IPA : les IPA ne peuvent participer à la prise en charge des patients que lorsqu'ils leur sont confiés par les médecins avec lesquels les IPA ont signé un protocole d'organisation. C'est le médecin qui détermine les patients auxquels il est proposé d'être suivis par un ou une IPA. Seul le décret n°2021-1384 du 21 octobre 2021 relatif à l'exercice en pratique avancée de la profession d'infirmiers, dans le domaine d'intervention des urgences est venu, trois ans plus tard et pour les seuls IPA mention urgences, dont les premiers ne sont pas encore sortis de formation, introduire un accès direct du patient en service d'urgences à l'IPA mention urgences, limité aux cas moins graves et moins complexes définis par arrêté, et dérogeant au principe du « *patient confié par le médecin* ».

[144] Or, comme l'a documenté le rapport IGAS Trajectoires, le protocole d'organisation défini par les articles R4301-4 et suivants du CSP continue de faire l'objet de fortes interrogations, en raison de sa personnalisation, du libre choix du patient, et de dérives difficilement justifiables quelles que soient les intentions des acteurs interférant, tant en établissement qu'en ambulatoire, dans ce protocole. Dans une conception simple et non bureaucratique, ce document matérialise simplement, selon les 5 points mentionnés au R4301-4, et par la signature « *du ou des médecins et du ou des infirmiers exerçant en pratique avancée* » leur mise en relation permettant aux premiers de confier des patients aux IPA.

[145] « *Ce protocole précise: 1° Le ou les domaines d'intervention concernés; 2° Les modalités de prise en charge par l'infirmier exerçant en pratique avancée des patients qui lui sont confiés; 3° Les modalités et la régularité des échanges d'information entre le médecin et l'infirmier exerçant en pratique avancée; 4° Les modalités et la régularité des réunions de concertation pluriprofessionnelle destinées à échanger sur la prise en charge des patients concernés; 5° Les conditions de retour du patient vers le médecin, notamment dans les situations prévues aux articles R. 4301-5 et R. 4301-6.* »

[146] Dans le cadre légal posé par l'article L4301-1, le domaine d'intervention renvoie nécessairement à celui correspondant à la mention du DE IPA de chaque professionnel infirmier. Il est proposé d'ajouter cette précision pour éviter toute autre interprétation. En exercice salarié comme libéral, cet adressage de patient a vocation à concerner plusieurs médecins et plusieurs IPA, avec des modalités « *de prise en charge* », « *d'échanges d'information* », de réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) et « *des conditions de retour au médecin* » qui s'inscrivent dans les compétences des professionnels et leur déontologie en fonction des profils de chaque patient. Détailler ces modalités semble malcommode et superflu, peu respectueux des professionnels et destiné initialement à rassurer les médecins généralistes ou spécialistes sur un transfert de tâches et devant leur inquiétude sur ce nouveau mode de coopération.

[147] Dans le même esprit, il n'apparaît pas nécessaire ni pertinent de formaliser de façon aussi précise que dans les articles R4301-4 et suivants la traçabilité de l'information donnée au patient, qui relève de la déontologie et de la responsabilité des professionnels IPA et médecins.

[148] Or, la personnalisation et l'instabilité de la mise en relation, en cas de changement ou départ d'un professionnel, font peu de cas du libre choix du patient²⁸, et d'un amorçage différent des prises en charge, pour certaines activités, notamment autour de la prévention, certaines situations, notamment d'absence de médecin traitant (ou de médecin confiant le patient à l'IPA), et de demande ou d'intérêt du patient pour un premier contact direct avec l'IPA, sans rompre avec le parcours coordonné du patient et le rôle du médecin traitant, quand il est bien présent.

[149] Le groupe de travail IPA ayant exprimé un consensus pour faciliter les actions de prévention, la mission a proposé qu'à l'instar des soins en urgences, dans les cas de moindres gravité et complexité, l'IPA puisse assurer en accès direct « *les activités d'orientation, éducation, prévention et dépistage* », formulation déjà présente au L4301-1, qui peuvent être précisées sans difficulté : l'orientation vers un autre professionnel de santé, médecin ou non, s'inscrit dans le parcours de soins, l'éducation, notamment l'éducation thérapeutique du patient, dans la formation des IPA, les activités de prévention et de dépistage sont déjà définies dans les annexes de l'arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée.

[150] Cependant, le dernier groupe de travail IPA le 12 mai dernier n'a pu, malgré l'ouverture des participants, recueillir de position du conseil national de l'ordre des médecins (CNOM), alors en renouvellement. Les discussions directes avec les IPA autour du CNOM ont d'ailleurs été interrompues et repoussées au-delà de ce renouvellement, intervenu fin juin. Il est souhaitable que ces discussions reprennent dès que possible, ce que le conseil national de l'ordre a exprimé par courrier du 30 juin 2022 adressé à la mission (voir annexe 9).

Recommandation n°11 Veiller à la reprise des discussions entre professionnels IPA et médecins sur l'accès direct des patients aux IPA et les modalités concrètes d'adressage du patient susceptibles de simplifier, compléter ou remplacer à terme l'actuel protocole d'organisation entre médecins et IPA, salariées et libérales, défini par l'article R4301-3, et finaliser sur la base de cette concertation, le projet de décret en annexe 4 relatif à l'accès direct des patients aux IPA pour les activités « d'orientation, éducation, prévention, dépistage ».

[151] Dans cette perspective, pour les IPA libérales, peu nombreuses (une centaine), et pour éclairer la relation entre protocole d'organisation, adressage et modèle économique en discussion avec la CNAM, une première enquête ou exploitation des données de remboursement (SNDS) est indispensable. Il serait en effet précieux de distinguer dans les données les cohortes d'IPA installées avant l'été 2021, 2022 etc..., ainsi que le nombre de médecins confiant ou adressant des patients aux IPA libérales et les flux de patients concernés doivent pouvoir être suivis, sans attendre les évaluations et publications IRDES recommandées plus loin (voir recommandation n°19).

[152] Par ailleurs, les IPA ont exprimé leur incompréhension devant plusieurs situations qui n'ont pas été adaptées ou modifiées depuis l'apparition de leur profession, et l'incohérence consistant à ne pas la reconnaître spécifiquement au sein de l'exercice infirmier ou de la convention nationale infirmière. Ces points déjà identifiés par les constats et recommandations du rapport Trajectoires

²⁸ Le rapport Trajectoires considère que ce décret, pourtant en conseil d'État, contrevient au principe de libre choix du professionnel par le patient. Après échange avec le CNOM, la mission rappelle pour sa part que le patient peut s'opposer à la prise en charge par l'IPA qui lui est indiquée par son médecin, et exprimer une préférence pour un autre professionnel. Leur rareté et le faible nombre d'IPA en protocole d'organisation avec des médecins limite certes son choix, mais s'il accepte d'être suivi, c'est incontestablement qu'il choisit son professionnel IPA.

sont ici expertisés sous forme de recommandations issues de la concertation menée, sans avoir fait cependant l'objet de discussions spécifiques en groupe de travail : il appartient d'ailleurs aux organisations représentant les IPA de les discuter avec les pouvoirs publics et la CNAM, la plupart de ces recommandations relevant du niveau législatif et appelant des arbitrages spécifiques.

[153] Ainsi, l'article L162-9 du code de la sécurité sociale définit le champ des conventions nationales des auxiliaires médicaux dont les infirmiers : « *Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les auxiliaires médicaux sont définis par des conventions nationales conclues entre l'UNCAM et une ou plusieurs des organisations syndicales nationales les plus représentatives de chacune de ces professions.* »

[154] La convention nationale infirmière (CNI) comprend depuis son avenant 7, négocié et approuvé en 2019, un chapitre et des discussions spécifiques aux IPA. Les organisations syndicales signataires sont celles de la CNI exclusivement, en application de l'article cité : elles représentent donc les IDE en général et non les IPA seulement. Les représentants des IPA ne peuvent en l'état qu'être indirectement associées aux discussions conventionnelles, mais selon l'ordre de priorité et d'expertise des organisations signataires. Les IPA libérales dépassent à peine la centaine en effectifs, à comparer à 135 000 infirmiers libéraux ou mixtes représentant 18 % des infirmiers répertoriés début 2021.

[155] Malgré ce faible effectif, appelé à croître avec chaque nouvelle promotion d'IPA, au motif du rôle non prescrit des infirmiers en pratique avancée, le législateur et les pouvoirs publics pourraient envisager une convention nationale spécifique pour les auxiliaires médicaux en pratique avancée, sur le modèle de la disposition prévoyant la possibilité de conventions nationales médicales séparées entre médecins généralistes et autres spécialistes²⁹. Cette novation supposerait d'amender ainsi l'article L162-9 (et l'article L162-12-2 par coordination) : « *Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et (...) les auxiliaires médicaux sont définis par des conventions nationales conclues entre l'UNCAM et une ou plusieurs des organisations syndicales nationales les plus représentatives de chacune de ces professions, ou le cas échéant par des conventions nationales conclues séparément pour les auxiliaires médicaux et les auxiliaires médicaux exerçant en pratique avancée avec une ou plusieurs organisations syndicales nationales représentatives de ces modes d'exercice.* »

[156] Compte tenu de la nécessité de modifier la loi, mais surtout du faible effectif actuel des IPA libérales, auquel pourraient cependant s'adjoindre les puéricultrices libérales si elles étaient reconnues en pratique avancée et partageaient la même nomenclature, cette modification constitue probablement une perspective de moyen terme, et devrait inciter la CNAM à constituer tout groupe de contact ou de suivi spécifique aux IPA, et une commission paritaire nationale spécifique, sur la base des avenants conventionnels.

[157] Par ailleurs, les dispositions conventionnelles traduites dans la NGAP en un chapitre spécifique aux IPA, permettent, comme le souligne l'assurance-maladie, à la plupart des établissements de santé et aux centres de santé de facturer les mêmes actes en soins externes, hors hospitalisations complètes ou de jour financées par les tarifs des GHM/GHS ou par dotations. Les établissements anciennement couverts par la dotation globale (dits ex-DG) sont pour l'essentiel les établissements publics de santé.

²⁹ L 162-5 du code de la sécurité sociale « Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins sont définis par des conventions nationales conclues séparément pour les médecins généralistes et les médecins spécialistes, par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations syndicales les plus représentatives pour l'ensemble du territoire de médecins généralistes ou de médecins spécialistes ou par une convention nationale conclue par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et au moins une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire de médecins généralistes et une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire de médecins spécialistes. »

Les établissements commerciaux, à but lucratif, mais aussi certains établissements non lucratifs, notamment en dialyse, n'en font pas partie et relèvent de l'autre catégorie d'établissements, anciennement financés dans le cadre de l'objectif de dépenses des cliniques³⁰, qui fonctionnent en général avec des médecins libéraux exclusivement : leurs tarifs ou forfaits de dialyse ne comprennent pas la rémunération des médecins (dont le modèle dominant est libéral), mais bien celle des professionnels paramédicaux (masseurs-kinésithérapeutes et infirmiers pour l'essentiel), qui sont salariés.

[158] Depuis la loi HPST de 2009, une dérogation existe pour les médecins salariés de ces établissements, prévue par l'article L162-26-1 du code de la sécurité sociale : « *Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-2 du présent code et de l'article L. 4113-5 du code de la santé publique, lorsqu'un établissement de santé prévu au d de l'article L. 162-22-6 du présent code emploie des médecins qui choisissent le mode d'exercice salarié pour assurer des activités de soins, les honoraires afférents à ces activités peuvent être facturés par l'établissement dans les conditions prévues aux articles L. 162-1-7 et L. 162-14-1 et dans la limite des tarifs fixés en application de ces articles.* » Cette dérogation n'a pas été étendue aux paramédicaux salariés et empêche les cliniques privées et nombre d'établissements de dialyse de salarier des IPA et de financer tout ou partie de leurs postes par la facturation des actes correspondants (forfaits PAI en l'état).

[159] Le modèle économique actuel des IPA libérales est donc jugé par ces établissements et leurs fédérations (FHP et FEHAP) peu incitatif à ce que ces structures développent des postes d'IPA, pour partie en substitution de temps médicaux (libéraux) ou infirmiers (salariés). A ce jour, seules des IPA libérales devraient assumer la charge d'une facturation jugée insuffisante. Les IPA salariées mention maladie rénale et les établissements de dialyse semblent particulièrement concernés par cette impossibilité de facturation.

Recommandation n°12 Etudier en lien avec les fédérations et professionnels IPA concernés l'ampleur des activités des établissements ex-OQN concernés par l'impossibilité de facturation au titre de leurs paramédicaux salariés, notamment IPA en dialyse, et envisager une modification éventuelle de l'article L162-26-1, limitée ou non aux IPA.

[160] La composition du Haut conseil des professions paramédicales (HCPP) est définie par l'article D4381-3 du code de la santé publique, qui n'a pas été modifié à ce jour pour tenir compte de la création des IPA. Ainsi la rédaction du 4° de cet article prévoit : « *un représentant de chacune des professions ou groupe de professions suivantes : ergothérapeute, psychomotricien, manipulateur d'électroradiologie médicale, audioprothésiste, opticien-lunetier, prothésiste et orthésiste, diététicien, technicien de laboratoire, infirmier anesthésiste diplômé d'État, infirmier de bloc opératoire diplômé d'État et puéricultrice diplômée d'État ;* » Chacune des trois spécialités infirmières dispose d'un représentant, mais pas les IPA.

[161] Les pouvoirs publics pourraient, compte tenu des enjeux liés à la pratique avancée et de son développement, prévoir un représentant des IPA au HCPP.

Recommandation n°13 Prévoir un représentant des IPA au HCPP, en complétant le décret simple précisant sa composition (D4381-3 4°).

[162] Enfin, un sujet statutaire a été identifié concernant le recrutement des IPA dans la fonction publique de l'État (FPE) et la fonction publique territoriale (FPT). Si la grille des IPA hospitalières (corps des AMPA dans la FPH) a bien été revalorisée dans le cadre du Ségur, avec alignement de tous

³⁰ Ils sont donc dits ex-OQN pour objectif quantifié national, et visés au d) de l'article L162-22-6 du code de la sécurité sociale cité plus loin.

les paramédicaux hospitaliers formés avec grade de master, ainsi que par anticipation sur leur réingénierie les puéricultrices territoriales (et hors classe), aucune grille n'a été prévue dans la FPE et la FPT, où demeurent seulement les grilles infirmières moins favorables. Les infirmières État et territoriales devenant IPA après formation, financée ou non par leur employeur, ne peuvent donc bénéficier d'aucune revalorisation, sauf à bénéficier d'un détachement sur contrat dans la FPT ou la FPE, ce qui est toujours possible, à défaut de corps adapté, mais suppose l'accord de l'employeur. Les employeurs territoriaux et l'Etat prennent donc le risque de voir leurs titulaires partir se faire embaucher dans la FPH et ne pas vouloir revenir par détachement sur contrat dans la FPE ou la FPT. Les effectifs potentiellement concernés peuvent être approchés par les infirmiers non spécialisés présents dans les secteurs d'activité du répertoire ADELI, qui constituent le vivier des candidats à la formation IPA et l'effectif très partiellement substituable par des IPA. Cet effectif est compris entre 3 000 et 6 000 en collectivités territoriales (borne d'âge à 62 ans ou sans borne d'âge, 80 % de ces effectifs étant hors PMI et 20 % en PMI, ces infirmières travaillant aux côtés des puéricultrices beaucoup plus nombreuses, environ 5 000), et représente environ 5 000 infirmiers non spécialisés relevant de l'Etat (70 % en santé scolaire et universitaire, 30 % dans les ministères et services déconcentrés).

[163] Ces secteurs d'activité appellent d'ailleurs une réflexion de l'Etat employeur sur le positionnement et le développement dans ces versants de la pratique avancée infirmière, en tenant compte des exercices à temps partiel et partagé : une IPA est formée pour exercer des responsabilités cliniques (prise en charge et prescription) mais pourrait exercer certaines missions à l'Etat, notamment en santé scolaire ou universitaire, que ces responsabilités soient reconnues ou non comme un exercice en pratique avancée (seule la santé au travail est reconnue en ce sens).

Recommandation n°14 Développer la réflexion sur la pratique avancée dans les services relevant de l'Etat ou des collectivités territoriales et prévoir dans la FPT en priorité compte tenu des effectifs concernés, et le cas échéant dans la FPE des grilles et rémunérations alignées sur les grilles existantes de niveau master (puéricultrices territoriales et AMPA FPH).

2.1.4.2 La formation universitaire DE IPA monte en charge depuis 2019 seulement

[164] On rappellera en préambule qu'il est délicat de stabiliser un appareil de formation sur cette profession puisque l'offre avec ses cinq mentions a été déployée très rapidement mais progressivement. Le constat que l'on peut faire est donc que ce métier est encore très récent et que le temps d'observation est trop faible pour disposer d'un recul suffisant en matière de formation. Toutefois, à la lumière de la concertation conduite par la mission, trois questions restent à régler :

- Faut-il maintenir un accès marginal en formation initiale et comment est-elle définie ?
- Peut-on harmoniser les temps de formation en favorisant le passage au temps plein ?
- En l'attente des évaluations par le HCERES, une instance de suivi spécifique est-elle pertinente ?

[165] Sur le point de la formation initiale, on notera d'emblée que cette possibilité a été ouverte dès la parution du décret relatif à la formation des IPA³¹. Dès lors que l'on créait ex nihilo un diplôme

³¹ Voir l'article un alinéa six du décret n°2018-633 du 18 juillet 2018. Ce décret relatif au DE IPA est à distinguer du décret relatif à l'exercice en pratique avancée également du 18 juillet 2018, n°2018-629, Il modifie le code de l'éducation, le second le code de la santé publique.

d'état universitaire, il pouvait y avoir une logique à le faire ; et d'ailleurs, plusieurs organisations étudiantes avaient insisté pour que tel soit bien le cas.

[166] Le nombre d'étudiants poursuivant un cursus d'IPA en formation initiale est mal connu, par une enquête DGESIP sur les inscrits à la rentrée 2020 et les diplômés 2019 et 2020, qui montre à ce jour un effectif marginal, de dix étudiants dans cinq universités sur 730 inscrits en première année (M1) dans 25 formations accréditées ou co-accréditées dont la majorité sont ouvertes³² en formation initiale et représentent 75 % des places totales de cette année.

[167] Cependant, s'agissant d'une disposition et terminologie du code de l'éducation, la notion de formation initiale doit être clarifiée, car elle diffère des usages et sémantiques en vigueur dans les formations paramédicales. Pour l'université, aucune limite d'âge ou de situation ne conditionne la formation initiale, qui couvre également la reprise d'études, après un exercice professionnel, libéral ou salarié. Dans les formations paramédicales de niveau master, majoritairement chez les puéricultrices et marginalement chez les IPA depuis 2019 et les IBODE depuis 2020, la formation initiale ne recouvre que la continuité directe avec les études infirmières, sous le statut d'étudiant, le cas échéant boursier si les conditions de revenu et d'âge (moins de 29 ans) sont respectées.

[168] De fait, les situations de reprise d'études, sans financement de l'employeur ou d'un fonds de formation professionnelle continue, existent dans les trois spécialités infirmières, et dans les filières universitaires telles le DE IPA ; mais elles sont mal connues et mal repérées. L'enquête DREES Ecoles ne permet pas de les identifier et ne donne que des indications peu précises. Dans le champ de la loi de 2004, les conseils régionaux ne sont en principe tenus de financer que les continuités d'études, et pas les reprises d'études, qui apparaissent en places non financées. Si les fonds de FPC n'interviennent pas, les apprenants sont en autofinancement, sauf politiques régionales éventuelles plus favorables pour les chômeurs ou les étudiants travaillant pour financer leurs études. Pour sa part, l'enquête DGESIP sur le DE IPA ne recense que les continuités d'études et n'identifie pas les reprises d'études considérées comme formation initiale par les universités.

[169] Moins de 2 % des étudiants sont entrés en 2020 dans le DE IPA en formation initiale, en continuité de leurs études infirmières. Une nouvelle enquête DGESIP est en cours sur les inscrits à la rentrée 2021 mais reste incomplète : elle semble indiquer un effectif de l'ordre de 20 étudiants en formation initiale sur un effectif de 648, soit un taux en progression à 3 %.

[170] Cet accès en formation initiale, en continuité d'études, s'il est classique en M1, est contradictoire avec le concept même de pratique avancée, qui suppose déjà une bonne maîtrise du métier socle, le code de la santé publique (article D4308-1) exigeant trois ans d'exercice du métier socle en équivalent temps plein pour exercer en pratique avancée. Les étudiants préparant le DE IPA en continuité d'études sont pendant leur formation dans une posture radicalement différente de leurs collègues plus anciens et devront d'abord exercer plus de deux ans leur métier socle avant de pouvoir commencer un exercice en pratique avancée. Nombre de professionnels, infirmiers comme médecins, soulignent ce paradoxe et seraient favorables à ce que la formation d'infirmier de pratiques avancées ne soit accessible qu'en formation continue, comme la formation d'infirmier anesthésiste. Si les organisations IPA sont partagées sur ce point, comme les acteurs de la formation, et les représentants étudiants, qui y trouvent certains avantages, les organisations syndicales de la

³² Des informations recueillies par l'UNIPA ou disponibles sur les sites universitaires, parmi les formations ouvertes à la rentrée 2020 (25 accréditées ou co-accréditées), seules les universités de Lorraine, Rennes, Brest, Tours+Angers, et celles du groupement Auvergne-Rhône-Alpes, soit 8 formations et 9 universités indiquent ne pas accepter les candidats en formation initiale (continuité d'études). Deux formations supplémentaires ont ouvert à la rentrée 2021, Sorbonne Paris Nord et Poitiers, sans restriction sur la formation initiale. Une troisième ouvre à la rentrée 2022 (Antilles) à temps plein et en demandant 3 ans d'expérience professionnelle d'IDE.

FPH sont plus tranchées et plaident en faveur d'un accès uniquement en formation continue. C'est également le cas du Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) qui fait observer de surcroît que ne pas exercer sa profession IPA pendant plus de deux ans revient à perdre ses compétences.

[171] En contrepoint de cette opinion, on trouve également des défenseurs, moins nombreux il est vrai, de cet accès en formation initiale qui font notamment observer que ceux des étudiants qui s'engagent dans cette voie de formation initiale sont souvent parmi les meilleurs. De ce fait, ce serait priver les universités d'opportunités de recrutement de qualité que d'ôter un tel accès en formation initiale. Ceci dit, les partisans de cet accès font au même moment remarquer que le projet de certains de ces étudiants est plus d'user ensuite des passerelles permettant de suivre un cursus de médecine, a fortiori s'ils devaient préalablement patienter jusqu'à trois ans comme IDE de base avant d'exercer en pratique avancée. Ils suggèrent également que la formation initiale IPA puisse s'opérer sous forme d'apprentissage pour pallier, au moins en partie, l'inconvénient soulevé sur l'expérience pratique.

[172] Un autre argument plaide aussi pour ce maintien, celui de la cohérence : l'accès en formation initiale (continuité d'études avec statut étudiant) est majoritaire pour les élèves puéricultrices depuis l'origine, et devra être réexaminé avec le passage à deux ans de formation, tandis qu'il vient d'être ouvert en 2020 aux infirmiers de blocs opératoires, où il se situerait à un niveau très faible, inférieur à 5 %. Alors que les formations infirmières de niveau master s'harmonisent, supprimer un tel accès est-il pertinent ?

[173] Observons que les universités peuvent trouver des avantages soit à développer leurs recettes de formation continue, soit à diversifier leur recrutement en formation initiale, sans qu'aucune prospective ne puisse être documentée à ce jour, a fortiori nécessairement sur le long terme (10 ans).

[174] La mission, comme les professionnels ou les pouvoirs publics, ne dispose pas de tous les éléments permettant à terme aux pouvoirs publics de trancher ce débat sur la continuité directe avec les études infirmières, faute de données fiables sur ces parcours et d'une doctrine portant sur les quatre filières infirmières portées au niveau master et les modalités de reconnaissance en pratique avancée de tout ou partie des trois spécialités infirmières.

[175] La mission conclut cependant qu'un large consensus pourrait être trouvé pour fermer l'accès au DE IPA en continuité d'études et le laisser ouvert en formation initiale au sens du code de l'éducation, soit en reprise d'études non financée par l'employeur. Il peut être proposé de mettre une condition d'accès à l'entrée en formations IPA ou IADE de 3 ans ou 2 ans au premier janvier précédant l'entrée en formation, l'exercice comme IPA étant alors autorisé dès la fin de formation IPA (comme pour l'exercice IADE). Cette proposition a l'avantage de supprimer les inconvénients actuels du dispositif conçu en 2018 : attente imposée des trois ans d'expérience à une petite minorité des IPA diplômées et complexité pour tous des procédures d'enregistrement distinguant diplôme et savoir-faire, et conduisant à perdre 30 % des IPA dans les listes publiques faute de recenser ou d'attester de façon fiable les périodes d'exercice.

[176] Cette proposition serait en revanche contradictoire avec le maintien d'un accès majoritaire en continuité des études infirmières pour les deux autres filières concernées, si elles sont à terme concernées par la reconnaissance en pratique avancée. Qu'il s'agisse des puéricultrices, ou potentiellement des IBODE, si l'accès en continuité d'études devait se développer largement, des conditions spécifiques d'exercice peuvent être imaginées, inspirées pour partie de la condition générale opposée aux IDE avant de pouvoir exercer en libéral³³. Les puéricultrices formées en

³³ Prévu à l'article L162-12-2 du code de la sécurité sociale, « les conditions relatives à la durée minimum d'expérience professionnelle acquise en équipe de soins généraux au sein d'un service organisé » sont définies par la CNI au 5.2.2 et 5.2.3, soit deux ans temps plein (3200h) d'exercice en « établissement de santé ou structure de soins ou groupement de

continuité d'études pourraient, avant d'être autorisées à exercer en pratique avancée, être tenues à exercer trois ans en équivalent temps plein en établissement de santé ou autre secteur d'exercice de puéricultrice, dans les conditions et termes prévus par la CNI ; elle précise que cette expérience « est acquise en équipe de soins au sein d'un service organisé où l'infirmière est amenée à dispenser des soins infirmiers effectifs à une population dont l'état de santé justifie des interventions infirmières diversifiées. Ces actes doivent être effectués sous la responsabilité d'un médecin ou d'une infirmière cadre. » La puéricultrice (ou l'IBODE mutatis mutandis) exercerait le métier pour lequel elle est formée, en deux ans désormais, et dans les mêmes conditions statutaires qu'actuellement, mais ne serait reconnue en pratique avancée qu'au terme de ces « trois années minimum d'exercice en équivalent temps plein de la profession d'infirmier », pour reprendre les termes de l'article D4301-8. La mission souligne que « la profession d'infirmier » est multiple et comprend notamment les spécialités infirmières et la pratique avancée. Il serait absurde, et c'est bien ce qui est critiqué pour le DE IPA en continuité d'études, d'exiger d'une puéricultrice formée en deux ans de soigner des adultes exclusivement pendant trois ans (ou d'une IBODE de ne pas exercer en bloc opératoire). La mission livre ces éléments de réflexion qui sont postérieurs aux groupes de travail.

[177] Les conseils régionaux, les pouvoirs publics et les acteurs de la formation, dont les apprenants, ont également besoin que soient clarifiées les obligations de financement en continuité d'études, tant pour les puéricultrices que pour les IBODE.

[178] Enfin, si une doctrine est établie, les acteurs ont besoin d'un délai pour réorienter recrutements et financements, et préparer les jurys de sélection : à la date de ce rapport, les sélections 2022 sont achevées, et la préparation des sélections 2023 sera engagée en fin d'année 2022. Un changement des règles après évaluation et concertation peut en revanche prendre effet plus sûrement à la rentrée 2024.

Recommandation n°15 Clarifier la définition et la sémantique de la formation initiale entre le code de la santé publique et le code de l'éducation, envisager de supprimer l'accès au DE IPA en continuité des études infirmières, si une position cohérente est trouvée pour les puéricultrices, et maintenir dans les quatre filières un accès en formation initiale au sens du code de l'éducation pour les reprises d'études non financées par les employeurs ou les fonds de formation professionnelle continue (FPC) ; enfin compléter les enquêtes DREES et DGEIP pour différencier ces trois situations dans les quatre filières de formation.

[179] La mission relève cependant qu'une autre branche de réflexion mérite d'être étudiée pour renforcer l'attractivité des formations infirmières de niveau master combinant continuité des études infirmières (pour deux filières), reprise d'études sans maintien de salaire et avec maintien du salaire (fonds de FPC).

[180] Seules les professions médicales, maïeutique comprise, bénéficient actuellement, à compter du deuxième cycle d'études, soit précisément quatrième et cinquième année ou niveau master, du statut d'étudiant hospitalier, agent public en formation modestement rémunéré par les CHU de rattachement, eux-mêmes intégralement financés à cette fin par une dotation MERRI³⁴. Ce sont en

coopération sanitaire », dès lors « qu'elle est acquise en équipe de soins au sein d'un service organisé où l'infirmière est amenée à dispenser des soins infirmiers effectifs à une population dont l'état de santé justifie des interventions infirmières diversifiées. Ces actes doivent être effectués sous la responsabilité d'un médecin ou d'une infirmière cadre. »

³⁴ La dotation enseignement recherche recours innovation MERRI E02 est actuellement intitulée « Financement des études médicales » et devrait être renommée pour couvrir les études paramédicales. La première circulaire tarifaire de 2022 (15 avril 2022) alloue 967 M € aux ARS et établissements concernés. La rémunération versée en maïeutique est de 260 € bruts mensuels puis 320 € (374 € et 461 € en coûts chargés), voir annexe IV de la circulaire précitée.

effet des formations initiales homogènes et recrutées exclusivement par une première année universitaire (ou certaines passerelles).

[181] Avec l'apparition de quatre filières infirmières de niveau master, à côté de deux filières de rééducation de niveau master en formation initiale (MK et orthophonistes), et pour des raisons d'équité et de cohérence avec les formations médicales (dont maïeutique), les pouvoirs publics pourraient généraliser le statut d'étudiant hospitalier aux filières concernées pour la seule formation initiale (continuité d'études), hors maintien du salaire en FPC financée. Cette réflexion suppose une doctrine sur l'organisation des stages hospitaliers et ambulatoires et sur la continuité d'études. Si celle-ci est maintenue, a fortiori de façon significative, pour les formations infirmières de niveau master, et si l'organisation des stages hospitaliers et ambulatoires des rééducateurs et infirmiers en formation de second cycle apparaît similaire à celle des stages des filières médicales, l'extension proposée malgré son coût pourrait renforcer l'attractivité des formations concernées. Hors les situations de maintien du salaire au titre de la FPC, le maintien du seul statut étudiant (non hospitalier) en second cycle infirmier ou de rééducation apparaît plus précaire que le statut d'étudiant hospitalier des filières médicales.

[182] Dès lors que la formation de puéricultrice est majoritairement accessible en continuité d'études, et le demeure, ou que les formations IBODE et DE IPA le sont marginalement, ou davantage, et que les quatre filières infirmières de niveau master sont universitaire (DE IPA) ou universitarisées (spécialités), il n'est pas non plus compréhensible que les conditions de réalisation des stages (indemnités de formation et de stage d'une part, rémunération des maîtres de stage universitaires) et de la formation (niveau de participation des régions, reste à charge pour l'apprenant quand il existe dans certaines régions) soit hétérogènes et inégales sur le territoire national. La gratuité des études et les indemnités de stage et de formation sont assurées pendant les trois années du diplôme infirmier et ne le sont plus au niveau master en continuité d'études.

[183] S'agissant des maîtres de stages universitaires des quatre filières infirmières de niveau master, voire de rééducation, il serait de même cohérent et non discriminatoire, qu'elles soient alignées sur celles en vigueur en maïeutique, et financées dans le cadre d'une dotation MERRI, afin de garantir la qualité des formations et des stages et l'attractivité des formations et professions de niveau master. Il est intéressant de noter que la CNAM propose dans le cadre de la négociation de l'avenant n°9 à la CNI, « une aide supplémentaire pour les IPAL qui s'engagent en tant que maître de stage pour inciter à la formation des IPA en ambulatoire (aide d'un montant de 200 €) ». Cette proposition si elle est retenue ne couvrirait que les IPA libérales, soit 15 % des effectifs IPA et des terrains de stage, le dispositif existant pour les études médicales (maïeutique comprise) étant celui de la dotation MERRI.

Recommandation n°16 Etudier l'extension aux formations paramédicales de niveau master du statut d'étudiant hospitalier, de la rémunération des maîtres de stage universitaire ou des indemnités de formation et de stage paramédical.

[184] Sur le second point du passage systématique au temps plein pour cette formation d'IPA, la mission a constaté la forte demande des professionnels IPA et médecins pour une harmonisation des formations qui sont à « géométrie variable » selon les universités. Un tiers des places dans 8 universités dont 2 franciliennes sont organisées à temps plein sur deux ans. Toutes appliquent le minimum de stages prévu par le référentiel national, soit 24 semaines de 35 heures ou 840 heures sur deux ans. En dehors des semaines de stage, dans les autres universités, l'organisation des cours suit en général un mi-temps, mais avec des écarts pouvant aller sur la durée du diplôme du simple au double en heures de cours et avec des proportions importantes de distanciel et e-learning. Enfin, les modalités très variables de calcul des temps de travail personnel intégré dans le temps théorique de formation sont génératrices de flou.

[185] Sur ce point aussi, les avis sont assez partagés. Les universités qui sont autonomes auront tendance à s'appuyer sur cette particularité pour rappeler qu'une qualité de formation ne peut s'évaluer seulement sur un volume horaire déterminé. Pour autant, la mission qui a procédé à une enquête rapide et à des comparaisons de maquette pédagogiques constate elle-aussi, hors la question des 840 heures de stage obligatoire respectés partout, des écarts dans les modalités de formation dont elle peine à croire qu'ils n'auraient aucun effet sur la qualité des formations poursuivies. Certains responsables pédagogiques d'université qui délivrent déjà cette formation d'IPA s'interrogent même sur le point de savoir comment il est possible de ne procéder qu'à temps partiel pour une formation où l'apprentissage de la sémiologie et l'entraînement à l'anamnèse vont jouer un aussi grand rôle. Certaines formations organisées depuis 2019 à mi-temps développent le plein temps.

[186] Pour autant, il convient d'intégrer les contraintes de la formation continue et des possibilités de promotion professionnelle qu'une formation à temps partiel permet. En particulier elles permettent de concilier les contraintes pécuniaires des apprenants et aussi celles de leurs employeurs qui souvent peinent à les remplacer. Les employeurs en ces temps de pénurie de professionnels du soin peuvent trouver avantage à les fidéliser en leur offrant une possibilité de promotion sans les perdre pour autant et en espérant les récupérer à l'issue des formations. Les apprenants peuvent aussi y avoir avantage, sinon ils doivent prendre une disponibilité et payer sur leurs deniers propres des formations très coûteuses en droit de scolarité. Cette inégalité de traitement entre les professionnels issus des établissements de soins publics comme privés et les professionnels libéraux appelle réflexion et enquête complémentaire : elle serait réduite par l'extension proposée du statut d'étudiant hospitalier du second cycle des filières médicales aux filières infirmières de même niveau.

[187] L'ANFH a communiqué à la mission une augmentation de 40 % en 2021 des études promotionnelles en formation IPA prises en charge, passant de 625 en 2020 à 874 en 2021. Les études promotionnelles à temps plein sur un ou deux ans sont un dispositif clé dans la FPH, combinant part mutualisée entre établissements, décisions des employeurs avec priorités définies au niveau régional notamment sur les métiers en tension (IBODE), voire congé de formation professionnelle. La dépenses 2021 progresse de 21 % et atteint un niveau historique de 468 M €, la plus forte progression se situant sur les IPA (+79 % en dépenses à 17,4 M €), devant les formations d'aide-soignant (+34 % et 77,5 M €), l'année 2021 voyant une réforme de la formation DEAS. Pour les 3 spécialités et les IPA, la dépense globale 2021 atteint 102 M € et progresse de 29 %, concernant 3 586 agents pour une prise en charge moyenne de 28 454 €. Ce dispositif éprouvé semble de nature à accompagner dans la durée les études promotionnelles en master infirmier, avec passage à deux ans temps plein pour IBODE et PDE et pour un nombre croissant de DE IPA à temps plein. Les fonds privés (OPCO santé pour les salariés et FIF PL pour les libéraux) interviennent de façon plus modeste, avec pour OPCO santé 829 formations de spécialité en 2021 d'un montant moyen de 1505 €, limité aux frais pédagogiques (sur une dépense totale de 55 M € en 2021). Le FIF PL a une pratique voisine.

[188] Par ailleurs, les ARS ont mis en place des aides régionales conséquentes pour soutenir le démarrage des formations IPA. La montée en charge des fonds de formation professionnelle continue pour les salariés devrait conduire à maintenir des aides pour les professionnels libéraux, qui constituent moins de 20 % des inscrits en DE IPA.

[189] La validation des acquis de l'expérience permet de dispenser certains apprenants d'une partie de la formation IPA, mais les parcours de VAE ne sont pas documentés et pourraient être développés, notamment pour les IDE salariées de l'association Asalée comme proposé par le rapport Trajectoires.

[190] La mission recommande que l'évaluation des formations IPA se poursuive au regard du développement des politiques de formation professionnelle continue des différents secteurs pour les masters infirmiers.

[191] Faut-il un comité de suivi sur les formations d'IPA ? La DGESIP avait imaginé un comité de suivi lors de la mise en place des premières formations IPA. Ce comité n'a jamais été constitué et ne s'est donc jamais réuni. La DGESIP rappelle qu'en régime de croisière l'accréditation est accordée après passage au CNESER et au HCPP et sur la base d'un cahier des charges précis, et que le choix des modalités pédagogiques d'exécution relève de l'autonomie et de la libre organisation des universités.

[192] La mission prend acte de ce que l'évaluation du HCERES démarre avec deux ans de recul sur une formation, idéalement deux diplomations. Cette règle générale vaut pour toutes les formations évaluées. Dans le système par vagues d'évaluation, seules trois universités de la vague C pourront être évaluées fin 2022, avec publication des rapports début 2023 (Marseille, Besançon et Nancy)³⁵. Ensuite, un délai est donné pour que l'établissement prépare son nouveau contrat quinquennal et reçoive l'accréditation pour cinq ans de son offre de formation. Cet échantillon est intéressant, regroupant trois universités pionnières de la formation DE IPA aux effectifs conséquents et aux modalités diversifiées : Nancy prépare le DE IPA à temps plein et exclusivement en formation continue, Marseille et Besançon le préparent à mi-temps et l'ont ouvert en formation initiale.

[193] De ce fait, la mission recommande sans attendre les premières évaluations du HCERES la mise en place d'un comité de suivi du DE IPA auprès de la DGESIP avec participation de la DGOS, du CNP IPA et de France universités, et d'autres partenaires à définir. Ce comité de suivi accompagnerait les acteurs vers les meilleures pratiques et modalités de formation en DE IPA, éclairerait les décisions des deux ministères et pourrait produire des observations sous forme de points de vigilance transmis au HCERES pour ses futures évaluations. Aujourd'hui seul un comité informel, animé par l'université de Paris, cherche à échanger sur les modalités pédagogiques ; malgré l'effort louable que cela représente, c'est insuffisant en termes de légitimité.

Recommandation n°17 Mettre en place sans délai et sans attendre les futures évaluations HCERES un comité de suivi du DE IPA et un comité de suivi des DE de spécialités infirmières dans le nouveau contexte de leur accréditation.

2.2 Les points de désaccord et de grande sensibilité doivent continuer d'être traités

2.2.1 Une ouverture limitée et de principe avec les médecins anesthésistes réanimateurs

[194] Au long des quatre séances, dans les contacts bilatéraux et par communiqués du 19 mai 2022, les médecins anesthésistes-réanimateurs (MAR) ont constamment exprimé leur vigilance sur l'intangibilité de l'acte anesthésique, qui relève de leur compétence exclusive, et de l'organisation de la sécurité anesthésique dans les établissements de santé, garantie par les conditions techniques de fonctionnement de l'activité d'anesthésie, définies aux articles D6124-91 à 103 du code de la santé publique. Cette garantie leur avait été réaffirmée par courrier du 24 janvier 2022 du ministre de la santé au président du CNP d'anesthésie-réanimation et médecine post-opératoire (CNP ARMPO, voir en annexe 11).

³⁵ Le Covid a introduit un décalage entre les vagues : B évaluations sur 2020-2022 pour contrats et les accréditations 2020-2027 ou même 2022-2028 ; C évaluation sur 2020-2023 contrats et accréditations sur 2024-2029. Les accréditations du DE IPA délivrées jusqu'ici l'ont été hors vagues en 2019 pour 16 universités (3 mentions) puis 30 universités (32 avec Poitiers et Antilles rentrée 2022, reste en projet Réunion).

[195] Tout en réaffirmant en dernière séance leur ouverture à participer à des travaux redéfinissant les référentiels activités, compétences et formation des infirmiers anesthésistes dans le champ à définir des soins péri-opératoires et de la prise en charge de la douleur, en l'absence de discussion effective entre MAR et IADE, les propositions des seconds n'ont été partagées avec les premiers, qu'à compter du 31 mai 2022 (voir annexe 7), et a fortiori pas encore avec le ministère.

[196] S'agissant de la prise en charge de la douleur, le CNP IA et le comité d'entente ont fait valoir que l'unité d'enseignement (UE) 4.3 gestion de la douleur comprend 40 heures de cours magistraux et travaux dirigés (elle est décrite en annexe V formation de l'arrêté de 2012 modifié). Cette UE est valorisée par deux ECTS et associée à au moins deux semaines de stage (y compris sophrologie, hypnose). Certains instituts de formation IADE (Montpellier, Toulouse, Bordeaux) en fonction de partenariats locaux avec leur université partenaire font assurer cette UE par l'équipe pédagogique d'un diplôme universitaire (DU) de prise en charge de la douleur, qui correspond en général à 40h de cours et 40h de stages. Dans ces instituts, l'IADE en formation passe également le DU douleur, qui est notamment demandé pour exercer les fonctions d'infirmière ressource douleur (IRD).

[197] Selon la société française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD voir notamment le guide de bonne pratique des structures douleur coordonné par le Pr. Frédéric Aubrun 2019), environ 400 infirmières ressource douleur, dont 25 % sont des IADE, soit une centaine, exercent dans les 245 structures douleur réparties sur le territoire, 72 centres et 173 consultations, financées par une dotation « mission d'intérêt général » (MIG) P04 structures douleur chronique de 66 M € en première circulaire tarifaire 2022. Dans ces structures douleur, l'IADE s'éloigne de la douleur aigüe post-opératoire immédiate pour prendre en charge des douleurs chroniques (supérieures à trois mois), et dont l'étiologie n'est pas exclusivement post-opératoire, notamment par des activités de consultation. Si cet exercice IADE était reconnu en pratique avancée, il serait valorisable en soins externes en forfaits PAI.

[198] La mission a évoqué avec le CNP ARMPO, la SFETD et le comité d'entente IADE la possibilité de renforcer cette unité d'enseignement d'une part, et d'intégrer d'autre part dans la formation IADE (nouveau référentiel) la matière d'un DU prise en charge de la douleur, généralisé dans l'ensemble des instituts et non limité aux trois instituts identifiés. Ces pistes de discussion restent ouvertes, sans avoir pu leur donner une réponse définitive, mais le comité d'entente note que les trois partenariats cités ne sont pas généralisables à l'ensemble des instituts. En tout état de cause, seule une discussion globale sur activités, compétences et formation en vue d'une pratique avancée en soins péri-opératoires et prise en charge de la douleur permettra de vérifier entre MAR et IADE l'accord concret sur une modification des référentiels de 2012 modifiés en 2017.

2.2.2 Les modalités d'universitarisation en général et pour les deux spécialités réingénierées IBODE et PDE doivent être consolidées avec les régions, universités, CHU et instituts de formation

[199] S'agissant du devenir des instituts de formation hospitaliers, le maintien des trois diplômes et la réingénierie d'ici 2022-23 des deux spécialités IBODE et PDE permet une approche globale des trois spécialités et des 88 instituts correspondants, portés aux trois quarts par les CHU. Pour se rapprocher des conditions légales de la pratique avancée, notamment un diplôme délivré par l'université, la mission a fortement soutenu et développé avec les groupes de travail, et en particulier les acteurs de la formation, la seule hypothèse qui lui paraissait cohérente, pragmatique et faisable rapidement en confortant un réseau de formations désormais de niveau master : la transformation des trois diplômes de spécialités à partir de 2023-24 en diplômes nationaux de l'enseignement supérieur (en santé), c'est-à-dire le passage à une diplomation universitaire accréditée.

[200] Les trois diplômes d'État, avec des référentiels maintenant les mêmes caractéristiques de formation professionnalisante à temps plein et homogène dans l'ensemble des instituts, seraient délivrés par les universités accréditées en convention tripartite avec les instituts de formation hospitaliers. Les instituts seraient maintenus dans le champ de la loi de régionalisation de 2004, les CHU en particulier continuant de porter en budget annexe leurs instituts et demeurant employeurs des enseignants et personnels. Cette solution combine de grands éléments de stabilité sans faire obstacle aux modernisations utiles, dans la mutualisation de certains enseignements, outils pédagogiques ou d'évaluation, voire même de locaux. Elle emporte la conviction de nombreux acteurs concertés par la mission, malgré certaines oppositions résolues. Les ministres par leur courrier commun du 7 avril 2022 ont retenu cette orientation, pour les IBODE au moins, et l'ont communiquée aux acteurs des formations paramédicales (Régions, universités, CHU)

[201] Pour permettre cette solution, seul un décret simple est nécessaire, après avis du HCPP et du CNESER, à l'imitation de ce qui a été fait dans le décret IBODE du 27 avril 2022 (n°2022-732). Ce décret a en effet réalisé pour la première fois cette transformation d'un diplôme d'État paramédical relevant du ministère de la santé en un diplôme national de l'enseignement supérieur, en santé. Il devrait logiquement en être de même pour PDE et, malgré les réticences citées, pour IADE d'ici début 2023.

[202] Cette évolution n'a donc pas de conséquences négatives aux yeux de la mission sur les instituts de formations, et ouvre de nombreuses opportunités.

[203] S'agissant de l'évaluation par le HCERES des formations paramédicales universitarisées, dont les bases règlementaires ont été posées dès 2010 pour le diplôme d'État infirmier, puis successivement entre 2011 et 2014 pour les diplômes d'État d'ergothérapeute, de manipulateur d'électroradiologie médicale, et d'IADE, ce dernier seul au grade de master, force est de constater que plus de dix ans après, l'intégration de ces formations dans les référentiels et travaux quinquennaux d'évaluation par le HCERES n'est pas effective, alors qu'elle l'est pour tous les diplômes nationaux en santé (diplômes paramédicaux compris en orthophonie, orthoptie, audioprothèse) et qu'elle le sera à compter de 2022-23 pour le DE IPA (premiers établissements universitaires de la vague C).

[204] S'agissant de la durée des études promotionnelles, elle sera allongée par la réingénierie (IBODE puis puéricultrices) ou réduite par un jeu plus proactif de la VAE (puéricultrices surtout, ou IBODE, à la marge seulement pour les IADE qui restent exclusivement en formation continue), ou le développement des contrats d'alternance. Cette évolution aurait, a priori, des conséquences réduites en termes de financement par les employeurs ou les régions, car les effectifs sont modestes : la DREES recense en 2020 2600 inscrits par an dans les trois spécialités. Les droits d'inscription universitaires (243 € par an au niveau master en 2021-22) sont déjà versés par les IADE aux universités, et couvrent donc tout accès numérique, toute utilisation des documentations des bibliothèques universitaires et toute charge de diplomation universitaire assurée dès 2024. Les dernières diplomations préfet/DREETS interviendraient en 2023. La sélection à l'entrée pour 2023 reste de la responsabilité des instituts, selon les règles actuelles, avec un accès facilité à la VAE et l'alternance.

[205] La situation financière de départ des instituts dans les trois spécialités reste à mieux préciser, s'agissant des politiques de financement des conseils régionaux et de leur articulation avec le financement de la FPC. Elle devra être clarifiée concernant les frais pédagogiques applicables en formation initiale et continue (hors droits d'inscription universitaire, à définir par le MESRI, probablement 243 € comme les IA). Le conseil national d'évaluation des normes (CNEN) sera saisi sur rapport de la DGOS en lien avec la DGCL, s'agissant du droit à compensation par l'État des régions des surcoûts liés à « l'universitarisation »

2.2.3 Le modèle économique des IPA reste introuvable tant en libéral qu'en établissement et de nombreuses difficultés doivent être traitées pour faire une place cohérente aux IPA formées et continuer d'attirer des candidats motivés dans le DE IPA rénové

[206] Les négociations préparant l'avenant n°7 à la convention nationale infirmière, spécifique à la pratique avancée infirmière, avaient fait, de façon exploratoire en 2019, faute de retour d'expérience et de données de remboursement, des hypothèses relatives au modèle économique des IPA libérales, en prévoyant qu'au bout de deux ans un point d'étape et d'ajustement serait effectué.

[207] Dans une présentation de l'avenant 7 fin 2019, l'assurance maladie faisait une hypothèse moyenne : « *Sur la base d'une IPA à plein temps dans une structure de ville (type MSP, CDS), avec un temps de travail pivot de 35 heures sur 44 semaines (1540 H par an), cela correspond à une patientèle de plus 350 patients.* »

[208] L'impact en remboursement des IPA reste marginal sur la période avril 2020-décembre 2021, 23 668 forfaits PAI pour 117 IPAL, soit 202 « actes » en moyenne par IPAL sur la période, pour un montant de 881 k € et 10670 patients différents, et en moyenne 92 patients par IPAL, avec selon la CNAM « de fortes disparités en fonction de la date de démarrage notamment » (voir le document CNAM en annexe 10 sur les activités et effectifs IPA).

[209] C'est l'objet de la négociation ouverte le 8 février dernier, en vue du futur avenant n°9, sans que le ministère ait fixé de ligne directrice ni de date butoir compte tenu du recul encore faible des acteurs conventionnels. Il est néanmoins certain que les hypothèses initiales ne se sont pas vérifiées, de beaucoup ; ainsi, les constats de la CNAM sur les données de remboursement à fin 2021 sont les suivants : 117 IPA libérales (ou IPAL) ont facturé au moins un forfait PAI et 43 IPAL exclusives ont bénéficié d'une aide à l'installation comme IPA. Formulé autrement, seulement 37% des IPA exerçant en libéral fin 2021 ont une activité IPA libérale exclusive, et n'exercent pas simultanément le métier de base (IDE) en libéral, quelles que soient leurs motivations, économiques ou professionnelles.

[210] La CNAM constate une montée en charge en 2020-21 des IPA libérales ayant facturé au moins un forfait PAI, dont l'effectif décolle significativement après la diplomation de l'été 2021 et les installations subséquentes : le nombre mensuel de patients IPA (faisant l'objet d'un remboursement de forfait PAI dans le mois) n'excède pas 1000 jusqu'en août 2021, puis atteint 2500 au dernier trimestre 2021. Mais selon la CNAM, le nombre moyen de patients suivis par une IPAL (exclusive ou non) fin 2021 est de 92 patients, avec une médiane à 20 patients, données traduisant une grande dispersion et une lente montée en charge sur un effectif réduit.

[211] La mission n'a pu obtenir de la CNAM une dissociation de ces données entre IPAL exclusives et mixtes, ou les situations d'activité mixte IPAL/IPA salariée, qui jouent évidemment sur le temps de travail comme IPAL et le nombre de patients, ainsi qu'une différenciation entre les IPAL installées et diplômées avant l'été 2020 ou après. La CNAM indique pouvoir produire des données actualisées chaque fin de semestre, en particulier à fin juin 2022, qui seront pertinentes, si possible avec les différenciations indiquées, pour mesurer l'activité des deux cohortes d'IPAL, installation avant ou après la mi-2020, ou la mi-2021, puis mi-2022 pour le futur.

[212] L'effectif recensé par la CNAM de 117 IPAL (exclusives ou non) fin 2021 est cohérent avec les données de l'ordre infirmier et du RPPS, 845 IPA diplômées en juin 2022 (avant la diplomation de l'été) dont 108 exerçant en cabinet individuel libéral, soit une proportion faible d'environ 13 %. On recense par ailleurs 9 IPA libérales seulement sur les trois mentions oncologie, maladie rénale, santé mentale, car la mention pathologies chroniques stabilisées est de loin la mention préférentielle en exercice libéral d'IPA (à 92 %), les IPA salariées étant davantage partagées entre les 4 mentions.

[213] Les négociations se poursuivent à l'été 2022, après deux nouvelles séances de négociation les 12 avril et 21 juin 2022, sans qu'une convergence ait été dégagée, ni entre acteurs de la CNI, ni avec les acteurs des conventions médicales qui interfèrent dans la réflexion et revendiquent des dispositions nouvelles de coordination voire même de synchronisation des calendriers conventionnels.

[214] Les nouvelles propositions d'avril 2022 de la CNAM visent, pour atteindre « *un schéma cible IPAL exclusif* », « *au minimum une patientèle d'environ 400 patients soit une collaboration avec 7 médecins déléguant 50 % de leurs consultations de patients chroniques* ». Les revenus annuels associés (94 k € d'honoraires sans dépassement ou HSD) pour 40h de travail hebdomadaire sur 44 semaines situent cette IPAL légèrement au-dessus de la moyenne 2019 d'une IDE libérale (IDEL), dont le temps de travail est nettement supérieur (hypothèse CNAM à 55h pour une IDEL). Avec une patientèle IPAL supérieure, de 500 patients confiés par 9 médecins, le temps de travail s'établit à 52 h pour l'IPAL, plus proche de l'IDEL et du médecin (54h en moyenne) et les revenus associés de l'IPAL (121 k € HSD) deviennent intermédiaires entre les revenus moyens IDEL et médecin généraliste (161 k €).

[215] La CNAM propose également d'unifier le forfait initial et le forfait de suivi trimestriel en un forfait unique (une cotation uniforme PAI 1,2 remplaçant les cotations actuelles PAI 1,8 initial et PAI 1 ensuite, soit une enveloppe identique sur l'année pour 4 forfaits). Elle propose également d'ouvrir la possibilité de coter des interventions complémentaires en PAI 0,37 ou 12,10 €, limitées à quatre par an, pour les « actes répondant à un besoin clinique identifié et ponctuel, avec réalisation d'actes IPA précisés par l'arrêté du 18 juillet 2018 : réalisation d'actes techniques IPA (gazométrie artérielle, recueil aseptique des urines...), demandes d'examens de suivi (ECG, rétinographie, EFR...), réalisation de prescriptions (dispositifs médicaux, examens biologiques...) ou renouvellement/adaptation de certaines prescriptions médicales. »

[216] Cette proposition en cours de négociation revient à majorer le forfait PAI ou les honoraires actuels par patient (de 13 % à 27 % selon que le patient moyen IPAL bénéficie de 2 ou 4 interventions complémentaires par an, en sus des 4 forfaits actuels), et semble intéressante à la mission, en ce qu'elle valorise ces interventions complémentaires. Les IPA contestent en revanche une approche et une cotation à l'acte sortant de la logique initiale des forfaits, et présentée par la CNAM comme interventions ponctuelles à la demande du médecin.

[217] Elle illustre aussi une triple difficulté : la CNAM considère d'un côté que les forfaits et rémunérations cibles se rapprochent de celles d'un médecin généraliste ; la CNAM et les acteurs constatent ensemble que c'est la patientèle et l'adressage qui font gravement défaut. La proportion ou typologie des IPAL atteignant la cible initiale (350 patients) ou proposée (400 à 500 patients confiés par 7 à 9 médecins) restent à déterminer, mais cette part est probablement infime, compte tenu des constats 2020-21 (moyenne 92 patients, médiane à 20). Les questions d'organisation, d'adressage de patients entre médecins et IPA, et d'accès direct des patients aux IPA, actuellement impossible dans le cadre du décret de 2018 sur l'exercice en pratique avancée infirmière, sont donc primordiales pour le développement et l'attractivité de l'exercice en pratique avancée. Une montée en charge trop lente rend inatteignable un modèle économique décent pour les IPA et compromet l'objectif des pouvoirs publics, et met en risque les professionnels et les acteurs de la formation.

[218] Quoi qu'il en soit, les parties conventionnelles ont signé le 27 juillet 2022 l'avenant n°9 à la CNI, désormais soumis à l'approbation ministérielle avant entrée en vigueur.

[219] Enfin, au-delà du retour qualitatif des IPA, médecins ou patients (et la CNAM a utilement présenté aux IPA une enquête qualitative réalisée auprès de huit IPA notamment), les éléments

d'évaluation, notamment sur les exercices mixtes ou non, les montées en charge, les systèmes d'information, le recul sur les données sont balbutiants.

[220] En particulier, certaines organisations médicales (MG France³⁶ mais également le collège de la médecine générale) n'envisagent qu'un modèle d'IPA salariée du ou des médecins généralistes, qui n'existe pas ou pas encore. Ce modèle s'oppose fortement à une aspiration des IPA à un exercice libéral exclusif, dans des conditions économiques décentes. Élément de complexité supplémentaire, le modèle de l'association Asalée, basé sur le protocole de coopération national autorisé en 2012, est spécifique. Avec le soutien des médecins généralistes, notamment MG France et le collège de médecine générale, ce modèle historiquement salarié s'est développé dans tout le territoire national, et comprend désormais 20% d'IDE gardant un statut libéral et 80% d'IDE salariées de l'association, essentiellement positionnées dans des cabinets généralistes.

[221] La convention avec la CNAM prévoit depuis 2018 le développement des IPA parmi les infirmières Asalée ; il est effectif avec 40 IPA salariées de l'association pour 745 IDE salariées, soit environ 5%, et 32 IDE Asalée salariées en formation d'IPA, première et deuxième année. Toutefois, ce développement n'a pas à ce jour permis l'éclosion d'un exercice libéral IPA. L'association reste en attente de sa nouvelle convention triennale avec l'assurance maladie et d'une meilleure définition des attentes des professionnels adhérents au protocole national, médecins généralistes, d'une part, IDE et IPA d'autre part.

Recommandation n°18 Clarifier en lien avec la CNAM, les professionnels et les employeurs, dont l'association Asalée, les possibilités et pertinences de statuts mixtes IPAL/IDEL, IPAL/IPA et le développement d'exercices IPA salariées de médecins ou d'association.

[222] Dans le prolongement des constats et recommandations du rapport Trajectoires, la mission livre également les indications complémentaires suivantes.

[223] Les pathologies chroniques prises en charge dans le protocole et le positionnement dans les cabinets de médecine générale recoupent nécessairement le champ des IPA mention pathologies chroniques stabilisées, qui représentent 90 % des IPA de l'association : une IDE Asalée prend en charge selon l'IRDES 2200 patients dans l'année, dont 20% de patients à risque cardiovasculaire aigu, 11 % de patients diabétiques, 10 % insuffisants respiratoires et 6 % avec troubles cognitifs. L'adhésion au protocole national et la formation interne de l'association permettent à l'IDE de prescrire ou réaliser des actes dérogatoires au diplôme d'État infirmier : prescription et réalisation d'ECG pour les patients cardiovasculaires et diabétiques, spirométries et leur interprétation, tests mémoire pour les personnes âgées, examen du pied diabétique, prescription de biologie et fonds d'œil pour les patients diabétiques. Etant salariées de l'association financée en dotation globale (à l'heure d'IDE), ces actes ne sont pas facturés.

[224] Inversement, une IPA mention pathologies chroniques stabilisées (PCS) peut demander (sans adhérer au protocole national et sans formation interne compte tenu de sa formation DE IPA) des ECG de repos et des explorations fonctionnelles respiratoires (mais sans les réaliser et les interpréter), prescrire les mêmes examens de biologie (en l'occurrence hémoglobine glyquée, micro-albuminurie, dosages HDL, cholestérol, créatinémie) ; enfin, depuis l'arrêté du 11 mars 2022, elle peut réaliser une spirométrie sans prescription médicale et l'interpréter.

[225] La situation reste confuse entre les dispositifs, plaçant les professionnels en partie en concurrence et en partie en complémentarité, vis-à-vis du patient et du médecin généraliste : la capacité des IDE Asalée formées en interne à faire reconnaître formation et expérience par la VAE

³⁶ Voir en annexe 12 une contribution largement diffusée par MG France.

universitaire en allègement d'études du DE IPA n'est pas documentée et reste balbutiante ; l'intérêt économique et professionnel des IPA à exercer comme salariées de l'association Asalée semble évident, a fortiori si le modèle économique IPA libéral est long ou impossible à atteindre.

[226] Enfin, s'il suffit à une IPA Asalée de s'inscrire en tant qu'IDE (ou d'être déjà inscrite) dans le protocole national pour être autorisée à réaliser, après formation prévue par le protocole, les actes dérogatoires précités, car aucun protocole national de coopération ne s'adresse spécifiquement aux IPA et ne tient compte de leur formation³⁷ : il est incohérent que la formation et les missions des IPA, particulièrement mention PCS, ne leur permette, outre la prescription d'examen biologiques listés, de réaliser qu'un des actes cités, dérogatoires pour les IDE (spirométrie depuis l'arrêté de mars 2022) et les autorise seulement à demander les ECG sans pouvoir ni les réaliser ni les facturer. Inversement, si le choix des IPA et de l'assurance maladie devait continuer de s'inscrire exclusivement dans les forfaits PAI, on ne voit pas ce qui s'opposerait à inscrire les ECG au repos dans l'annexe I (actes que l'IPA est autorisée à réaliser sans prescription médicale, et le cas échéant à interpréter) au lieu de l'annexe II (actes que l'IPA est autorisée à demander) de l'arrêté du 18 juillet 2018 modifié fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée. La formation IPA intégrant la réalisation de ces actes, ainsi que l'examen du pied diabétique³⁸ et les tests mémoire, il n'y aurait par définition pas de surcoût pour l'assurance maladie si les IPA les assuraient. Et, bien que ces actes soient inscrits à la nomenclature des actes médicaux (CCAM), donc facturables par les médecins en sus de leur consultation³⁹, il est peu probable que leur disponibilité ou le volume de ces actes mettent en concurrence IPA et médecins.

[227] Reprenant la proposition 27 du rapport Trajectoires, de mandater l'IRDES pour des évaluations nationales de la pratique avancée infirmière, la mission souligne que l'IRDES a été avec succès chargée de procéder à une évaluation au long cours du protocole national Asalée, scientifiquement incontestable et ayant donné lieu déjà à plusieurs publications⁴⁰, comparant notamment les pratiques avec celles de professionnels témoins. Elle recommande donc aussi de mandater l'IRDES pour produire dans la durée des évaluations régulières des pratiques et résultats comparés sur la prise en charge des patients relevant des différentes mentions du DE IPA. En particulier, l'analyse de la typologie des organisations mises en place entre IPA salariées ou libérales et médecins, et de leur montée en charge ou maturité, comme l'a fait l'IRDES en 2019 pour le dispositif Asalée, est indispensable. Elle requiert des analyses de données de santé et de remboursement que l'IRDES a déjà réalisées pour évaluer le dispositif Asalée.

Recommandation n°19 Demander à la CNAM et la DREES de mandater sans délai l'IRDES dans son programme de travail pour évaluer dans la durée les évolutions de pratiques et d'organisations comparées autour des IPA salariées et libérales.

³⁷ Un appel à manifestation d'intérêt publié par la DGOS est en cours destiné aux IPA urgences, dont les 5 premiers sont diplômés à l'été 2022.

³⁸ Les séances réalisées par les pédicures-podologues sont prises en charge par l'assurance maladie dans le cadre de leur NGAP, mais l'infirmier et les médecins diabétologues et de MPR peuvent aussi intervenir dans la prise en charge.

³⁹ Ainsi, pour le seul ECG de repos, DEQP003 à la CCAM et côté 14,26 €, il est cumulable pour le médecin généraliste avec sa consultation ou visite (GS 25 € et VGS).

⁴⁰ IRDES questions d'économie de la santé n°239 février 2019 « des organisations et des pratiques coopératives diverses entre médecins généralistes et infirmières dans le dispositif Asalée : une typologie des binômes », n°241 avril 2019 « la coopération avec une infirmière modifie-t-elle l'activité du médecin généraliste/l'impact du dispositif Asalée », n°264 décembre 2021 « la coopération entre médecins généralistes et infirmières améliore le suivi des patients diabétiques : l'impact du dispositif Asalée ».

2.2.4 Clarifier les obligations d'enregistrement des infirmiers spécialisés et de transmission de leurs diplômes à l'ordre et les harmoniser avec celles des infirmiers et des IPA

[228] D'autres constats transversaux sur les quatre professions infirmières formées au niveau master amènent à quelques propositions complémentaires d'harmonisation, notamment afin de renforcer une connaissance statistique défailante, la reconnaissance et visibilité de ces professions et formations, et la simplification des démarches des professionnels.

[229] Ainsi, la modernisation en cours des répertoires de professionnels ne permet à ce jour ni au public, ni aux professionnels, ni aux chercheurs de disposer de bases de connaissance fiables : le répertoire mis en extinction fin 2021 (ADELI) ne connaît pas les IPA, leurs nouveaux diplômes n'ayant pas été ajoutés au répertoire qui les contient comme infirmiers de base, sans pouvoir les distinguer. Le nouveau répertoire (RPPS), dépendant de l'inscription à l'ordre infirmier, reste très incomplet pour les salariés, même s'il progresse, encore trop lentement. Ne pouvant être facilement interrogé sur les diplômes et leur obtention, il ne donne aucune vision au grand public sur les spécialités infirmières ; par ailleurs, il perd 30% des IPA, en raison d'un enregistrement partiel du savoir-faire, notion mal comprise qui au cas particulier devrait sauf exception coïncider avec le diplôme IPA.

[230] Enfin, une obligation de principe a été posée depuis une ordonnance de 2009 et un décret de 2011 : les certificateurs délivrant tous les diplômes des professionnels de santé devraient les transmettre dès leur obtention soit aux ordres guichets uniques de l'enregistrement, soit aux ARS pour les professions sans ordre, sous forme d'informations certifiées et dématérialisées⁴¹. Faute des arrêtés d'application et surtout des indispensables systèmes d'information, cette obligation n'a connu aucune mise en œuvre. Les universités pour les diplômes nationaux de santé (médecine, maïeutique, odontologie, pharmacie, une partie de la rééducation, le DE IPA), et les préfets et DREETS pour les diplômes paramédicaux relevant du ministère de la santé, dépendent en effet de systèmes d'information encore en développement : le portail national diplome.gouv.fr ne couvre à ce jour que le baccalauréat, et quelques diplômes dont les BTS, mais pas les diplômes de l'enseignement supérieur.

[231] Les DREETS pour leur part sont faiblement outillées. La solution ODESSA+ (Obtention des diplômes du travail social et de la santé) est utilisée par les DREETS pour la VAE, et par certaines DREETS seulement pour dématérialiser la délivrance des diplômes. Seraient ainsi numérisés 30% des seuls diplômes infirmiers de base (soit 8 000 diplômes France entière selon l'agence du numérique en santé ANS). Une réflexion est en cours au sein des ministères sociaux pour généraliser cet outil et l'utiliser pour une transmission à l'ordre infirmier (ou aux ordres des masseurs-kinésithérapeutes et pédicure-podologues), sans indication de date.

[232] Une nouvelle obligation de transmission par les certificateurs au système d'information du compte personnel de formation (CPF) géré par la caisse des dépôts et consignations (CDC) est cependant en vigueur dans le code du travail depuis le 1^{er} juillet 2021 : elle résulte de la loi n°2018-

⁴¹ Décret n°2011-462 du 26 avril 2011 fixant les conditions de transmission d'informations certifiées relatives aux titres de formation délivrés aux professionnels de santé et aux personnes susceptibles de concourir aux soins. Les informations certifiées portent sur l'état-civil et autres données d'identification, le libellé et l'adresse de l'organisme de formation, l'intitulé du titre de formation. Elles sont identiques à celles transmises au système d'information du CPF.

771 du 5 septembre 2018 relative à la liberté de choisir son avenir professionnel et de ses textes d'application⁴².

[233] La CDC interrogée (direction de la formation professionnelle et des compétences) indique que le système d'information est opérationnel, avec 55 millions de comptes personnels ouverts, dont un tiers a été activé par la personne concernée. Les premières transmissions de diplômes ont commencé, émanant de 800 certificateurs différents, dont les universités. La DGESIP (département formation et emploi, insertion professionnelle) indique que d'ici la fin 2022, toutes les universités, dont les universités à composante santé, auront procédé aux premières transmissions à la CDC, pour l'ensemble des diplômes qu'ils délivrent, issus de leurs systèmes d'information de scolarité. Elle indique également que le projet d'extension de diplome.gouv.fr aux diplômes du supérieur n'est plus poursuivi, le service rendu aux particuliers par ce portail étant substitué par l'accès au CPF.

[234] Sans disposer d'information sur la capacité des DREETS à alimenter le CPF et la CDC, jugée par la CDC plus lointaine, ni sur les volumétries effectivement transmises à ce jour par les 33 universités à composante santé, ou potentiellement transmissibles en régime de croisière en 2023, avec éventuellement reprise d'une partie de l'antériorité (diplômes délivrés avant ou après le 1^{er} juillet 2021), la mission constate qu'en partenariat robuste et effectif entre DGESIP, universités et CDC, les informations nécessaires aux ordres et aux ARS pour simplifier et sécuriser les démarches d'enregistrement des professionnels de santé semblent effectivement transmises au CPF et à la CDC par l'ensemble des universités à composante santé.

[235] Logiquement, les ordres, dont l'ordre infirmier, et les ARS pour les professions sans ordre, devraient, simultanément au système d'information du CPF géré par la CDC, pouvoir recevoir les mêmes informations d'identification et de certification.

[236] Ces informations confortent la mission dans la cohérence et l'efficacité que représenterait, pour les trois diplômes de spécialité infirmière, mais également pour l'ensemble des diplômes sanitaires relevant à ce jour du ministère chargé de la santé et du code de la santé publique, l'unification des certifications sanitaires universitarisées, et leur transformation en diplômes nationaux de santé, délivrés par les universités accréditées et évaluées par le HCERES. Parmi les diplômes de santé post-bac, deux diplômes seulement restent à universitariser (les diplômes d'État de psychomotricien et de technicien de laboratoire). En l'attente, le certificateur DREETS est soumis à la même obligation de transmission au système d'information du CPF géré par la CDC, ainsi que pour les diplômes infra-bac, et un chantier s'appuyant sur ODESSA+ demeure nécessaire.

[237] Il est par ailleurs proposé, s'agissant des spécialités infirmières, de clarifier les obligations juridiques d'enregistrement posées par l'article L4311-15 et ses textes d'application, d'une part, et pour l'ensemble des professions infirmières (diplôme de base, spécialités et IPA) de généraliser sans délai les systèmes d'information simplifiant les démarches et garantissant des informations fiables et complètes. A cette fin, le RPPS infirmier devrait être également simplifié et rendu directement accessible au public, comme le prévoit le code de la santé publique. L'accès public actuel au RPPS demeure indirect, par le site public de l'ordre infirmier, et partiel dans l'annuaire santé de l'agence du numérique en santé (ANS). Le RPPS distingue en outre actuellement le diplôme, qui ne peut être recherché directement, et une notion complémentaire dite de savoir-faire, qui est publique et utilisée pour d'autres professions de santé (notamment les spécialités médicales de troisième cycle).

⁴² Décret n°2019-1490 du 27 décembre 2019 relatif à la transmission au système d'informations du compte personnel de formation des informations relatives aux titulaires des certifications enregistrées aux répertoires nationaux et arrêté du 21 mai 2021 précisant les informations transmises.

[238] A la date du 22 juin 2022, l'agence du numérique en santé, gestionnaire du RPPS, indique en lien avec l'ordre infirmier que les IPA inscrits à l'ordre sont 847, diplômés IPA déclaré à l'ordre, mais que l'application de cette notion de savoir-faire fait sortir 31% des IPA soit 265 de l'effectif public. La raison indiquée par les services du conseil national de l'ordre infirmier est un changement de posture à l'occasion du basculement au 1^{er} octobre 2021 des infirmiers dans le répertoire RPPS et du changement de système d'information par l'ordre qui met à disposition des professionnels un portail d'enregistrement en ligne, sécurisé pour l'identification par France connect. L'ordre enregistrait jusqu'en octobre 2021 les déclarations qui lui étaient faites par les IPA. Depuis cette date, l'ordre demande, souvent sans réponse, et quelles que soient les périodes d'activité précédemment enregistrées dans le tableau de l'ordre, des justificatifs (attestation employeur ou pour les libéraux attestation d'activité de l'assurance maladie) permettant d'établir les trois années d'activité temps plein comme IDE avant l'installation comme IPA. L'ordre établit lui-même que, sauf exception, les IPA ont l'expérience requise et devraient se voir reconnaître le savoir-faire d'IPA, mais qu'ils ou elles tardent à produire les justificatifs demandés.

[239] Ainsi, l'annuaire en ligne de la profession infirmière sur le site du conseil national de l'ordre commence par donner l'indication suivante : « L'ensemble des professionnels de santé sont répertoriés sur l'annuaire santé édité par l'Agence du Numérique en Santé (ANS) : <https://annuaire.sante.fr/> ». Malheureusement, à la date de ce rapport, cet annuaire public, reflet du RPPS, n'est interrogeable que sur le savoir-faire, et non sur le diplôme : s'agissant des infirmiers, il ne permet donc pas d'identifier les infirmiers spécialisés, et s'agissant des IPA, un problème technique non résolu⁴³ est signalé par le bandeau suivant : « Notre moteur de recherche rencontre actuellement des problèmes d'indexation et renvoie des résultats de recherche incomplets. Nos équipes sont mobilisées pour rétablir le service, nous vous prions de bien vouloir nous excuser pour la gêne occasionnée. »

[240] L'annuaire de la profession infirmière interrogeable par le public sur le site de l'ordre national infirmier est selon les termes de la note juridique⁴⁴ mise également en ligne « issu des données du tableau. Il permet à toute personne de vérifier qu'un infirmier est inscrit au tableau et de connaître sa ville et son département d'exercice. » Il comprend fin juin 314 000 professionnels infirmiers tous diplômes confondus, dont diplômes de spécialité (17 000) et DE IPA (829), avec numéro ordinal, numéro RPPS⁴⁵, nom, prénom et adresse d'exercice, le plus souvent numéro de téléphone professionnel, mention du diplôme ou de l'autorisation d'exercice comme IDE et le cas échéant spécialité ou IPA.

[241] La situation à l'été 2022 est donc transitoire et non représentative, et partiellement conforme aux exigences légales posées par le code de la santé publique (articles L4311-15 et D4311-95 à 104). Grâce à la liste des professionnels infirmiers, mise en ligne par le conseil national de l'ordre infirmier

⁴³ La recherche sur les infirmiers avec savoir-faire IPA toutes mentions renvoie 113 professionnels, alors que les recherches par mention indiquent respectivement 111 IPA pathologies chroniques stabilisées, 121 IPA oncologie-hématologie, 125 IPA psychiatrie santé mentale et 70 IPA maladie rénale chronique, soit 424 au total. Ces résultats sont incohérents avec les données transmises par l'ANS et par l'ordre infirmier fin juin. Outre la discordance sur savoir-faire et diplôme qui fait disparaître près d'un tiers des IPA inscrites à l'ordre, quelle que soit la date (847 au 22/6, 957 au 7/7, 1030 au 20/7, la période étant celle des inscriptions à l'ordre des diplômés de l'été produisant leur attestation de réussite fournie par l'université, avant même de disposer du DE IPA officiel).

⁴⁴ Cette note précise sans indiquer l'effectif concerné : « Toutefois, certains infirmiers inscrits au Tableau de l'Ordre ne figurent pas sur cet annuaire, soit : ▪ parce qu'ils ont fait la démarche auprès du Conseil de l'Ordre pour ne pas être mentionnés dans cet annuaire (en vertu de la loi n°78-17 du 6/01/1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés) ; ▪ parce qu'ils font l'objet d'une interdiction d'exercer la profession d'infirmier par mesure disciplinaire égale ou supérieure à 3 mois ; ▪ parce qu'ils sont suspendus du droit d'exercer la profession d'infirmier par mesure administrative ou judiciaire. En cas d'absence d'un infirmier de cet annuaire, vous pouvez contacter le conseil départemental pour qu'il vous confirme son inscription. »

⁴⁵ Le numéro RPPS est parfois manquant, ce qui est curieux.

sur son site, et distinguant spécialités et IPA, cette liste prévue par le code de la santé publique est bien publique et accessible, reflet d'un RPPS qui reste en transition et en construction. Cette situation semble difficilement compréhensible pour les professionnels et pour le public. Elle conduit, même transitoirement, à ce que 50 % des infirmiers spécialisés, 30 % à 50 % des IPA, ne soient identifiables que par la liste de l'ordre ; et ce dernier ne peut évidemment fournir que la liste des professionnels inscrits au tableau de l'ordre, soit environ 50 % des salariés et 100 % des libéraux. Les services du ministère, ARS au premier chef, ne sont pas non plus en situation d'accéder facilement au RPPS infirmier en construction, l'accès par le système d'information Diamant étant annoncé pour le 15 septembre 2022, et restreint à 11 jeux de données provisoires pour les ARS sur leur portail dédié. Ces jeux de données RPPS sont plus étendus que la liste ordinale, permettant d'accéder aux diplômes détenus et à leur date d'obtention, et en effectifs, l'écart important ne s'explique guère⁴⁶. Ces différentes bases de données pour incomplètes qu'elles soient encore, pourraient utilement être interrogées pour préciser les parcours de formation sur les points que n'éclaire pas l'enquête DREES Ecoles : part des continuités d'études en puéricultrices et depuis 2020 en IPA ou IBODE⁴⁷, ancienneté moyenne du diplôme infirmier pour les infirmiers spécialisés et IPA lors de leur diplomation.

[242] En effet, l'ancienneté moyenne des IPA comme IDE (métier socle) est selon les professionnels supérieure à dix ans, d'une part ; d'autre part, l'effectif en continuité d'études infirmières est faible, moins de 3 % selon la DGESIP sur les diplômés jusqu'en 2021. Il ne peut donc y avoir 31 % d'IPA ne réunissant pas les trois ans d'exercice comme IDE au moment de leur installation comme IPA, ce que l'ordre et l'ANS ont confirmé à la mission. Le détail pour les quatre mentions enregistrées à ce jour figure dans le tableau suivant.

[243] Par rapport à l'effectif diplômé IPA recensé par la DGESIP ou l'UNIPA soit environ 987 personnes, le taux d'inscription à l'ordre infirmier un an après la diplomation de l'été 2021 semble satisfaisant⁴⁸ (de l'ordre de 85 %) et peut traduire un délai d'installation ou de déclaration. L'inscription est obligatoire selon la loi « avant un exercice professionnel »⁴⁹.

Tableau 2 : IPA inscrits à l'ordre et au RPPS en juin 2021 par mention et attestation du savoir-faire

Mention IPA	Effectif RPPS au 7/7/22	Effectif public	Effectif non public	Taux non public
DE23-IPA pathologies chroniques stabilisées	523	360	163	31 %

⁴⁶ Les effectifs RPPS identifiés à date sont de l'ordre de 445 000 diplômés d'État infirmier, 19 000 diplômés de spécialité, et 765 savoir-faire IPA.

⁴⁷ La mission a effectué un test sur le fichier des diplômes obtenus mis à disposition des ARS, qui comprend près de 450 000 infirmiers inscrits à l'ordre avec leur numéro RPPS, en comparant les dates d'obtention des deux diplômes infirmier et puéricultrice (ou IBODE diplômée en 2022). Sur plus de 8 000 puéricultrices diplômées depuis 1992, le taux apparent de continuité d'études (moins de deux ans entre les deux diplômes soit moins d'un an d'interruption) ressort à 48 % en moyenne, 39 % pour les diplômées avant 2012, 50 % entre 2012 et 2016, 62 % entre 2017 et 2021. Pour les IBODE diplômées en 2022, le taux apparent de continuité d'études est de 6 %, soit 6 sur 102 inscrites, pour moins de 20 % de la promotion déjà installée et inscrite ; deux dates d'obtention du diplôme déclarées au 5/12/2022 appellent interprétation. Par ailleurs, l'écart moyen entre les diplômés est de 6 ans pour les puéricultrices hors continuité d'études, de 9 ans pour les IADE et de 10 ans pour les IBODE. Enfin, ce fichier issu pourtant du RPPS n'inclut pas le DE IPA.

⁴⁸ Il est nettement supérieur à celui des IDE en général et des salariés en particulier, qui est estimé à environ 50 %.

⁴⁹ Le II du L4301-1 prévoit : « Sont tenues de se faire enregistrer auprès du service ou de l'organisme désigné à cette fin par le ministre chargé de la santé, avant un exercice professionnel, les personnes ayant obtenu un titre de formation requis pour l'exercice en pratique avancée. » Cette obligation est reprise au D4301-8. L'ANS ayant donné deux pointages au 22 juin et au 7 juillet 2022, ils ont permis de constater qu'à la première date 847 IPA étaient inscrites à l'ordre donc au RPPS sur 987 diplômées jusque début 2022, soit une proportion de 86 %. Les nouveaux inscrits entre ces deux dates correspondent en revanche au début de sortie de la promotion IPA de l'été 2022, qui peut s'inscrire dès qu'elle possède son « attestation de réussite », avant même que le diplôme ne soit officiellement délivré par l'université.

DE24-IPA oncologie et hémato-oncologie	192	120	72	38 %
DE25-IPA maladie rénale	86	60	26	30 %
DE26-IPA santé mentale	156	106	50	32 %
IPA toutes mentions	957	646	311	32,5 %

Source : RPPS et agence du numérique en santé. L'effectif public visible dans l'annuaire santé retient non pas le diplôme IPA et sa mention, dûment enregistrés à l'ordre, mais une attestation du savoir-faire et de l'exercice antérieur de trois ans comme IDE, trop souvent non fournie.

[244] L'obligation d'enregistrement des professionnels diplômés auprès de l'ordre infirmier est prévue par le code de la santé publique (articles L4311-15 et D4311-95 à 104 déjà cités), pour « tout changement de leur situation professionnelle » et pour tout « titre de formation ou autorisation requis pour l'exercice de la profession d'infirmière ou d'infirmier, avant leur entrée dans la profession ». Les services de l'ordre infirmier interrogés par la mission sur la question de savoir si cette obligation s'appliquait clairement aux infirmiers spécialisés ont répondu par la négative, en développant une analyse que ne partage pas la mission. Outre que les organisations professionnelles soutiennent plutôt cette obligation qui rend ces professions plus visibles et les différencie de la profession socle, l'analyse selon laquelle « l'entrée dans la profession » infirmière et « les titres requis pour son exercice » ne concerneraient que la profession socle, notamment au motif que l'article L4311-3 ne détaille que les titres requis pour « la profession d'infirmier responsable de soins généraux », n'est pas recevable pour la mission. A ses yeux, la lecture du chapitre 1^{er} du code « Règles relatives à l'exercice de la profession » infirmière et du décret d'application codifié aux articles D4311-95 à 104 est nécessairement globale et comprend les spécialités infirmières et la pratique avancée. La mission préconise que la DGOS clarifie auprès de l'ordre infirmier le champ de l'obligation d'enregistrement des infirmiers au regard des trois spécialités infirmières. Par ailleurs, la transmission obligatoire à l'ordre des nouveaux diplômés par les certificateurs est prévue à l'article L4311-15-1, lui-même lié au L4311-15.

[245] Par modification du L4311-15 ou de ses textes d'application, si c'est nécessaire⁵⁰, il devrait être harmonisé qu'après tout diplôme complémentaire obtenu par un infirmier, notamment les trois diplômes d'État de spécialité qui conduisent à un nouveau métier, l'infirmier doit s'enregistrer en tant que spécialisé à l'ordre, comme c'est le cas pour le DE IPA. Les outils permettant de rendre effective la transmission à l'ordre infirmier dès l'obtention des diplômes devraient être garantis par une généralisation adéquate. Dès les diplomations 2022 et 2023, l'outil de dématérialisation ODESSA+ devrait être généralisé dans les DREETS et assurer la transmission à l'ordre infirmier des diplômes nouveaux ou récents. Dès 2024 les nouvelles diplomations universitaires devraient également être transmises à l'ordre infirmier (pour les trois spécialités et les IPA, et si possible le diplôme infirmier), parallèlement aux informations identiques transmises par les universités à la caisse des dépôts et consignations au titre du CPF.

[246] Enfin, par récupération de la moitié des infirmiers salariés non-inscrits à l'ordre, soit 300 000 infirmiers et 20 000 infirmiers spécialisés, le répertoire modernisé devrait faire l'identité entre diplôme et savoir-faire, et être interrogeable selon le diplôme.

⁵⁰ La mission préconise également de vérifier si l'arrêté prévu par le décret n°2010-1131 relatif à l'enregistrement des pharmaciens et auxiliaires médicaux (article 9 : « Les dispositions du présent décret entrent en vigueur à une date fixée par arrêté du ministre chargé de la santé par profession et au plus tard le 1er janvier 2012. ») doit être pris concernant les infirmiers en soin généraux et spécialisés : deux arrêtés ont été pris respectivement pour les masseurs-kinésithérapeutes et pédicures podologues en 2016 et 2017. De même, il semble qu'aucun arrêté n'ait été pris concernant aucune profession pour la transmission des diplômes, avec une date d'effet prévue également avant le 1^{er} janvier 2012 par le décret n°2011-462 du 26 avril 2011. Les systèmes d'information ne sont en effet pas opérationnels à ce jour, mais pourraient le devenir.

Recommandation n°20 Harmoniser entre spécialités et IPA l'obligation d'enregistrement à l'ordre avec le nouveau diplôme obtenu, lui-même transmis dès son obtention à l'ordre par le certificateur délivrant le diplôme, et identifié au savoir-faire du répertoire.

[247] En conclusion, la concertation a contribué à « clarifier, préciser, expertiser » les nombreuses problématiques autour de la pratique avancée infirmière, et sa montée en charge, et les implications et modalités d'une reconnaissance en pratique avancée de tout ou partie des trois spécialités infirmières. Elle a produit des projets de textes qui devraient constituer un point d'étape utile pour les nouveaux décideurs et préparer la finalisation des travaux avec les professionnels et le législateur.

[248] La mission souligne qu'un important investissement juridique, statistique, de comparaison internationale et de concertation avec les acteurs de la formation et de l'exercice en pratique avancée ou en spécialité infirmière demeure nécessaire dans les deux ministères pour éclairer les décisions et accompagner les évolutions futures.

Jean DEBEAUPUIS

Patrice BLEMONT

LETTRE DE MISSION



**MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Le Ministre

CAB OV/BR/Pégase D-22-000654



**MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT
SUPÉRIEUR,
DE LA RECHERCHE
ET DE L'INNOVATION**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Le Ministre

Paris, le **18 FEV. 2022**

Madame la cheffe du service de l'Inspection générale des affaires sociales,

Madame la cheffe du service de l'Inspection générale de l'éducation du sport et de la recherche,

L'inspection générale des affaires sociales a remis, le 7 décembre dernier, le rapport visant à évaluer les dispositifs de « protocoles de coopération et « pratiques avancées », à examiner la question de l'ouverture de la pratique avancée aux infirmiers spécialisés ainsi que l'opportunité de créer une « profession de santé intermédiaire ».

Ce rapport propose des choix de rupture pour faire évoluer profondément les partages de compétences entre professionnels de santé notamment dans le cadre d'un exercice coordonné.

La mission recommande qu'une réflexion globale soit menée sur le positionnement des différentes professions, sur leurs périmètres d'intervention et l'adaptation de leur formation.

Comme vous l'indiquiez, le rapport permet de nourrir des objectifs de court et de moyen terme :

- De court terme, dans la mesure où, pour certaines professions concernées, des évolutions sont attendues dans un horizon temporel très proche (par exemple l'intégration de certains infirmiers spécialisés au sein des infirmiers en pratique avancée ou le financement de la formation continue et l'aide à l'installation) ;
- De moyen terme, dans la mesure où une concertation large est nécessaire avec l'ensemble des acteurs concernés, patients et professionnels, sur la formation, les missions, la doctrine d'emploi et la notion même de pratique avancée pour les infirmiers, tant en ville qu'à l'hôpital, son articulation avec les autres professionnels et le recours complémentaire aux protocoles de coopération.

Dans ce contexte, nous vous prions de bien vouloir diligenter une mission qui visera, en lien étroit avec la DGOS et la DGESIP à :

- examiner, en ce qui concerne les IPA, les sujets de la primo-prescription et de l'accès direct (en tenant compte de l'expérimentation prévue par la dernière loi de financement de la sécurité sociale), ainsi que le sujet de la rémunération sur son volet hospitalier – les stipulations conventionnelles avec l'assurance-maladie régissant la rémunération des professionnels libéraux ;
- s'agissant des infirmiers anesthésistes, poursuivre l'expertise juridique visant à apporter des modifications nécessaires au code de la santé publique afin de conforter leur positionnement. Les modalités de formation, dans un contexte d'« universitarisation », devront également être examinées ;
- s'agissant des infirmiers de bloc opératoire et des infirmiers de puériculture, approfondir la réflexion sur le positionnement « en cible », réaliser des études préparatoires, en lien notamment avec les arbitrages rendus en matière d'organisation de leur formation.

Pour chacun de ces sujets, la mission mènera à bien une concertation large permettant une meilleure appréhension et appropriation des enjeux par les différentes parties prenantes, en lien avec une réflexion plus globale sur le métier socle infirmier.

Vous mènerez cette mission également en lien avec les services de la direction de la sécurité sociale et de la direction générale de la santé.

Les travaux de la mission sont attendus pour le mois d'avril 2022.

Nous vous prions d'agréer, Madame la cheffe du service de l'Inspection générale des affaires sociales, Madame la cheffe du service de l'Inspection générale de l'éducation du sport et de la recherche, l'expression de notre considération distinguée.



Olivier VERAN



Frédérique VIDAL

LISTE DES ANNEXES

- Annexe 1 : Calendrier et composition des groupes de travail IPA/spécialisés
- Annexe 2 : Recommandations du rapport IGAS Trajectoires
- Annexe 3 : Projet d'amendement et de décrets formation/exercice en pratique avancée
- Annexe 4 : Projet de décret accès direct en prévention aux IPA
- Annexe 5 : Courrier commun des ministres de la santé et de l'enseignement supérieur du 7 avril 2022
- Annexe 6 : Eléments de comparaison internationale
- Annexe 7 : Courrier CODISCIA-CEEIADE du 13 juin
- Annexe 8 : Eléments relatifs au financement des instituts de formation
- Annexe 9 : Courrier CNOM juin 2022
- Annexe 10 : Activités et effectifs IPA
- Annexe 11 : Courrier Ministre janvier 2022
- Annexe 12 : Contribution MG France

ANNEXE 1 : Calendrier et composition des groupes de travail

Groupe	GT1	GT2	GT3	GT4
GT IA	23-févr	16-mars	13-avr	11-mai
GT IPA	24-févr	17-mars	14-avr	12-mai
GT IBO	25-févr	23-mars	20-avr	
GT PDE	28-févr	24-mars	21-avr	

Les groupes ont été composés selon les principes indiqués dans le rapport, et tenus en visio-conférence, ne permettant pas de tenir un décompte nominatif au long des trois ou quatre séances de toutes les personnes ayant représenté leur organisation, notamment dans les CNP de médecine et chirurgie. Voici la liste des organisations et responsables conviés et/ou représentés.

1) Membres communs aux quatre groupe de travail

Conseil national de l'ordre infirmier : M. Patrick CHAMBOREDON, président

Conseil national de l'ordre des médecins : Dr. François SIMON, Dr. René-Pierre LABARRIERE, Pr. Stéphane OUSTRIC

Collège de médecine générale Dr. Fabien BESANCON

Organisations syndicales FPH : M. Vincent PORTEOUS, Pauline LAROZE et Laurent LAPORTE
 UFMICT-CGT, M. Romuald FOLTZ et Florence DEDIEU CFDT santé-sociaux, M. Jean-Claude STUTZ,
 M. Philippe LAURENT UNSA, M. JM. DUVAUCHELLE SUD santé sociaux, M. Christian PRUDHOMME
 FO

DGOS : M. Philippe CHARPENTIER, Mme. Eva JALLABERT, Caroline COLLIN, Brigitte FEUILLEBOIS,
 Catherine NAVIAUX-BELLEC

2) Groupe de travail IPA

Mme. Julie DEVICTOR Président du CNP IPA

Mme. Tatiana HENRIOT présidente UNIPA

M. Sébastien CHAPDANIEL SOFRIPA

Mme. Ludivine VIDELOUP, présidente ANFIPA

3) Groupe de travail IADE

M. William DAUGA, Mme. Catherine DEFENDINI Collectif IADE
M. Christophe PAYSANT SNIA
M. Nico DECOCK CNP IA
Mme. Ghislaine ROUBY présidente comité entente des écoles IADE (CEEIADE)
Mme. Ahlem GRINE M. Mathieu RENOLEAU-ROULET association nationale étudiants IA
Pr. Pierre ALBALEDEJO puis Dr. Laurent DELAUNAY CNP ARMPO
Dr. Anne WERNET SNPHARE
Dr. Franck VERDONK
Dr. Emmanuelle DURAND
Dr. Eric LE BIHAN
Dr. Pierre LANOT
Dr. Benoît TAVERNIER
Dr. Paul ZETLAOUI
Pr. Paul-Michel MERTES, président du comité des directeurs scientifiques IADE (CODISCIA)
M. Arnaud BASSEZ SOFIA

4) Groupe de travail IBODE

Mme. Marie-Sophie NIAY, présidente association enseignants AEEIBO
Mme. Magali DELHOSTE UNAIBODE
M. Alain CARTIGNY président CNP IBODE
Mme. Adeline BRIS Association des étudiants ALEIBO
M. Olivier WACRENIER, président SNIBO
M. Rachid DIGOY, Grégory CHAKIR Collectif IBODE
Pr. Olivier GOEAU-BRISSONIERE Président FSM et CNP chirurgie vasculaire
Pr. Muriel MATHONNET CNP chirurgie digestive
Pr. Christine GRAPIN CNP

5) Groupe de travail puéricultrices

M. Charles EURY président Collège des infirmiers puériculteurs (CNP)
Mme. Guylaine BABCHIA présidente comité d'entente écoles (CEEPAME) et Mme. Anne DANNENMULLER vice-présidente
Pr. Isabelle CLAUDET CNP pédiatrie
Dr. Fabienne KOCHERT

Dr. Emmanuel CIXOUS

Dr. Nancy GRIME

Dr. Jean-Christophe ROZE

ANNEXE 2 : Tableau des 38 recommandations du rapport Trajectoires

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
I - Ajuster le dispositif des protocoles de coopération				
Sécuriser les protocoles et les compétences des professionnels impliqués				
5	Assouplir le caractère intuitu personae des protocoles nationaux en expérimentant leur rattachement à un poste associé à des qualifications plutôt qu'à une personne nominativement identifiée et en en faisant porter la responsabilité par la structure ou le service concerné.	1	DGOS	S2 - 2022
6	Mettre en place des modalités de suivi et capitalisation des compétences acquises par les professionnels engagés dans des protocoles de coopération.	1	ONI/CNP/ ANDPC/ DGOS	S1 - 2023
Renforcer le pilotage national et le suivi des protocoles				
2	Renforcer les compétences et les moyens du CNCI en matière de veille, d'analyse, d'animation, et d'amélioration des pratiques entre les équipes promotrices de protocoles locaux.	3	DGOS/DSS	S1 - 2022
4	Procéder à une évaluation nationale du dispositif de protocoles de coopération locaux en complément de l'évaluation des protocoles de coopération nationaux qui relève des missions du CNCI.	3	IRDES	S2 - 2023
7	Définir, au niveau du CNCI, une grille de critères permettant d'identifier les protocoles les plus susceptibles de sortir d'un cadre dérogatoire pour être pérennisés, soit dans les compétences de la profession socle concernées, soit dans le cadre d'une pratique avancée.	2	DGOS	S1 - 2022
3	Mettre en place une plateforme afin d'améliorer l'accès de tous et une exploitation facilitée des données contenues dans les protocoles.	3	DGOS/DNUM	S1 - 2023
II- Viabiliser l'exercice des infirmiers en pratique avancée				
Mieux valoriser les compétences des IPA				
14	Supprimer dans les décrets de compétence et d'actes des IPA ainsi que dans la convention nationale infirmière (Titre 3 art 16) la notion de "patient confié par le médecin" au profit d'une simple recommandation de suivi voire un adressage, similaire à celui pratiqué entre médecins, dans le respect des modalités classiques d'un parcours coordonné.	1	DGOS	S1 - 2022

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
13	Assouplir les droits de prescription des IPA : ouvrir dès que possible par voie législative la possibilité de primo-prescrire certains produits de santé et prestations à prescription médicale obligatoire, en en fixant la liste par voie réglementaire et conventionnelle. En attendant et par défaut, mettre en place des protocoles de coopération dédiés aux IPA pour le permettre au plus tôt.	1	DGOS	Prochain véhicule législatif
8	Mieux rémunérer les IPA libérales et redéfinir à cet effet le dispositif conventionnel mis en place pour leur rémunération et les conditions d'octroi du forfait installation.	1	CNAM/UNCAM	Prochaines négociations conventionnelles
11	À l'hôpital, créer un régime indemnitaire pour les infirmiers en pratique avancée, avec un objectif d'harmonisation pour l'ensemble des auxiliaires médicaux de grade master	1	DGOS/DGAFP	S2 - 2022
12	Mettre à jour les référentiels d'actes et consultations externes (ACE) à l'hôpital en intégrant l'activité des IPA.	2	CNAM/UNCAM /ATIH	S2 - 2022
Prendre en compte les conséquences du partage des compétences pour les médecins libéraux				
10	Rémunérer le temps de coordination du médecin avec l'IPA.	1	CNAM/UNCAM	Prochaines négociations conventionnelles
9	Expertiser la création d'une consultation médicale annuelle de synthèse pour les patients suivis par une IPA pour des pathologies chroniques stabilisées.	2	CNAM/UNCAM	Prochaines négociations conventionnelles
III. Soutenir la formation des infirmiers en pratique avancée				
15	Élaborer un plan national de financement de la formation continue, prioritairement ciblé sur les infirmiers libéraux et les salariés des petits établissements sanitaires et médico-sociaux pour faciliter l'accès au diplôme d'IPA.	1	MSS/ARS/CNAM/ANFH	S2 - 2023
16	Rappeler aux universités le caractère prioritaire de l'accueil en formation continue et la nécessité de considérer une expérience professionnelle confirmée comme un critère essentiel de sélection pour l'entrée en formation d'IPA.	1	MESRI/MSS	S1 - 2022
17	Procéder à une évaluation nationale des dispositifs de formation en pratique avancée compte tenu de la variabilité dans l'organisation en termes de durée entre universités.	3	MESRI/HCERES	S1 - 2023

TOME 1 - RAPPORT IGAS N°2021-051R

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
18	Définir des modalités plus incitatives et facilitantes pour les maîtres de stage et organiser leur formation.	2	MESRI	S1 - 2022
19	Mettre en place à l'université les conditions de développement d'une validation des acquis personnels et/ou professionnels (VAPP) pour l'accès au DEIPA et autoriser les contrats d'apprentissage pour la formation DEIPA entre l'université et tout employeur (exercice collectif en ville et hôpital)	2	DGESIP/DGOS	2022
IV. Accompagner le développement de la pratique avancée infirmière				
20	Communiquer sur la profession d'IPA auprès des différents acteurs (URPS, ordres professionnels, structures d'exercice coordonné, CPAM, fédérations, établissements de santé publics et privés, établissements sociaux et médico-sociaux, laboratoires, centres de radiologies, pharmaciens)	1	CNAM/SGMAS /ARS	S1 - 2022
21	Faire réaliser conjointement par la DSS et la CNAM en lien avec la DGOS une revue complète des textes pour assurer la place des IPA dans le parcours de soins et garantir leurs droits. Faire également une revue des systèmes d'information de façon à intégrer l'existence des IPA dans ceux-ci.	1	CNAM/DSS/DGOS	S1 - 2022
V. Assurer la cohérence des dispositifs de réaménagement des partages de compétences entre eux				
26	Définir une doctrine d'emploi des différents dispositifs de coopération et la faire connaître à tous les acteurs impliqués.	3	DGOS	S2 - 2022
25	Différencier à l'avenir les protocoles destinés aux IDE des protocoles destinés aux IPA, le périmètre des dérogations accordées aux premiers s'efforçant de ne pas excéder les compétences et autorisations accordées par la loi aux seconds.	3	DGOS	S1 - 2022
24	Prévoir une représentation des IPA dans le CNCI pour assurer la cohérence entre les protocoles de coopération et les mentions de la pratique avancée.	2	DGOS	S1 - 2022
27	Mandater l'IRDES pour réaliser des études d'impact et des évaluations thématiques permettant d'apprécier la pertinence de l'ensemble des dispositifs de réorganisation des interventions entre professionnels de santé concourant à un même objectif de santé publique.	3	DREES/ CNAM	S1 - 2022
22	Etudier des modalités de validation des acquis personnels et/ou professionnels (VAPP) partielle permettant à l'ensemble des infirmiers ASALEE d'accéder de façon facilitée au DEIPA et envisager la fusion à terme des dispositifs.	2	DGESIP/DGOS	2022

TOME 1 - RAPPORT IGAS N°2021-051R

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
23	Prévoir de réinterroger la pertinence du protocole de coopération SAU concomitamment à la montée en puissance de la diplomation des IPA Urgences.	3	DGOS	S2 - 2024
28	Prêter une attention particulière à l'organisation de la succession entre différents dispositifs concurrents dont l'un est mis en extinction au profit d'un autre.	3	DGOS	S1 - 2022
VI. Permettre l'évolution et l'extension la pratique avancée				
Structurer la pratique avancée				
30	Elargir la notion de pratique avancée en distinguant deux types de pratiques avancées : les infirmiers en pratique avancée spécialisés, les infirmiers praticiens en pratique avancée.	1	DGOS	S1 - 2022
29	Réaliser, dès que possible, les évolutions législatives et réglementaires indispensables pour pouvoir intégrer les IADE dans la pratique avancée infirmière.	1	DGOS	S1 - 2022
31	Reclasser les différentes mentions IPA dans ces deux catégories et créer, dans la catégorie "infirmiers en pratique avancée spécialisés" une mention "anesthésie" permettant d'y rattacher les IADE, en assouplissant à titre transitoire la condition législative d'un diplôme "délivré par l'université".	1	DGOS	S1 - 2022
32	Mettre en place un processus structuré d'instruction des demandes d'extension de la pratique avancée comportant la remise d'un avis des conseils nationaux professionnels concernés réunis sous l'égide de la HAS, et sa transmission à une instance décisionnelle réunissant les directions concernées du ministère de la Santé, la CNAM et le ministère de l'Enseignement supérieur	2	DGOS	S1 - 2022
Expertiser l'accès direct à certains professionnels non-médicaux dont les IPA en coordination avec les médecins traitants				
33	Permettre l'accès direct aux IPA en population générale dans des zones identifiées par les ARS sur des critères liés à l'accès aux soins.	2	MSS	2022
34	Définir une doctrine globale destinée à cadrer l'intervention, en exercice coordonné, de professionnels non-médicaux en amont du médecin dans le parcours de soins.	3	DGOS/DSS/ CNAM/HAS	S1 - 2022
35	Identifier des indicateurs adossés aux systèmes d'information de la CNAM pour garantir l'effectivité de la coordination entre infirmier en pratique avancée et médecin traitant.	3	CNAM	S2 - 2022

TOME 1 - RAPPORT IGAS N°2021-051R

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
VII. Créer les conditions d'un partage plus ambitieux des compétences pour répondre aux besoins de prise en charge des patients				
1	Faire réaliser par la DREES une enquête anonymisée visant à établir, sur un échantillon d'actes définis par la DGOS, la proportion de professionnels paramédicaux réalisant occasionnellement ou régulièrement à l'hôpital des actes médicaux.	3	DREES/DGOS	S1- 2022
36	Intégrer les nouveaux acteurs en pratique avancée dans les parcours de soins prioritaires. Poursuivre à cet effet les travaux initiés récemment par la HAS sur l'exemple la maladie rénale chronique.	1	HAS / CNAM	2022
37	Mettre en place en amont du HCPP une instance chargée spécifiquement d'assurer la concertation interprofessionnelle sur les évolutions et le partage des compétences entre les professionnels de santé	2	MSS	2022
38	Expertiser la tenue d'une convention citoyenne sur la refonte de l'organisation du système de santé et des professions.	2	MSS	2022

La première partie d'état des lieux sur les protocoles de coopération a conduit la mission Trajectoires à une série de recommandations (R1 à R7) spécifiques, qui pourront ultérieurement concerner les IPA s'inscrivant dans des protocoles.

Une seconde partie (R8 à R14, R20 et 21) porte sur l'exercice en pratique avancée, libéral ou salarié. La concertation a examiné avec les IPA et la DSS et la CNAM ces recommandations, dont la mise en œuvre relève soit de la convention infirmière, en particulier l'avenant 9 négocié en février (R8 améliorer la rémunération des IPA libérales), soit de la convention médicale (R9 et R10 rémunération du médecin pour une synthèse annuelle et un temps de coordination avec IPA), soit des employeurs publics et privés, FPH au premier chef (R11 la rémunération des IPA hospitalières dépend des textes statutaires et indemnitaires, et a été améliorée post-Ségur avec annonce en janvier 2022 d'une prime de 180 € bruts mensuels).

Les aspects systèmes d'information (SI) sont présents, tant pour les IPA libérales, dont le SI infirmier doit intégrer la gestion de patients et la coordination propre à l'IPA, avec facturation Sesame-Vitale des forfaits avenant 7, que pour les établissements de santé, dont les actes et consultations externes facturés individuellement (FIDES) doivent intégrer les mêmes facturations de forfaits NGAP IPA. Les deux questions-clés relatives à l'exercice, la primo-prescription (R13) et l'accès direct du patient à l'IPA (R14) ont été, pour l'une tranchée par le législateur (art. 76 de la LFSS 2022) sous forme d'une expérimentation dans trois régions et pour 3 ans, que la DGOS va concerter, et pour l'autre renvoyée à cette mission de concertation. Le rapport « Trajectoires » a préconisé que l'expression « patients dont le suivi lui est confié par le médecin » soit revue au R4301-1.

Un troisième volet de recommandations touche la formation IPA (R15 à 19) ou la coordination avec les protocoles de coopération (R22 à 28).

ANNEXE 3 : Version issue de la concertation du projet d'amendement et des projets de décret formation et exercice en pratique avancée, modifiée suite au groupe de travail IADE du 12/5/2022

Pour mémoire le cadre légal actuel et son évolution potentielle en rouge :

Article L4301-1

Modifié par Ordonnance n°2018-20 du 17 janvier 2018 - art. 16

- I. - Les auxiliaires médicaux relevant des titres Ier à VII du présent livre peuvent exercer en pratique avancée :
- 1° Au sein d'une équipe de soins primaires coordonnée par le médecin traitant ou d'une équipe de soins d'un centre médical du service de santé des armées coordonnée par un médecin des armées ;
 - 2° Au sein d'une équipe de soins en établissements de santé, en établissements médico-sociaux ou en hôpitaux des armées, coordonnée par un médecin ;
 - 3° **Au sein d'une équipe pluridisciplinaire d'un service départemental de protection maternelle et infantile coordonnée par un médecin ;**
 - 4° En assistance d'un médecin spécialiste, hors soins primaires, en pratique ambulatoire,
 - 5° En assistance d'un médecin du travail, au sein d'un service de prévention et de santé au travail
 - 6° **En assistance d'un médecin référent, au sein d'un service départemental de l'aide sociale à l'enfance ou en établissement d'accueil du jeune enfant. ».**

Un décret en Conseil d'État, pris après avis de l'Académie nationale de médecine et des représentants des professionnels de santé concernés, définit pour chaque profession d'auxiliaire médical :

- 1° Les domaines d'intervention en pratique avancée qui peuvent comporter :
- a) Des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage ;
 - b) Des actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques et des actes de surveillance clinique et para-clinique ;
 - c) Des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale obligatoire, des prescriptions d'examens complémentaires et des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales ;

2° Les conditions et les règles de l'exercice en pratique avancée.

II.-Peuvent exercer en pratique avancée les professionnels mentionnés au I qui justifient d'une durée d'exercice minimale de leur profession et d'un diplôme de formation en pratique avancée délivré par une université habilitée à cette fin dans les conditions mentionnées au III, ou d'un diplôme équivalent figurant sur une liste arrêtée par le ministre de la santé ».

Sont tenues de se faire enregistrer auprès du service ou de l'organisme désigné à cette fin par le ministre chargé de la santé, avant un exercice professionnel, les personnes ayant obtenu un titre de formation requis pour l'exercice en pratique avancée.

La nature du diplôme, la durée d'exercice minimale de la profession et les modalités d'obtention du diplôme et de reconnaissance des qualifications professionnelles des ressortissants européens sont définies par décret.

III.-Toute université (~~assurant une formation conduisant à la délivrance du~~) **délivrant un** diplôme de formation en pratique avancée doit avoir été habilitée à cet effet sur le fondement d'un référentiel de formation défini par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur, dans le cadre de la procédure d'accréditation de son offre de formation.

(NB le II et le III sont probablement à ajuster ou simplifier sur les points soulignés ou modifiés)

IV.-Les règles professionnelles et éthiques de chaque profession, ainsi que celles communes à l'ensemble des professionnels de santé, notamment celles figurant aux articles L. 1110-4 et L. 1111-2, demeurent applicables sous réserve, le cas échéant, des dispositions particulières ou des mesures d'adaptation nécessaires prises par décret en Conseil d'État.

Le professionnel agissant dans le cadre de la pratique avancée est responsable des actes qu'il réalise dans ce cadre.

Décret formation en pratique avancée (les modifications par rapport aux textes actuels **sont en rouge**).

Le premier ministre,

Sur rapport du MSS et de la MESRI,

Vu le code de l'éducation,

Vu le code de la santé publique,

Vu l'avis du CNESER en date du...

Vu l'avis du HCPP en date du...

Article 1^{er} : A la section VI du chapitre VI du titre III du livre VI du code de l'Education, la sous-section 1 est ainsi rédigée :

« Sous-section 1 : **Les formations** en pratique avancée **infirmière** (Articles D636-73 à D636-81)

Paragraphe 1 : Dispositions générales (Articles D636-73 à D636-76)

Article D636-73

Les formations en pratique avancée infirmière sont, pour la spécialité d'infirmier anesthésiste, le diplôme d'État d'infirmier anesthésiste et, pour les autres domaines d'intervention, le diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée. Ils sont délivrés 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 dispensée est évaluée dans le cadre de l'évaluation périodique des établissements d'enseignement supérieur, **le cas échéant en lien avec l'institut de formation avec lequel l'établissement a passé convention.**

Article D636-74

Les formations en pratique avancée infirmière visent à l'acquisition des connaissances et compétences nécessaires à l'exercice infirmier en pratique avancée défini aux articles R. 4301-1 à D. 4302-85 du code de la santé publique ainsi qu'à la maîtrise des attendus pédagogiques correspondant au grade universitaire délivré.

Le référentiel des activités et compétences correspondant à cet exercice est établi par le ministre en charge de la santé et fixé par arrêté des ministres en charge de l'enseignement supérieur et de la santé.

Article D636-75

Les formations en pratique avancée infirmière sont structurées 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 en pratique avancée, prévue à l'article R. 4301-2 du code de la santé publique.

Il confère à son titulaire le grade de master.

Article D636-76

Les **formations** en pratique avancée **infirmière** comprennent des enseignements théoriques, méthodologiques, appliqués, pratiques et cliniques ainsi que l'accomplissement de stages. Ces enseignements comportent un adossement et une initiation à la recherche. Ils tiennent compte des priorités de santé publique.

Parmi ces enseignements sont également prévus :

1° Un enseignement de langue vivante étrangère ;

2° Un enseignement conforme aux référentiels nationaux de compétences numériques en vigueur.

L'organisation et le déroulement de la formation sont fixés par un arrêté des ministres en charge de l'enseignement supérieur et de la santé.

Paragraphe 2 : Accès à la formation (Articles D636-77 à D636-79)

Article D636-77

Peuvent prétendre **aux formations en pratique avancée conduisant aux diplômes d'État visés à la présente sous-section** les candidats justifiant soit du diplôme d'État d'infirmier ou d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné aux articles [L. 4311-3](#) ou [L. 4311-12](#) du code de la santé publique leur permettant d'exercer la profession d'infirmier, soit d'un diplôme ou d'une autorisation d'exercice délivrée par l'autorité compétente en application de l'article [L. 4311-4](#) du code de la santé publique.

Peuvent prétendre à la formation conduisant au diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée, et exclusivement en vue de l'obtention de la mention psychiatrie et santé mentale, les titulaires du diplôme d'État d'infirmier de secteur psychiatrique tel que défini par l'article [L. 4311-5](#) du code de la santé publique.

Peuvent prétendre à la formation conduisant au diplôme d'État d'infirmier anesthésiste, les titulaires du diplôme d'État de Sage-femme ou d'un autre titre permettant l'exercice de cette profession.

Pour accéder à la formation, des modalités d'admission sont définies et organisées par chaque établissement d'enseignement supérieur accrédité ou co-accrédité à délivrer le diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée, et par **l'institut de formation préparant au diplôme d'État d'infirmier anesthésiste avec lequel il a passé convention**, dans des conditions définies par arrêté des ministres en charge de l'enseignement supérieur et de la santé.

(NB l'article 15 de l'arrêté actuel de 2012 liste outre les SF prévues au D4311-45 actuel les étudiants en médecine ayant validé leur troisième année et les titulaires d'un DE infirmier et d'un diplôme reconnu au grade de master.)

Article D636-78

Le diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée est ouvert en formation initiale et en formation professionnelle continue, **le diplôme d'État d'infirmier anesthésiste est ouvert en formation professionnelle continue**, dans des conditions définies par arrêté des ministres en charge de l'enseignement supérieur et de la santé.

Article D636-79

Les étudiants admis en formation **en pratique avancée infirmière initiale** s'acquittent des droits **d'inscription de scolarité** dont le montant est fixé par un arrêté des ministres en charge du budget et de l'enseignement supérieur.

(NB cette disposition applicable actuellement aux seuls étudiants en formation initiale du DE IPA en tant que diplôme national de second cycle avec le droit d'inscription fixé par l'arrêté MESRI du 19 avril 2019 au niveau de 243 € par an. Il est proposé de l'étendre aux apprenants IPA et IA d'autant que les droits d'inscription universitaire les concernent directement ; par ailleurs les frais pédagogiques des IA, pris en charge ou non par les employeurs demeurent versés aux instituts de formation IADE, tous hospitaliers)

Paragraphe 3 : Obtention du diplôme par validation des acquis de l'expérience ou d'études supérieures (Article D636-80)

Article D636-80

Les diplômes d'État visés à la présente sous-section peuvent être obtenus par la voie de la validation des acquis de l'expérience ou d'études supérieures dans les conditions prévues à la section 3 du chapitre III du titre 1er du livre VI du présent code.

Un candidat ne peut être admis que dans l'établissement d'enseignement supérieur qui a contrôlé son aptitude à suivre la première ou la deuxième année du diplôme d'État infirmier en pratique avancée qu'il dispense.

(NB Cette disposition ne signifie pas qu'une IDE peut faire valoir pour l'admission en institut de formation IADE une expérience contraire à l'exclusivité de missions des IADE, la VAE demeure impossible dans ce cas de figure. Elle s'applique soit au DE IPA, soit pour le DE IA à d'autres profils ou UE.)

Paragraphe 4 : Modalités d'obtention du diplôme (Article D636-81)

Article D636-81

Les diplômes d'État visés à la présente sous-section sont délivrés aux étudiants qui ont validé l'ensemble des enseignements, des stages et soutenu avec succès le mémoire de fin de formation.

NB la diplomation universitaire accréditée prévue à l'article L4301-1 II et au D636-73 du code de l'Éducation suppose, comme pour le décret IBODE à paraître, que les dispositions actuelles du CSP articles D4311-45 à 47 soient abrogées et remplacées. L'institut de formation IADE, hospitalier et même CHU pour 26 instituts sur 28, demeure gestionnaire et employeur, il est responsable de l'admission en application du D636-77, comme pour les IBODE. Pour les IADE le D636-78 maintient une formation exclusivement en formation continue, avec un exercice préalable défini par l'article 6 de l'arrêté de 2012 modifié de 2 ans d'IDE au 1^{er} janvier précédant la formation, Ce texte complémentaire peut être pris d'ici la fin 2022, en tenant compte de la réingénierie PDE, permettant aux universités de demander l'accréditation pour les trois diplômes d'État de spécialités infirmières en 2023 et de délivrer les premières diplomations nouvelles en 2024, soit pour les IADE (et IBODE) la promotion entrée en formation en 2022.

Décret exercice

Le premier Ministre,

Sur le rapport du MSS,

Vu le code de l'Éducation,

Vu le code de la santé publique,

Vu l'avis du HCPP en date du...

Vu l'avis de l'ANM en date du....

Le Conseil d'État (section sociale) entendu,

Décète :

Article 1^{er} :

Il est créé au titre préliminaire du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique un **chapitre 2 Infirmier anesthésiste en pratique avancée** ainsi rédigé :

▪ **Article R4302-1**

L'infirmier ou infirmière anesthésiste exerce en pratique avancée dans le domaine d'intervention correspondant à la spécialité d'infirmier ou infirmière anesthésiste, où il participe à la prise en charge globale des patients, dans le respect des conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins d'anesthésie, définies aux articles D6124-91 à 103 du code de la santé publique. Il ou elle dispose de compétences élargies, par rapport à celles de l'infirmier diplômé d'État, validées par le diplôme d'État d'infirmier ou infirmière anesthésiste délivré par les universités dans les conditions définies aux articles D. 636-73 à D. 636-81 du code de l'éducation

(NB les conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins anesthésie sont fixées aux articles D6124-91 à 103 du code de la santé publique, anciennement décret de 1994 relatif à la sécurité anesthésique).

▪ **Article R4302-2 (reprise du R4311-12)**

I.-A.-L'infirmier ou l'infirmière, anesthésiste diplômé d'État, exerce ses activités sous le contrôle exclusif d'un médecin anesthésiste-réanimateur sous réserve que ce médecin :

1° Ait préalablement examiné le patient et établi par écrit la stratégie anesthésique comprenant les objectifs à atteindre, le choix et les conditions de mise en œuvre de la technique d'anesthésie ;

2° Soit présent sur le site où sont réalisés les actes d'anesthésie ou la surveillance postinterventionnelle, et puisse intervenir à tout moment.

B.-L'infirmier ou l'infirmière, anesthésiste diplômé d'État est, dans ces conditions, seul habilité à :

1° Pratiquer les techniques suivantes :

a) Anesthésie générale ;

b) Anesthésie loco-régionale et réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin anesthésiste-réanimateur ;

c) Réanimation per-opératoire ;

2° Accomplir les soins et réaliser les gestes nécessaires à la mise en œuvre des techniques mentionnées aux a, b et c du 1° ;

3° Assurer, en salle de surveillance postinterventionnelle, les actes relevant des techniques mentionnées aux a et b du 1° et la poursuite de la réanimation per-opératoire.

II.-L'infirmier ou l'infirmière, anesthésiste diplômé d'État, sous le contrôle exclusif d'un médecin anesthésiste-réanimateur, peut intervenir en vue de la prise en charge de la douleur postopératoire en pratiquant des techniques mentionnées au b du 1° du B du I.

III.-L'infirmier ou l'infirmière anesthésiste est seul habilité à réaliser le transport des patients stables ventilés, intubés ou sédatisés pris en charge dans le cadre des transports infirmiers interhospitaliers.

IV.-Les transports sanitaires mentionnés à [l'article R. 4311-10](#) sont réalisés en priorité par l'infirmier ou l'infirmière anesthésiste diplômé d'État.

(NB ces transports visés au III et IV de l'actuel article R4311-12 ne sont pas sous le contrôle exclusif du MAR qui est mentionné au I et II)

- Article R4302-3 (à la demande des MAR la discussion de cet article a été suspendue en l'attente de discussions complémentaires entre professionnels et avec les ministères sur les contenus parallèles du futur arrêté définissant les référentiels activités, compétences et formation des IADE dans le champ des soins péri-opératoires et de la prise en charge de la douleur). Le texte suivant ne traduit aucun accord entre MAR, IADE et pouvoirs publics, il illustre simplement une hypothèse de travail qui correspondrait aux consultations actuellement réalisées en structure douleur chronique.

Pour les soins péri-opératoires et la prise en charge de la douleur, l'infirmier ou infirmière anesthésiste, exerce en pratique avancée :

1°) il est compétent pour conduire un entretien avec le patient qui lui est confié, effectuer une anamnèse de sa situation et procéder à son examen clinique ;

2° il peut également :

a) Conduire toute activité d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage qu'il juge nécessaire ;

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

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

(NB : les sept activités et compétences des quatre domaines anesthésie, réanimation, urgences intra- et extra-hospitalières, ainsi que des soins péri-opératoires et de la prise en charge de la douleur seront précisés par l'arrêté conjoint santé-enseignement supérieur succédant à l'arrêté de 2012 modifié, après un travail conjoint entre les deux CNP IA et ARMPO en lien avec les deux ministères DGOS et DGEIP).

- **Article D4302-4**

L'infirmier anesthésiste est autorisé à exercer en pratique avancée dans le domaine d'intervention prévu à l'article R. 4301-11, s'il remplit les conditions suivantes :

1° «Obtenir le diplôme d'État d'infirmier ou infirmière anesthésiste délivré par les universités dans les conditions définies à l'article D. 636-78 et 81 du code de l'éducation ;

2° Etre enregistré auprès du service ou de l'organisme désigné à cette fin par un arrêté du ministre chargé de la santé.

(NB la loi impose une condition minimale d'exercice de la profession d'IDE pour exercer en pratique avancée, fixée pour les IPA par l'article D4301-8 à 3 ans ; pour les IA, la référence au D636-78 et à son arrêté définissant la durée d'exercice requise à l'entrée en formation d'IA, exclusivement en FPC avec deux ans d'exercice en équivalent temps plein au premier janvier de l'année du concours, suffit sans doute à remplir la condition légale, qui peut différer selon les professions. Elle figure à ce jour à l'article 6 de l'arrêté de 2012 modifié ; si elle devait être remontée dans l'article D636-78 ou cet article D4301-14, qu'elle soit fixée à deux ans, comme actuellement, ou à trois ans, aucune autre condition n'est exigée).

- Article R4302-5 (reprise du R4311-12-1)

L'étudiant ou l'étudiante, préparant le diplôme d'infirmier ou d'infirmière anesthésiste diplômé d'État, peut participer aux activités mentionnées à l'article R. 4301-12 en présence d'un infirmier ou d'une infirmière anesthésiste diplômé d'État.

Article 2 (dispositions transitoires en cours d'expertise sous réserve d'un amendement éventuel au II de l'article L4301-1 CSP « ou d'un diplôme équivalent figurant sur une liste arrêtée par le ministre de la santé »)

Sont autorisés à exercer en pratique avancée dans le domaine d'intervention défini à l'article R. 4301-11 les titulaires du diplôme d'État d'infirmier ou infirmière anesthésiste, délivré avant l'année 2024.

Article 3 : les articles R4311-12 et 12-1 sont abrogés.

Aide-mémoire sur l'arrêté IADE 2012 modifié en 2017

(il est nécessaire que cet arrêté soit ajusté, ainsi que les articles D4311-45 à 47 CSP, parallèlement aux travaux de la réingénierie des puéricultrices, dont les travaux seront préparés d'ici septembre avec la DGOS et la DGEISIP, en vue d'aboutir à un cadre juridique cohérent des trois formations de spécialité, permettant le bon déroulé des nouveaux concours d'admission 2023, l'accréditation des universités en 2023, et les nouvelles diplomations par les universités accréditées en 2024).

Transformation en arrêté conjoint MESRI-MSS (comme l'arrêté modificatif 2017)

Art. 1^{er} ajouter « des soins péri-opératoires » avant « et de la prise en charge de la douleur » ; art. 2 et visas remplacer arrêté du 31/7/2009 par 10/6/21 ; art 3 liens avec université à modifier ; art. 4 et 5 retirer « directeur des soins » et « cadre de santé » cf. arrêté 10/6/21.

Article 27 à 30 à modifier si la diplomation devient universitaire en 2024.

Annexes I (A) II (C) III (F) à modifier, notamment ajouter aux compétences 1 à 4 en « types de situations significatives » « activités en soins péri-opératoires »

ANNEXE 4 : Projet de décret exercice infirmier en pratique avancée

Article 3 (option revue sur l'accès direct des IPA) :

I. A l'article R4301-1, après les mots « Il participe à la prise en charge globale des patients **dont le suivi lui est confié par un médecin.** » sont ajoutés les mots « **ou qui s'adressent à lui et qu'il suit pour des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage. Si le patient n'a pas déclaré de médecin traitant, l'infirmier en pratique avancée l'oriente vers un médecin, susceptible d'être désigné médecin traitant le cas échéant, ou de le prendre en charge et lui confier le patient** »

II. A l'article R4301-3 1°, les mots « qui lui est confié » sont supprimés.

III. A l'article R4301-4, le premier alinéa est complété ainsi : « **sauf pour les activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage.** »

Au même article, le quatrième alinéa est complété après les mots domaines d'intervention par les mots « **des infirmiers en pratique avancée** » et les deux dernières phrases du dernier alinéa sont supprimées.

IV. A l'article R4301-5, après les mots « Les dispositions du premier alinéa ne sont pas applicables lorsque l'infirmier en pratique avancée intervient en application du second alinéa de l'[article R. 4301-3-1](#). », sont ajoutés les mots « **ou lorsque le patient s'adresse à un IPA pour des activités d'orientation, d'éducation, de prévention et de dépistage.** »

V. A l'article R4301-6, sont supprimés les deux dernières phrases du premier alinéa, la dernière phrase du deuxième alinéa et les alinéas trois à huit. Au deuxième alinéa du même article après les mots « l'infirmier en pratique avancée intervient », sont ajoutés les mots « **pour conduire les activités d'orientation, d'éducation, de prévention et de dépistage qu'il juge nécessaire, ou** » et après les mots « il informe le patient » sont ajoutés les mots « **et son médecin traitant déclaré** »

Pour plus de clarté voici le texte complet en résultant (NB les activités de suivi et de prévention sont listées en annexe II de l'arrêté listes IPA du 18/7/2018, les actes de biologie à l'annexe IV) :

Chapitre Ier : Infirmier en pratique avancée (Articles R4301-1 à R4301-10)

Section 1 : Exercice infirmier en pratique avancée (Articles R4301-1 à R4301-8-1)

- **Article R4301-1**

L'infirmier exerçant en pratique avancée dispose de compétences élargies, par rapport à celles de l'infirmier diplômé d'État, validées par le diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée délivré par les universités dans les conditions définies aux articles D. 636-73 à D. 636-81 du code de l'éducation.

Il participe à la prise en charge globale des patients **dont le suivi lui est confié par un médecin ou qui s'adressent à lui et qu'il suit pour des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage. Si le patient n'a pas déclaré de médecin traitant, l'infirmier en pratique avancée l'oriente vers un médecin, susceptible d'être désigné médecin traitant le cas échéant, ou de le prendre en charge et lui confier le patient.** Toutefois, dans le domaine d'intervention " urgences ", les modalités de prise en charge des patients sont précisées par les dispositions de l'article R. 4301-3-1. La conduite diagnostique et les choix thérapeutiques sont définis par ce médecin et mis en œuvre dans les conditions définies au présent article ainsi qu'aux articles R. 4301-2 à R. 4301-7 et D. 4301-8

Dans le respect du parcours de soins du patient coordonné par le médecin traitant mentionné à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, l'infirmier exerçant en pratique avancée apporte son expertise et participe, en collaboration avec l'ensemble des professionnels concourant à la prise en charge du patient, à l'organisation des parcours entre les soins de premier recours, les médecins spécialistes de premier ou deuxième recours et les établissements et services de santé ou médico-sociaux.

- **Article R4301-2 sans changement :**

- **Article R4301-3**

Sous réserve des dispositions du second alinéa de l'article R. 4301-3-1 relatives au domaine d'intervention " urgences ", dans le ou les domaines d'intervention définis à l'article R. 4301-2 inscrits dans son diplôme et dans les conditions prévues à l'article D. 4301-8 :

1° L'infirmier exerçant en pratique avancée est compétent pour conduire un entretien avec le patient **qui lui est confié**, effectuer une anamnèse de sa situation et procéder à son examen clinique ;

2° L'infirmier exerçant en pratique avancée peut :

a) Conduire toute activité d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage qu'il juge nécessaire ;

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

c) Effectuer les actes techniques et demander les actes de suivi et de prévention inscrits sur les

listes établies par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Académie nationale de médecine ;

d) Prescrire :

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

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

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

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

• **Article R4301-3-1**

Dans le domaine d'intervention " urgences ", les dispositions des articles R. 4301-1 et R. 4301-3 sont applicables lorsque l'infirmier exerçant en pratique avancée participe à la prise en charge des patients, pour les motifs de recours et les situations cliniques les plus graves ou complexes, définis par un arrêté du ministre chargé de la santé.

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

• **Article R4301-4**

Dans le cadre du travail en équipe entre le ou les médecins et le ou les infirmiers exerçant en pratique avancée conformément à l'article R. 4301-1, un protocole d'organisation est établi, **sauf pour les activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage..**

Dans le domaine d'intervention " psychiatrie et santé mentale ", le protocole d'organisation est établi entre un ou plusieurs psychiatres et un ou plusieurs infirmiers exerçant en pratique avancée.

Ce protocole précise :

1° Le ou les domaines d'intervention **des infirmiers en pratique avancée** concernés ;

2° Les modalités de prise en charge par l'infirmier exerçant en pratique avancée des patients qui lui sont confiés ou qu'il prend en charge en application du second alinéa de l'article R. 4301-3-1 ;

3° Les modalités et la régularité des échanges d'information entre le médecin et l'infirmier

exerçant en pratique avancée ;

4° Les modalités et la régularité des réunions de concertation pluriprofessionnelle destinées à échanger sur la prise en charge des patients concernés ;

5° Les conditions de retour du patient vers le médecin, notamment dans les situations prévues aux articles R. 4301-5 et R. 4301-6 ;

6° Lorsque l'infirmier en pratique avancée intervient en application du second alinéa de l'article R. 4301-3-1, les modalités de la coordination par un médecin, de la prise en charge individuelle des patients.

Le protocole d'organisation est signé par le ou les médecins et le ou les infirmiers exerçant en pratique avancée. ~~[Le modèle du document prévu à l'article R. 4301-6, élaboré par le ou les médecins et par le ou les infirmiers exerçant en pratique avancée, figure en annexe du protocole. Le protocole est porté, le cas échéant, à la connaissance de l'ensemble de l'équipe de soins.]~~

▪ **Article R4301-5**

Le médecin, après concertation avec le ou les infirmiers exerçant en pratique avancée, détermine les patients auxquels un suivi par un infirmier exerçant en pratique avancée est proposé. Cette décision est prise après examen du dossier médical du patient et en référence aux compétences attestées par le diplôme d'État de l'infirmier en pratique avancée, délivré par l'université.

Les dispositions du premier alinéa ne sont pas applicables lorsque l'infirmier en pratique avancée intervient en application du second alinéa de l'article R. 4301-3-1 ou lorsque le patient s'adresse à un IPA pour des activités d'orientation, d'éducation, de prévention et de dépistage.

Le médecin et l'infirmier exerçant en pratique avancée partagent les informations nécessaires au suivi du patient en application de l'article L. 1110-4. Le médecin met à la disposition de l'infirmier exerçant en pratique avancée le dossier médical du patient. Les résultats des interventions de l'infirmier exerçant en pratique avancée sont reportés dans le dossier médical et le médecin en est tenu informé. La transmission de ces informations se fait par des moyens de communication sécurisés.

Lorsque l'infirmier exerçant en pratique avancée constate une situation dont la prise en charge dépasse son champ de compétences, il adresse le patient sans délai au médecin et en informe expressément ce dernier afin de permettre une prise en charge médicale dans un délai compatible avec l'état du patient.

▪ **Article R4301-6**

Le médecin informe le patient des modalités prévues de sa prise en charge par l'infirmier exerçant en pratique avancée. Lorsque le patient est une personne majeure faisant l'objet d'une mesure de protection juridique relative à la personne, ce protocole est également remis à la personne chargée d'une telle mesure avec représentation et, si l'intéressé y consent expressément, à la personne chargée d'une telle mesure avec assistance. ~~[Ces modalités figurent dans le document prévu en annexe du protocole d'organisation, rempli et signé par le médecin, et remis par ce dernier au patient, ou, le cas échéant, à sa personne de confiance, à son représentant légal ou aux parents lorsqu'il s'agit d'une personne mineure. Ce document est versé au dossier médical du patient.]~~

Par dérogation au premier alinéa, lorsque l'infirmier en pratique avancée intervient pour conduire les activités d'orientation, d'éducation, de prévention et de dépistage qu'il juge nécessaire, ou en application du second alinéa de l'article R. 4301-3-1, il informe le patient et son médecin traitant déclaré des modalités prévues de sa prise en charge. ~~[Il remplit, signe et remet le document, prévu en annexe du protocole d'organisation, au patient, ou, le cas échéant, à sa personne de confiance, à son représentant légal ou aux parents lorsqu'il s'agit d'une personne mineure.]~~

~~Ce document précise les informations suivantes :~~

~~1° La composition de l'équipe ;~~

~~2° La fréquence à laquelle le médecin souhaite revoir le patient en consultation ;~~

~~3° Le droit de refus par le patient d'être suivi par l'infirmier exerçant en pratique avancée sans conséquence sur sa prise en charge, conformément à l'article L. 1110-8 ;~~

~~4° Les conditions de retour vers le médecin, sur décision de l'infirmier exerçant en pratique avancée, notamment dans les situations prévues au dernier alinéa de l'article R. 4301-5 ou sur demande du patient ;~~

~~5° Les modalités garantissant le respect de la confidentialité des données personnelles du patient lors de leur transmission entre le médecin et l'infirmier exerçant en pratique avancée.]~~

ANNEXE 5 : Courrier du 7 avril 2022 des ministres de la santé et de l'enseignement supérieur



GOVERNEMENT

Liberté
Égalité
Fraternité

Les Ministres

Paris, le - 7 AVR. 2022

Nos Réf. : Cab.SSA/OV-SD/D-22-009024

Mesdames les Présidentes, Messieurs les Présidents, Mesdames les Directrices, Messieurs les Directeurs,

L'universitarisation des formations conduisant à l'exercice des professions de santé est un engagement fort du Gouvernement comme en témoignent les actions concrètes depuis le rapport sur le bilan intermédiaire de la concertation menée en 2018 par Stéphane LE BOULER, avec de nouvelles propositions d'orientation partagées grâce au comité de suivi mis en place.

Grâce à la mobilisation et à la collaboration entre les universités, les instituts de formation, les Régions et les établissements de santé, un nombre significatif de cursus de formation des professions en santé ont bénéficié d'une réingénierie de formation et de la possibilité de conférer à leur diplôme un grade licence ou master. Ainsi, la formation d'Infirmiers de Bloc Opérateur Diplômés d'Etat (IBODE) a été revue et doit conduire à la mise en œuvre d'une nouvelle maquette universitarisée avec une première diplomation universitaire au grade master à l'été 2024.

A l'occasion de cette indispensable réingénierie, vous nous avez fait part d'un certain nombre de difficultés et de freins rencontrés dans le cadre de l'universitarisation, parmi lesquels une absence de visibilité sur les compensations financières, la place de la diplomation et les trajectoires universitaires des encadrants.

Dès à présent, pour répondre à vos inquiétudes, nous nous engagerons à prendre des dispositions concrètes portant notamment sur les trois axes suivants :

1/ Une « convention-cadre nationale » dans laquelle s'inscriront les conventions entre les universités, les hôpitaux et les régions, doit être co-construite pour mise en application dès la rentrée 2022. Cette convention définira notamment les circuits financiers prenant en compte le coût étudiant, le coût de formation et le coût de la gestion administrative de la certification et de la diplomation.

2/ Le passage rapide à la certification et diplomation par les universités permettra de régler le hiatus entre l'attribution du grade et la diplomation. Cette transition accentuera la participation des universités à la construction pédagogique des formations paramédicales en partenariat avec les instituts de formation.

Madame la Présidente de Régions de France
Monsieur le Président de France Université
Madame la Présidente de la conférence des directeurs généraux de CHU
Monsieur le Président de la conférence des directeurs de CH

Mesdames, Messieurs les Présidentes et Présidents des conseils régionaux
Mesdames, Messieurs les Présidentes et Présidents d'Université
Mesdames, Messieurs les directrices et directeurs de centres hospitaliers universitaires
Mesdames, Messieurs les directrices et directeurs de centres hospitaliers

14 avenue Duquesne – 75350 PARIS SP 07 – Téléphone : 01 40 56 60 00
21 rue Descartes – 75005 PARIS – Téléphone : 01 55 55 10 10

Le traitement de vos données est nécessaire à la gestion de votre demande et entre dans le cadre des missions confiées aux ministères sociaux.
Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD), vous pouvez exercer vos droits à l'adresse ddc-rgpd-cab@ddc-social.gouv.fr ou par voie postale.
Pour en savoir plus : <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/article/donnees-personnelles-et-cookies>

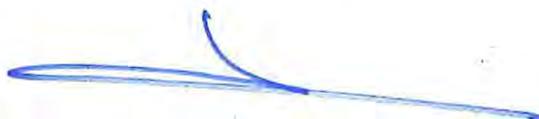
3/ La levée des obstacles à l'intégration des enseignants des professions de santé, en particulier dans le champ paramédical, par des solutions statutaires adaptées ayant la possibilité de développer une activité clinique sur le modèle des professeurs et maîtres de conférences de médecine générale facilitera l'intégration progressive des champs disciplinaires des professions de santé à l'université. La poursuite des nominations d'enseignants-chercheurs dans les champs de la maïeutique et des disciplines paramédicales permettra la construction d'une communauté enseignante universitaire débutée avec la création des trois CNU.

La direction générale de l'offre de soins, la direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle ainsi que la direction générale des ressources humaines sont en charge des groupes de travail sur ces différents axes pour construire avec vous les modalités de mises en œuvre de ces avancées afin de permettre l'universitarisation de nos formations en santé dans des conditions optimales.

Nous vous remercions pour votre engagement sans faille dans l'ensemble des réformes des études de santé engagées depuis le début du quinquennat et croyons fortement à votre mobilisation collective pour poursuivre le processus d'universitarisation de nos formations attendu de tous.

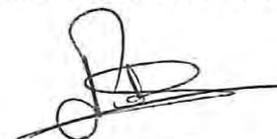
Nous vous prions de bien vouloir agréer, Mesdames et Messieurs les présidents des conseils régionaux, Mesdames, Messieurs les présidents d'université et directeurs d'établissements de santé, chères collègues, chers collègues, l'expression de nos considérations distinguées.

Le Ministre des Solidarités et de la Santé

A blue ink signature consisting of a long horizontal stroke with a small loop at the end.

Olivier VERAN

**La Ministre de l'Enseignement supérieur,
de la Recherche et de l'Innovation**

A black ink signature with a stylized, circular flourish at the top.

Frédérique VIDAL

ANNEXE 6 : Éléments de comparaisons internationales

Au sein des 27 pays de l'Union européenne, la formation IDE (métier de base) est préparée en 3 à 4 ans, et valorisée en crédits européens (ECTS), entre 180 ECTS et 240 ECTS.

De même les spécialités infirmières (IADE, IBODE, puéricultrices) et les infirmiers en pratique avancée (IPA) ne sont pas toujours reconnus ou présents, et lorsqu'elles le sont, la formation varie entre 1 et 2 ans, pour une valorisation en ECTS entre 30 et 120 ECTS.

Par ailleurs, le répertoire Adeli permet d'identifier, parmi les professionnels spécialisés la part des professionnels autorisés après avis des commissions régionales d'autorisation d'exercice en application de l'article L477-1 du code de la santé publique. Avec 253 IADE autorisés, 346 IBODE et 191 puéricultrices, ce sont environ 2 % des professionnels spécialisés (4 % des IBODE et 1 % des puéricultrices, les IADE étant dans la moyenne) qui sont concernés.

Des associations internationales ou européennes existent pour les IADE (IFNA International federation of nurse anesthetists), les IBODE (EORNA European operative room nurses association) et les puéricultrices (Pediatric nursing association of Europe).

Pour éviter le piège de comparaisons avec des systèmes de santé très différents, dans le monde, États-Unis en particulier, où les nurse anesthetists sont des professionnels libéraux totalement indépendants des médecins, et même dans l'espace dit de Bologne, espace européen de l'enseignement supérieur qui comprend 48 pays dont la Russie, l'Ukraine, la Turquie et le Royaume-Uni, la mission a limité ses comparaisons aux 27 pays de l'UE.

Cependant, même dans ce champ des pays européens, le constat est celui d'une grande diversité et complexité : les spécialités infirmières n'y sont pas toutes reconnues et les pratiques avancées encore émergentes. Aucun des comités d'entente, en lien avec leurs associations européennes ou internationales ne dispose d'un tableau synthétique sur tout ou partie des 27 pays de l'UE articulant métier de base et les quatre filières. Seront ici utilisés des éléments fournis par le CEEIADE provenant de l'IFNA, de l'AEEIBODE provenant de l'EORNA (sur 8 des 27 pays de l'UE), et du site de la PNAE (Pediatric nursing associations of Europe, enquête 2019 sur 10 pays de l'UE).

France : DEI 3 ans 180 ECTS et IADE 2 ans 120 ECTS (total 300 ECTS grade de master en 5 ans avec ou sans reprise d'études, modèle retenu à compter de la rentrée 2022 pour IBODE et prévu pour les puéricultrices à compter de la rentrée 2023).

Allemagne : DEI en 4 ans sans application des ECTS, ainsi que pour les spécialités, les IADE sont formées en deux ans.

Espagne : DEI en 4 ans et 240 ECTS, les IBODE sont formées avec 60 ECTS.

Italie : DEI en 3 ans et 180 ECTS, les IBODE et puéricultrices avec 60 ECTS

Danemark : DEI 210 ECTS en 4 ans et IADE 90 ECTS en 2 ans (total 300 ECTS mais en 6 ans), IBODE à préciser, les puéricultrices sont formées en deux ans et avec 120 ECTS (au-delà du grade de master donc).

Le modèle ou la cible définie ou promue par l'European Specialist Nurses organization (ESNO) pour les spécialités infirmières et les Clinical Nurses Specialists est celui de la pratique avancée au niveau master ou au-delà (European Qualification Framework 7 ou plus). Voir notamment ESNO 2015 Competences of the clinical nurses specialists : « *The Clinical Nurse Specialist (CNS) is an*

advanced practice Nurse prepared as a specialist within a clinical specialty at the master's, post master's or doctoral level".

ANNEXE 7 : Courrier CODISCIA-CEEIADE du 13 Juin

Comité des Directeurs Scientifiques des écoles d'IADE

Président du CoDIScIA : Professeur P.M. MERTES
Vice-Présidente : Professeur H. KEITA-MEYER

DIRECTEURS DES ECOLES IADE

Strasbourg, le 13 juin 2022

ALBALADEJO Pierre palbaladejo@chu-grenoble.fr

ALBANESE Jacques jacques.albanese@ap-hm.fr

AUBRUN Frédéric frederic.aubrun@chu-lyon.fr

BAILLARD Christophe christophe.baillard@aphp.fr

BAZIN Jean Etienne jebazin@chu-clermontferrand.fr

BOUAZIZ Hervé h.bouaziz@chru-nancy.fr

CARLES Michel carles.michel@gmail.com

COLSON Pascal p-colson@chu-montpellier.fr

DUPONT Hervé Dupont.Herve@chu-amiens.fr

DUREUIL Bertrand Bertrand.Dureuil@chu-rouen.fr

FLETCHER Dominique dominique.fletcher@aphp.fr

FOURCADE Olivier fourcade.o@chu-toulouse.fr

FRASCA Denis denis.frasca@chu-poitiers.fr

GERARD Jean Louis gerard-jl@chu-caen.fr

GUINOT Pierre Grégoire pierregregoire.guinot@chu-dijon.fr

KEITA MEYER Hawa hawa.keita@aphp.fr

LAFFON Marc laffon@med.univ-tours.fr

LEJUS-BOURDEAU Corinne corinne.lejus@chu-nantes.fr

MALINOVSKY Jean Marc jmmalinovsky@chu-reims.fr

MERTES Paul Michel paul-michel.mertes@chru-strasbourg.fr

NATHAN-DENIZOT Nathalie nathalie.nathan@unilim.fr

NOUETTE Karine karine.nouette-gaulain@u-bordeaux.fr

OZIER Yves yves.ozier@gmail.com

RAUCOULES Marc raucoles.m@chu-nice.fr

SAMAIN Emmanuel e1samain@chu-besancon.fr

TAVERNIER Benoit benoit.tavernier@chru-lille.fr

WODEY Eric eric.wodey@chu-rennes.fr

Monsieur DEBEAUPUIS

jean.debeaupuis@igas.gouv.fr

Monsieur BLEMONT

patrice.blemont@igesr.gouv.fr

Le CODISCIA et le CEEIADE se sont réunis le 31 mai 2022 en visio avec la participation des personnes suivantes :

- **Pour le CODISCIA :**
 - Professeur MERTES, président du CODISCIA, directeur scientifique EIADE Strasbourg
 - Professeur TAVERNIER, directeur scientifique EIADE Lille
 - Professeur KEITA, directeur scientifique EIADE AP-HP
 - Professeur ALBALADEJO, directeur scientifique EIADE Grenoble
 - Professeur LAFFON, directeur scientifique EIADE Tours
- **Pour le CEEIADE :**
 - Madame ROUBY, Présidente CEEIADE, EIADE de Montpellier
 - Monsieur DECOCK, EIADE de Lille
 - Madame LENOIR, EIADE de Poissy/Saint-Germain-en-Laye
 - Madame ROUGE, EIADE de Besançon

Cette réunion a permis aux acteurs de la formation IADE d'échanger et d'éclaircir les points abordés lors des réunions de travail initiées depuis février 2022.

- Les 4 domaines de l'activité couverts par les IADE anesthésie, réanimation, douleur et urgences, maintiennent une attractivité dans les perspectives professionnelles.
- L'acte d'anesthésie, de la consultation à la SSPI est un acte médical sous la responsabilité et le contrôle d'un MAR
- La médecine péri-opératoire (loi 2016) permet un parcours patient avec une coordination médicale identifiée (MAR) dans laquelle les IADE pourraient avoir toute légitimité en PA.
- La sanctuarisation de l'apprentissage pratique sur les terrains est un point majeur.
- Les domaines d'activité d'urgences et de douleur chronique nécessitent une concertation avec les médecins référents de ces filières.

Nous avons validé plusieurs objectifs quant aux travaux que nous devons mener pour faire évoluer le référentiel de formation des IADE :

1. Réaliser un bilan de la formation IADE
2. Définir les activités péri-opératoires/péri-interventionnelles/péri-anesthésiques (ou autre terminologie).
 - Identifier les compétences/activités : faire un bilan de l'arrêté 2012 puis voir quelles compétences (supplémentaires ?) et quel périmètre adopter
3. Identifier l'activité de prise en charge de la douleur en anesthésie : importance RAAC, PEC douleur aigue post-op.
4. Consolider la place du transport intra hospitalier dans l'exercice professionnel IADE
5. Faire un point sur les perspectives en lien avec la création d'une réserve sanitaire suite à la crise sanitaire du COVID.
 - Identifier les éléments de maintien de compétence pour permettre aux IADE de constituer une réserve pleinement opérationnelle dont l'intérêt a été mis en évidence par le rôle joué par les IADE lors de la pandémie

Le CODISCIA et le CEEIADE espèrent que ces différents points retiendront votre attention et reste à votre disposition pour poursuivre cette réflexion.

Veillez agréer Messieurs, nos salutations les plus sincères

Madame Ghislaine ROUBY
Présidente du CEIADE
g-rouby@chu-montpellier.fr

Monsieur Paul Michel MERTES
Président du CoDiScla
paul-michel.mertes@chru-strasbourg.fr



ANNEXE 8 : Éléments sur le financement des instituts de formation des trois spécialités infirmières

Dans le champ de la loi de 2004 (codifiée aux articles L4383-1 et suivants du code de la santé publique), les régions ont la compétence d'autorisation des instituts de formation et d'agrément de leurs directeurs, pour les formations listées dans l'arrêté du 30 juin 2021, dont IADE, IBODE et puéricultrices.

Elles ont aussi compétence sur le financement, obligatoire pour les instituts publics, en matière de fonctionnement et d'équipement, et facultatif pour les instituts privés et pour l'investissement.

Chaque région détermine, par ses délibérations, ou par un règlement régional, en principe public, ses règles détaillées d'intervention. Ces documents explicitent les publics éligibles au financement régional, continuités des études d'infirmières, dans certains cas demandeurs d'emploi ou étudiants précaires, mais peu explicitent le reste à charge pour l'apprenant puéricultrice ou IBODE en continuité d'études.

L'État a pour sa part compétence pour fixer « les conditions d'accès aux formations », déterminer « les programmes de formation, l'organisation des études, les modalités d'évaluation des étudiants ou élèves », et délivrer les diplômes. L'article L4383-1 fonde également la compétence du directeur général de l'agence régionale de santé, qui « contrôle le suivi des programmes et la qualité de la formation. » L'État peut également (L4383-2) fixer « le nombre des étudiants ou élèves admis à entreprendre des études en vue de la délivrance des diplômes, certificats ou titres exigés pour l'exercice de la profession (paramédicale) considérée, (...) de manière annuelle ou pluriannuelle. » Cette compétence de régulation nationale (quota ou capacité nationale de formation, répartie par région) ne semble pas avoir été exercée par l'État sur les trois spécialités infirmières depuis l'origine, selon la DGOS, alors qu'elle l'est sur les principales formations paramédicales initiales. Si elle l'était, elle conduirait les régions à répartir entre les quelques instituts de spécialité présents sur leur territoire le quota ou la capacité régionale. Les autorisations données à ce jour par les régions aux instituts de formation des spécialités infirmières (souvent qualifiées à tort d'agrément ou places agréées) se font sur une base de places historiques ou d'évolutions libres, sur appréciation régionale des besoins.

Dans son dialogue de gestion avec les instituts de formation, la région oriente la fixation des tarifs applicables en matière de formation professionnelle continue ou en formation initiale, ce qui détermine largement la part de subvention attribuée au titre des formations de spécialité. Les régions ont de longue date en principe imposé aux établissements et institutions porteuses des instituts de formation une comptabilité analytique par formation, qui permet de décomposer la subvention globale versée au porteur des formations.

Dans les établissements publics, le budget annexe des formations est unique et doit s'équilibrer par les recettes de formation, dont la subvention régionale. Il ne peut non plus recevoir de subvention d'équilibre de l'établissement porteur. Il semble admis également que ces budgets annexes formation n'intègrent pas de charges de structure facturées par le budget principal. L'article R6145-58 du code de la santé publique prévoit seulement que « la part des charges indirectes (correspondant aux frais généraux et prestations ou services fournis par l'établissement gestionnaire et liées au fonctionnement des écoles et instituts) ne peut être augmentée sans l'accord exprès de la région sur

cette augmentation dans le cadre de la procédure prévue à l'article R6145-61. » Les coûts complets des formations s'entendent donc pour l'ensemble des charges du budget annexe.

Dans le cadre des sondages effectués sur quelques CHU, quelques CHU ont indiqué ne pas disposer de comptabilité analytique validée avec la région, qui semble ne pas asseoir son dialogue de gestion sur cet outil largement utilisé dans les régions métropolitaines. Cette pratique revient à porter davantage d'attention à la subvention globale, en laissant l'établissement porteur ventiler la subvention entre filières de formation avec l'accord implicite de la région.

Pour leur part, les données déclarées par les instituts de formation dans le cadre de l'enquête Ecoles 2020 de la DREES (dernière édition publique sur le site de la DREES sous forme agrégée au niveau national, l'édition 2021 ne sera pas disponible avant décembre 2022) donnent en matière de financement des trois filières des spécialités infirmières les indications brutes suivantes :

- Puéricultrices (une seule promotion d'un an entrée sauf exception en septembre 2020) : 34 instituts dont 27 publics, effectif total 1222, 500 places déclarées « financées par le conseil régional » soit 41 %, 287 places déclarées financées par d'autres organismes (conseil départemental 1, OPCA/OPCO 13, pôle emploi 42, employeurs 162, autres 69) soit 23,5 % ; par solde, la DREES déduit 435 places non financées soit 35,6 %.
- IADE (deux promotions entrées en septembre 2019 et 2020) : 28 instituts tous publics, dont 26 en CHU ; effectif total 1343, soit deux promotions d'environ 670 IADE en formation, dont 94 places déclarées « financées par le conseil régional » soit 8,1 %, 915 places déclarées financées par les employeurs, 14 par les OPCA, 69 par pôle emploi, autres 62, soit par solde 189 places non financées ou 16,4 %.
- IBODE (deux promotions entrées sauf exception en septembre 2020 en première année et en deuxième année pour six mois) : 25 instituts dont 21 en CHU, 2 autres publics hospitaliers (Colmar et Orléans) et 2 privés (un non lucratif dans le Nord et un lucratif en Guyane), sur 1299 places sur deux promotions (environ 650 par promotion), 42 soit 3,2 % sont déclarées « financées par le conseil régional », 1142 sont déclarées financées par l'employeur, 37 par pôle emploi, 24 autres, 0 par les conseils départementaux qui ne sont pas employeurs, et par solde 46 places sont déduites non financées soit 3,5 %. L'effectif déclaré « financé par le conseil régional » soit 11 places dans seulement 3 instituts (dont un outre-mer) pour la promotion entrée en 2019 ne peut être attribué à la continuité d'études, ouverte seulement en septembre 2020, mais pourrait être attribué, comme pour les IADE à des soutiens régionaux spécifiques (demandeurs d'emploi ou contrats précaires). En revanche, l'effectif de 31 places pour la promotion entrée en septembre 2020 devrait en être rapproché, il concerne outre les trois instituts précédents (6 places supplémentaires déclarées en métropole) quatre autres instituts déclarant 14 places nouvellement financées (2 dans une autre région ultramarine et 12 en métropole dans trois instituts).

Mais le fait que seulement 7 instituts formant les IBODE déclarent des places financées par le conseil régional à compter de septembre 2020 ne signifie pas que les 18 autres instituts n'avaient pas d'apprenants en continuité d'études : comme on le voit sur les puéricultrices, 20 instituts sur 34 déclarent un financement régional en continuité d'études de puériculture ; les 14 autres ne déclarent pas de financement régional, alors que cette situation est majoritaire. Il semble logique de redresser ces non réponses en faisant l'hypothèse que les 14 instituts déclarant 0 place financée par la région sont en fait dans la même situation que les 20 autres instituts, déclarant 66 % de places financées par la région. Cela revient à extrapoler ce ratio de 66 % de places financées (proche de la part estimée de continuité d'études) et réduit les places non financées à 128 ou 10,5 %, pour des publics en autofinancement.

La continuité d'études relève en institut public du financement obligatoire par la région, mais il s'avère partiel dans certaines régions. Ce point est intégré par nombre de régions dans leur règlement régional public (et conforme à la loi). La plupart des régions limitent cependant leur financement des puéricultrices en continuité d'études à la différence entre le tarif FPC (9 000 € en Normandie, 10 500 € en Auvergne Rhône Alpes) et le tarif dit en autofinancement, qui constitue le reste à charge pour l'apprenant (5 000 ou 5 500 € en Normandie, 6 000 € en ARA). Ces régions contribuent donc au financement des continuités d'études de puéricultrices à hauteur d'environ 4 000 € (entre 3 500 et 4 500 € pour les exemples cités). La différence constitue un reste à charge pour l'apprenant.

Inversement, l'ouverture de la continuité d'études en IBODE ne semble pas avoir été intégrée par la plupart des régions, dans une période fortement marquée par la crise sanitaire : la promotion IBODE entrée en octobre 2020 est sortie au printemps 2022, et la promotion entrée en 2021 est en cours de formation. Les règlements régionaux quand ils sont disponibles sur les sites des régions sont toujours muets sur ce point des IBODE (ainsi par exemple Normandie). Seules deux régions ont été identifiées comme déclarant financer les continuités d'études en IBODE et en IADE sans reste à charge pour l'apprenant (Bourgogne Franche Comté et la région Sud). Toutes les autres régions financent les puéricultrices en continuité d'études, avec ou sans reste à charge, mais n'ont pas accepté de financer les IBODE en continuité d'études. Faute de règle claire, ou d'information bien reçue en période Covid, les candidats à la continuité d'études IBODE ont été très peu nombreux, probablement moins de 5 %. Plusieurs instituts indiquent avoir par défaut assoupli les règles usuelles de financement en FPC (possible en principe seulement après un an d'activité comme contractuel, stagiaire ou titulaire Ou avoir repoussé des entrées en formation d'un an Le comité d'entente IBODE (AEEIBODE) n'a pu donner aucune indication à la mission sur la part prise depuis septembre 2020 par la continuité d'études. La DGOS ne semble pas en avoir non plus.

Le traitement du droit à compensation éventuel des régions de cette nouvelle norme réglementaire est indiqué dans la fiche d'impact publique de l'arrêté modificatif du 28 janvier 2020 (https://www.circulaires.gouv.fr/contenu/Media/Files/autour-de-la-loi/legislatif-et-reglementaire/fiches-d-impact/fiches-d-impact-arretes/2020/fi_ssah1934578a_27_01_2020.pdf).

Cette ouverture constitue à ce stade un échec, très éloigné de l'hypothèse DGOS présentée aux régions et au conseil national d'évaluation des normes d'un recrutement en continuité d'études montant dès 2020 à un tiers des promotions, et déclenchant un droit à compensation par l'État. Une évaluation sur les trois rentrées 2020 à 2022 est souhaitable avec les régions, afin d'aboutir à une position équitable sur le territoire national et de permettre aux acteurs de communiquer de façon crédible pour les admissions 2023.

Sans pouvoir anticiper la part que prendrait la continuité d'études ouverte à compter de la rentrée 2020, la DGOS estimait qu'elle pouvait représenter jusqu'à un tiers d'une promotion (d'environ 200 élèves) dès 2020 et entraîner un droit à compensation à hauteur intégrale du coût moyen indiqué à 12 000 € sur 18 mois, soit 2,4 M € pour 200 élèves et un financement intégral des continuités d'études IBODE à hauteur moyenne de 8 000 € annuels, sans reste à charge pour l'apprenant.

Mais pour les continuités d'études en puéricultrices, la situation des régions métropolitaines reste hétérogène et peut être répartie en deux groupes de régions :

- La moitié des régions financent sans reste à charge ces formations (Ile-de-France, Centre-val de Loire, Bretagne, Bourgogne Franche-Comté, Hauts de France, Nouvelle Aquitaine, Occitanie, Pays de la Loire), conformément à la loi,
- Deux régions appliquent un reste à charge modéré (Grand Est 1000 €, Nouvelle Aquitaine 871 €) et deux régions un reste à charge élevé (Auvergne Rhône Alpes et Normandie environ 4000 €).

Cette situation, inéquitable et insatisfaisante, doit nécessairement être rediscutée avec les régions appliquant un reste à charge : les effectifs en formation de puéricultrices sont limités et des solutions doivent être trouvées pour répondre aux enjeux nouveaux d'attractivité et de qualité des formations à l'occasion de la réingénierie et universitarisation de cette formation, d'ici la rentrée 2023.

Pour les trois filières, la part déclarée financée par l'employeur ou l'OPCO (il s'agit ici exclusivement des frais pédagogiques) apparaît cohérente avec les indications recueillies de l'ANFH (hors AP-HP donc, et tous dispositifs confondus, FMEP, plan de formation et CPF). Ainsi pour les puéricultrices, l'effectif déclaré soit $13+162=175$ peut être rapproché des études promotionnelles financées par l'ANFH, soit 266 dossiers en cours en 2020 et 304 en 2021, dont 147 nouveaux dossiers en 2020 et 163 en 2021. On peut supposer que les nouveaux dossiers correspondent à l'effectif pris en charge à compter de septembre, et les dossiers en cours au cumul sur l'année civile des deux promotions entrées en septembre. Les mêmes rapprochements peuvent être faits pour IADE et IBODE et valident les déclarations faites, en niveau agrégé.

Enfin, sur le plan budgétaire, les niveaux de la subvention régionale sur les trois filières spécialisées ont été indiqués par les différents CHU sondés et extrapolés France entière au prorata des effectifs de chaque filière. La mission estime ainsi la part de financement régional 2020 (subvention de la filière sur recettes totales de la filière) à environ 10 % sur les deux filières IADE et IBODE, exclusives en FPC et à environ 50 % sur la filière PDE, avec plus de 60 % de continuité d'études, intégralement financées dans la grande majorité des régions.

ANNEXE 9 : Courrier CNOM



Monsieur Jean DEBEAUPUIS
Inspection générale des affaires sociales (IGAS)
14 avenue Duquesne
75350 PARIS Cedex 07

jean.debeaupuis@iqas.fr

Paris, le 30 juin 2022

Dr René-Pierre LABARRIERE
Président de la section Exercice Professionnel

D CNOM/2022/06/24-076
(à rappeler dans toutes correspondances)
Section Exercice Professionnel
RPL/IJ/AME/EP
Courriel : exercice-professionnel.cn@ordre.medecin.fr
Tél : 01 53 89 33 32 / 32 85 / 59

Objet : Professionnels de santé - IPA accès direct

Monsieur,

Nous faisons suite aux réunions de travail organisées dans le cadre de la mission de concertation qui vous a été confiée, le 12 janvier 2022, par le Ministre de la Santé, M. Olivier VERAN, sur la primo prescription et l'accès direct aux IPA notamment.

Le Président du Conseil national de l'Ordre des médecins, Monsieur le Dr François ARNAULT, me charge de vous faire savoir qu'avant de se prononcer sur la proposition de modification réglementaire que vous nous avez adressée, il attend d'avoir rencontré le prochain Ministre de la Santé avec lequel il entend échanger sur l'interprofessionnalité, sujet d'importance.

Nous ne manquerons pas de revenir vers vous à la suite de cet échange pour poursuivre la discussion.

Veuillez agréer, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Docteur René-Pierre LABARRIERE
Président de la Section Exercice Professionnel

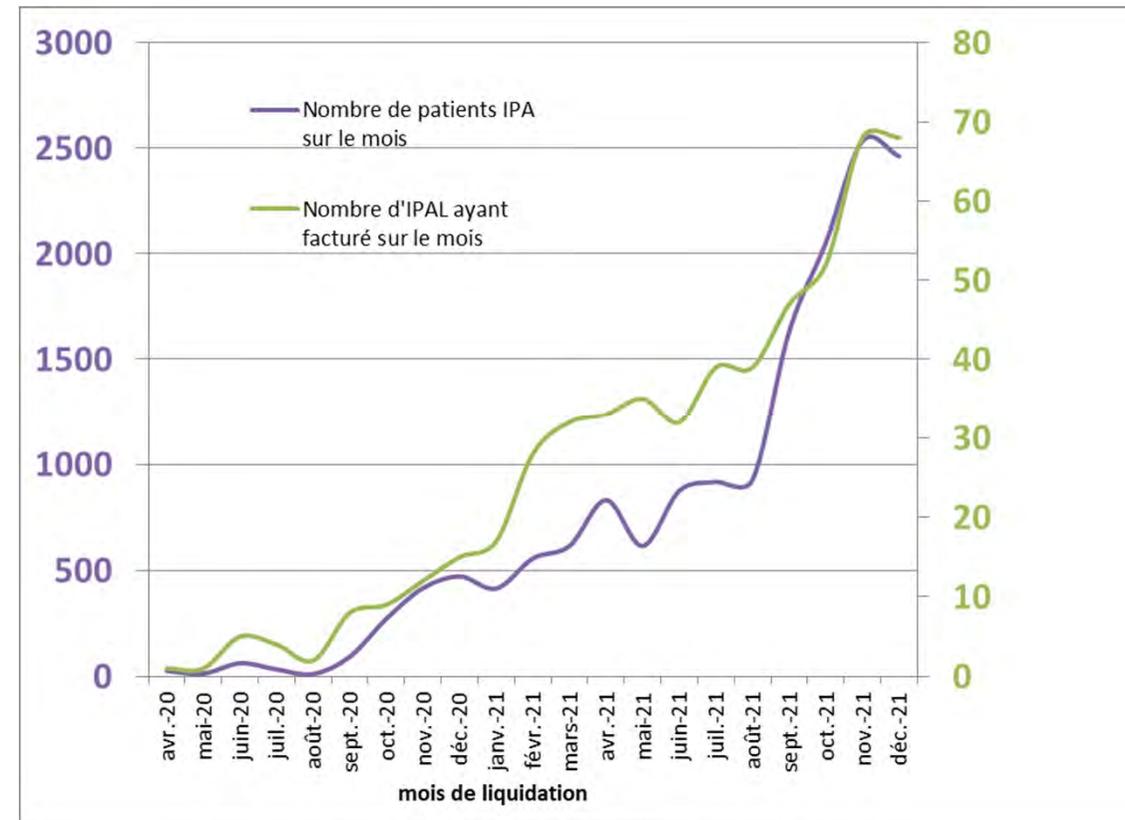
Les données personnelles nécessaires à l'accomplissement des missions de l'Ordre des médecins sont traitées dans des fichiers destinés à son usage exclusif. Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données, les personnes concernées disposent d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, d'opposition et d'effacement des données les concernant, qu'elles peuvent exercer par courrier postal ou par courrier électronique.

4, rue Léon Jost – 75855 Paris Cedex 17
Tél. 01.53.89.32.00
<http://www.conseil-national.medecin.fr>

ANNEXE 10 : Activités et effectifs IPA

EFFECTIF IPAL

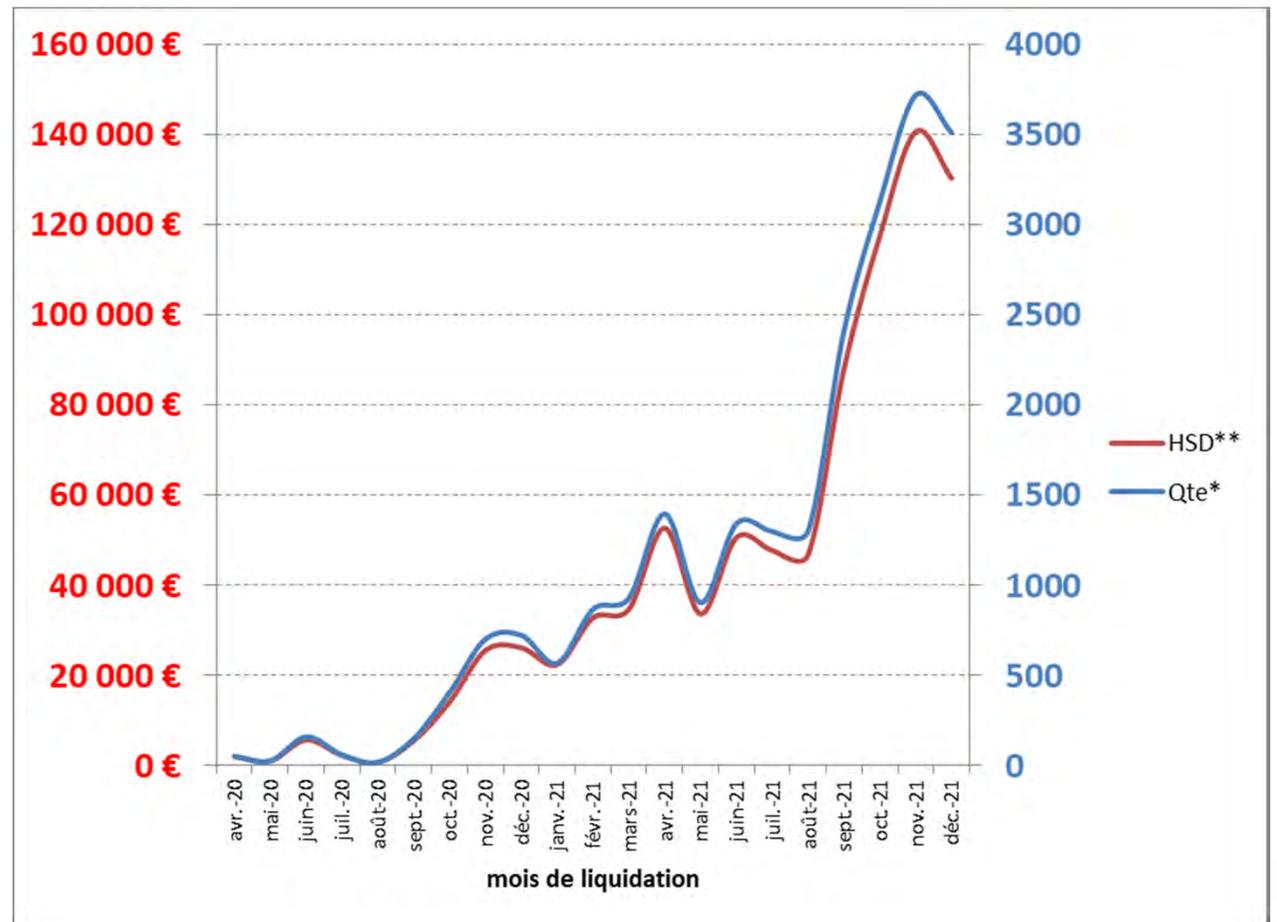
- ✓ Suivi des IPAL à fin décembre 2021 par l'assurance maladie : **117 IPA exerçant en libéral ont facturé au moins un forfait IPA**
- ✓ **43 IPA exclusif ayant bénéficié des aides à l'installation**
- ✓ Les IPAL ont suivi en moyenne **92 patients** (médiane à 20 patients)



ACTIVITÉ IPA

Suivi des IPAL à fin décembre 2021

- L'ensemble des IPAL ont réalisés entre avril 2020 et décembre 2021, 23 668 actes correspondant à une activité IPA pour un montant de **880 811€ en HSD pour 10 670 patients** différents.
- Un nombre moyen d'actes de 202 actes avec de fortes disparités en fonction de la date de démarrage notamment



Source : SNIRAM, DCIR, tous régimes liquidation jusqu'à décembre 2021

Agir ensemble, protéger chacun

ANNEXE 11 : Courrier Ministre janvier 2022



Le Ministre

Paris, le 24 JAN. 2022

N/Réf. : CAB SSA/CR/ST Pegase D-22-001919
V/Réf. : A-22-004914 courriel du 18.01.2022

Monsieur le Président,

J'ai pris connaissance de votre demande de préciser par écrit les engagements pris lors de nos derniers échanges des 10 et 17 janvier afin de préciser le périmètre des travaux de réflexion qui s'ouvriront prochainement avec les médecins anesthésistes-réanimateurs.

Le rapport de la mission IGAS « trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé » qui m'a été rendu en décembre dernier a formulé plusieurs recommandations pour développer la pratique avancée et lever les freins qu'elle a pu identifier au cours de son instruction. J'ai tenu à rencontrer les représentants des IADE en votre présence le 10 janvier dernier afin de partager les conclusions de ce rapport ainsi que mes orientations.

J'ai rappelé à cette occasion ma conviction que le niveau de responsabilité très avancé des IADE justifie pleinement d'initier des travaux sur leur reconnaissance en pratique avancée.

J'ai par ailleurs indiqué le lancement simultané, dans les tous prochains mois et dans l'attente d'un vecteur législatif, de trois chantiers pour identifier les pistes possibles d'élargissement du champ de compétence des IADE, chantiers qui seront menés avec l'ensemble des acteurs concernés (représentants professionnels, organisations syndicales, employeurs...). Ces chantiers porteront sur :

- Les compétences des IADE ;
- L'impact de l'évolution de ces compétences sur le référentiel de formation ;
- La refonte du statut dans la fonction publique hospitalière.

A la suite de cet échange, vous m'avez indiqué les craintes de la profession que ces travaux à venir puissent mettre à mal la sécurité anesthésique et la responsabilité des médecins anesthésistes-réanimateurs à travers une remise en cause des décrets de 1994 sur la pratique de l'anesthésie et de 2017 sur les actes relevant de la compétence des infirmiers anesthésistes diplômés d'Etat (IADE).

Comme je vous l'ai indiqué le 17 janvier, lors de la réunion spécifique avec votre profession, je tiens à vous confirmer mon attachement aux équilibres fondamentaux et aux principes contenus dans ces décrets. La responsabilité des médecins anesthésistes réanimateurs, ainsi que la relation professionnelle exclusive entre les médecins anesthésistes-réanimateurs et les IADE doivent être préservées.

...

Professeur Pierre ALBALADEJO
Président du Conseil national professionnel
Anesthésie Réanimation Médecine Périopératoire
74 rue Raynouard
75016 PARIS

14 avenue Duquesne – 75350 PARIS SP 07
Téléphone : 01 40 56 60 00

Le traitement de vos données est nécessaire à la gestion de votre demande et entre dans le cadre des missions confiées aux ministères sociaux.
Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD), vous pouvez exercer vos droits à l'adresse ddc-rgpd-cab@social.gouv.fr ou par voie postale.
Pour en savoir plus : <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/article/donnees-personnelles-et-cookies>

Lors de la mise en place de la pratique avancée dans notre pays, les textes réglementaires ont sciemment rappelé le rôle pivot et décisionnaire du médecin. L'infirmier exerce dans le cadre d'une coordination médicale, mais c'est le médecin qui définit la conduite diagnostique et les choix thérapeutiques et qui décide des patients qui peuvent être pris en charge par un infirmier en pratique avancée.

Je n'entends pas revenir sur ces principes qui ne permettent pas à un IADE de réaliser un acte d'anesthésie sans supervision, en dehors de la responsabilité exclusive d'un médecin-anesthésiste-réanimateur, conformément aux principes des décrets sus-cités.

Je souhaite que ces éléments rassurent votre profession sur les objectifs et le périmètre des travaux et qu'ils permettront de réunir l'ensemble des parties autour de la table pour échanger de façon libre, constructive et apaisée sur les évolutions de compétence des IADE. La DGOS vous précisera très prochainement le calendrier des travaux à venir.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma considération distinguée.



Olivier VÉRAN

ANNEXE 12 : Contribution MG France

Infirmier.e de Pratique Avancée (IPA) en soins primaires ambulatoires

Missions et modes d'exercice¹ : état des lieux en avril 2022

Trois missions inscrites au Code de la Santé Publique

Mission de soins pour le suivi des « pathologies chroniques stabilisées » au sein d'une équipe de soins primaires coordonnée par un médecin

- Prise en charge globale des patients dont le suivi lui est confié par un médecin

Mission de suivi des parcours de soins (IPA de parcours)

- Participe, en collaboration avec l'ensemble des professionnels concourant à la prise en charge du patient, à l'organisation des parcours entre les soins de premier recours, les médecins spécialistes de premier ou deuxième recours et les établissements et services de santé ou médico-sociaux

Mission de formation et recherche

- Contribue à l'analyse et à l'évaluation des pratiques professionnelles infirmières et à leur amélioration ainsi qu'à la diffusion de données probantes et à leur appropriation.
- Participe à l'évaluation des besoins en formation de l'équipe et à l'élaboration des actions de formation.
- Contribue à la production de connaissances en participant aux travaux de recherche relatifs à l'exercice infirmier.

Domaines d'intervention

1° Pathologies chroniques stabilisées ; prévention et polyopathologies courantes en soins primaires.

- Accident vasculaire cérébral ;
- Artériopathies chroniques ;
- Cardiopathie, maladie coronaire ;
- Diabète de type 1 et diabète de type 2 ;
- Insuffisance respiratoire chronique ;
- Maladie d'Alzheimer et autres démences ;
- Maladie de Parkinson ;
- Epilepsie.

2° Oncologie et hémato-oncologie ;

3° Maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale ;

4° Psychiatrie et santé mentale ;

5° Urgences, à la condition que cette activité soit exercée par un établissement de santé disposant d'une autorisation d'activité de soins de médecine d'urgence donnée en application de l'article R. 6123-1.

Référentiel d'activité et de compétences²

- Observation, recueil et interprétation des données dans le cadre du suivi d'un patient,
- Prescription, renouvellement de prescription et réalisation d'actes techniques,
- Conception, mise en œuvre et évaluation d'actions de prévention et éducation thérapeutique,
- Participation à l'organisation du parcours de soins et de santé du patient,
- Mise en œuvre d'actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles,
- Contribution à des études et travaux de recherche.

Statuts existants

Salarié.e de l'association Asalée

- ❖ Avantages : disponibilité, rapidité de déploiement, pas de gestion RH par les médecins déjà occupés, priorisation possible des créations de poste, travail en binôme s'appuyant sur l'expérience accumulée par Asalée (expérience de la conduite du changement facilitant l'insertion de l'IPA dans l'équipe, adaptabilité du binôme à la diversité des situations cliniques rencontrées).
- ❖ Inconvénients : niveau de rémunération (?), risque éventuel d'autonomisation par rapport au médecin traitant en cas de conflit

¹ L'exercice infirmier en pratique avancée est encadré par les articles R.4301-1 à R.4301-8-1 du Code de la Santé Publique

² Arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée (organisation de la formation et référentiel d'activité)

Salarié.e d'une MSP

- ❖ Avantages : gestion RH facilitée pour le médecin généraliste, choix de l'IPA par la MSP, mutualisation du risque financier et des engagements.
- ❖ Inconvénients : dilution de la responsabilité employeur, autonomisation possible en l'absence de liens formalisés avec les médecins traitants (MT), perte du libre choix du professionnel par le patient, complexification de la gestion de la MSP, conduite du changement potentiellement difficile en l'absence d'accompagnement.

En exercice libéral

- ❖ Avantages : pas de gestion RH, esprit d'initiative de l'IPA, indépendance professionnelle.
- ❖ Inconvénients : modèle économique conventionnel peu viable en soins primaires, concurrence avec les MT du territoire en l'absence d'organisation locale, implantation géographique non priorisée, arbitrage inexistant en cas de conflits, risque de perte de la vision globale du patient et de fragmentation des prises en charge. La mise en place d'une collaboration entre IPA et MT demande une grande disponibilité au médecin qui complète la formation très théorique de l'IPA par la mise en situation au quotidien. Ce n'est que progressivement que les processus de coopération se fluidifient.

Salarié.e d'un centre de santé

Dernière éventualité, le salariat des IPA par un centre de santé : municipal, territorial (Saône et Loire ?), associatif (Mutualité) ou privé (Ramsay - expérimentation Primordial Article 51).

- ❖ Avantages : inclusion immédiate de l'IPA dans le projet d'organisation des soins. Absence de mise en concurrence entre MG IPA et IDE en l'absence de retentissement sur le modèle économique des acteurs.
- ❖ Inconvénients : absence de propriété de l'outil de travail par les professionnels de santé, pilotage du projet de santé par le conseil d'administration du centre de santé.

Une priorité pour MG France : inscrire l'IPA dans la première ligne d'organisation des soins

Objectif prioritaire : maintenir l'accès aux soins de la population résidant dans un territoire en crise. Libérer du temps médical en garantissant la qualité des soins.

L'IPA doit venir renforcer l'offre de soins primaires par une prise en charge alternée des patients chroniques :

- Sur la base d'un plan personnalisé de santé décidé conjointement entre médecin traitant et IPA.
- S'adressant aux patients chroniques stabilisés mais aussi aux patients en situation complexe, notamment sur le plan social.
- En autonomie dans le cadre du plan de santé défini avec le médecin traitant.

Conformément à l'article R.4301-5 du Code de la santé publique « Le médecin, après concertation avec le ou les infirmiers exerçant en pratique avancée, détermine les patients auxquels un suivi par un infirmier exerçant en pratique avancée est proposé. ». Ainsi, il n'y a pas de prise en charge de patients en silos ou à l'insu du médecin traitant. La responsabilité du médecin traitant reste entière dans le suivi du patient chronique.

Retour d'expérience : médecin généraliste traitant / IPA

Pour le médecin, travailler avec une IPA peut lui permettre de lui confier :

Pour des patients souffrant de pathologie(s) chronique(s) équilibrée(s) : la possibilité d'une consultation dédiée, intercalée avec ses propres consultations de réévaluation clinique et thérapeutique, permettant un suivi plus fréquent, avec un examen plus exhaustif, en terme de surveillance, de prévention et d'éducation thérapeutique. L'infirmière peut également réévaluer (et renouveler) la thérapie médicamenteuse en modifiant certaines posologies, sans possibilité toutefois de rajouter des médicaments. Le médecin peut ainsi soulager sa charge de travail en diminuant la fréquence de certaines consultations, mais il faut rester vigilant sur le risque de « perte de vue ». C'est au médecin de diriger le patient vers l'IPA, qui redirigera à son tour le patient vers le médecin traitant. (Alternance ++)

En cas de constatation d'une problématique aiguë, ou d'une décompensation de la pathologie chronique, l'IPA dirigera rapidement le patient vers son médecin traitant.

Certaines problématiques « simples » pourraient être également résolues par un contact (mail, messagerie instantanée) avec le médecin traitant dans le cadre par exemple d'une téléexpertise.

En cas de nécessité d'étayer une hypothèse diagnostique : la possibilité d'une consultation d'évaluation (mémoire, dépression, sevrage tabagique ...) permettant ainsi l'utilisation d'outils adaptés pouvant être ressenti comme chronophage par le médecin.

Pour un nouveau patient, après une première prise de contacts par le médecin : le « décorticage » de son précédent dossier et un travail de synthèse permettant un plan de soins spécifique.

Vers un exercice en commun négocié avec l'assurance maladie par les infirmiers et par les médecins généralistes ?

Les syndicats infirmiers libéraux et l'Assurance Maladie négocient depuis le 8 février 2022 un avenant à la convention infirmière revalorisant l'activité libérale des IPA afin d'accélérer leur déploiement en soins primaires.

Ces nouvelles dispositions ne seront pas efficaces sans une modification de la convention médicale incitant à des prises en charge partagées médecin traitant – IPA. Ce sera un des enjeux des négociations qui s'engageront entre les médecins et l'assurance maladie dès l'automne.

MG France regrette de ne pas avoir été associé régulièrement à la négociation conventionnelle infirmier. S'agissant d'une prise en charge partagée en équipe, la présence simultanée des deux acteurs concernés dans les négociations s'impose pour réussir.

Le PLFSS 2023 doit ouvrir la possibilité de négociations interprofessionnelles trilatérales. MG France portera cette demande.

Modèle économique : des pistes de réflexion ...

Pour le médecin généraliste traitant

Définir un **forfait par patient chronique stabilisé réparti entre médecin généraliste traitant et IPA** en cas de prise en charge coordonnée. Ce forfait serait modulé en fonction des pathologies, de la comorbidité, et de la complexité de la situation (précarité, âge, etc.). S'appuyer sur les travaux déjà réalisés dans le cadre de l'article 51.

Valoriser les temps de coordination : une consultation d'évaluation en présence du patient une fois par an par le médecin traitant (tarif d'une consultation très complexe : 60 euros) et une consultation hors présence du patient avec l'IPA (tarif d'une consultation très complexe : 60 euros) une fois par an pour définir son plan personnalisé de santé.

Pour l'IPA

Il est indispensable d'évaluer la charge de travail pour l'IPA afin de déterminer le mode de rémunération le plus adapté : paiement à l'acte (consultations trimestrielles) ou forfait ?

Une réflexion doit être conduite sur le nombre de consultations annuelles qui seraient réalisées par l'IPA. Tout en prenant en compte la nécessité d'un suivi par le médecin généraliste traitant et en respectant l'équilibre des dépenses de santé.

- ❖ Valorisation de l'éducation thérapeutique réalisée par l'IPA : forfait ?
- ❖ Valorisation parallèle ou complémentaire du rôle d'infirmière de parcours : forfait annuel ?

Pour le médecin généraliste traitant et l'IPA

Une ROSP commune ? Comment s'en passer dans la mesure où beaucoup d'indicateurs seront dépendants des deux acteurs.

Prioriser le déploiement des IPA pour rétablir l'accès aux soins dans les territoires

« Restaurer l'accès de la population aux soins dans un territoire sous-doté, c'est en premier lieu consolider l'offre de soins restante sur le territoire en lui apportant un soutien mobilisable immédiatement. Cela passe par un plan d'urgence déclenché à la demande de la population, des élus locaux ou des professionnels de santé du territoire, donnant aux médecins traitants des fonctions de support, et prévenant le burn-out et le départ prématuré des médecins toujours en activité. »³

Accompagner les professionnels grâce à une ingénierie de projets est indispensable pour réussir à déployer rapidement une nouvelle organisation territoriale, particulièrement dans les territoires qui rencontrent des difficultés d'accès aux soins. Ici plus qu'ailleurs, les médecins qui restent en exercice n'ont plus assez de disponibilités pour mettre en œuvre seuls tous les aspects de cette nouvelle organisation : diagnostic territorial de l'offre de soins, recrutement et embauche de ressources humaines, formation, aménagement des locaux, etc.

Cette ingénierie peut être réalisée par les collectivités territoriales, par des opérateurs spécialisés (cabinets de conseil), par Asalée. Cette liste n'est pas exhaustive ... Se posent aussi les questions de son financement et de son pilotage.

Evolution des décrets de compétence des IPA en soins ambulatoires

- ❖ Point envisageable : premier contact avec patient sans médecin traitant avec primo prescription si recherche simultanée d'un MT, avec un garde-fou qui pourrait être le nombre de consultations réalisées avant la signature d'un contrat MT.
- ❖ Points de vigilance : refus des prises en charge en silos, pas de premier recours d'un patient disposant d'un MT sans l'accord explicite de ce MT, donc pas d'autonomie complète mais des prises en charges conjointes.

³ Guide à l'usage des élus locaux qui recherchent désespérément un médecin. MG France. Mars 2022 _ Pour consulter le document

La négociation conventionnelle 2023 : une chance à saisir pour développer l'offre de soins grâce aux IPA ?

Des raisons d'agir

- La nécessité de remettre à plat un modèle libéral peu fonctionnel pour les IPA
- La coexistence des négociations conventionnelles : avenant à la convention infirmier / convention médicale
- La convention médicale a un devoir de réponse aux questions posées par l'accès territorial aux soins en zones critiques

Une méthode

- Rédiger une fiche projet en groupe de travail MG France, après plusieurs échanges avec l'UNIPA
- Évaluer le coût de la prise en charge conjointe d'un patient chronique (expérience PEPS) : audition de Natacha Lemaire, rapporteure générale de l'article 51 et d'Emmanuel Frère-Lecoutre, DSS.
- Proposer un modèle économique adapté aux besoins, acceptable tant par les IPA que par les médecins généralistes
- Confronter les propositions de MG France à l'avis de toutes les parties concernées. Syndicats infirmiers : FNI, Sniil, Conseil national de l'Ordre des infirmiers, Assurance Maladie, DGOS, CNOM ...
- Créer dès mai 2022 un cadre propice à la réflexion et à l'élaboration de propositions réunissant Ministère de la santé (cabinet et DGOS) - CNAM - syndicats infirmiers (UNIPA dans un premier temps) - syndicats de médecins libéraux. Accord de principe du cabinet d'Olivier Véran, de la direction de la CNAM et de l'UNIPA. CSMF Gé sollicitée.
- Veiller à la mise en place des adaptations réglementaires nécessaires et suffisantes.

Retour d'expérience : médecin généraliste traitant / IPA

Dans l'intérêt de la population, pour soulager la charge de travail du médecin tout en augmentant la qualité de la prise en charge du patient par l'équipe mise en place par le médecin traitant, il convient que les prochaines négociations permettent de sortir d'un cadre actuellement trop rigide pour la rémunération des IPA, en sortant notamment de cette contrainte forfaitaire des quatre consultations : trop nombreuses pour la majorité des cas, avec un risque de perte de vue de certains patients par le médecin traitant, mais également pas assez nombreuses pour d'autres situations spécifiques.

Pour un revenu de l'ordre de 3000 à 4000 € net par mois, il faut que chaque IPA réalisent entre 400 et 500 forfaits complets (177 €) de 4 consultations par an.

Une rémunération spécifique pour le nécessaire temps de coordination du binôme est également nécessaire (réunion de coordination).

Il me paraîtrait logique, en attendant, que l'ACI d'une MSP ou d'une CPTS permette le financement de cette RCPL.

L'intégration d'une IPA dans une équipe constituée, mais également pour un médecin isolé, doit faire partie des nouveaux outils qui pourront permettre aux médecins de prendre en charge un nombre plus important de patients sans augmenter sa charge de travail.

C'est le médecin traitant qui doit demeurer décisionnaire, et l'accès direct à l'IPA, revendiqué par certains syndicats, me paraît par contre à exclure. (risque du ressenti d'une concurrence).

Contact

Jacques Battistoni

Président

MG France

president@mg-france.fr - 06 62 61 09 99

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

1) Cabinet du Ministre des solidarités et de la santé

Mme. Bénédicte ROQUETTE conseillère technique
Dr. Sébastien DELESCLUSE conseiller formation
M. Philippe ROMAC conseiller technique cabinet Famille
Puis Mme. Sandrine WILLIAUME conseillère technique
Et Pr. Antoine MAGNAN conseiller formation

2) Cabinet de la Ministre chargée de l'enseignement supérieur

Pr. Christine AMMIRATI
Puis Pr. Olivier LABOUX

3) DGOS

Mme. Katia JULIENNE directrice générale
M. Philippe CHARPENTIER sous-directeur RH
Me. Eva JALLABERT puis Mme. Mélanie MARQUER adjointe au sous-directeur
Eric MAURUS chef du bureau RH2
Caroline COLIN adjointe au chef de bureau RH2
Sandrine JAUMIER cheffe du bureau RH1
Sophie LEPAND adjointe à la cheffe de bureau RH1
Catherine NAVIAUX-BELLECC chargée de mission
Brigitte FEUILLEBOIS conseillère technique

4) DGESIP

Murielle POCHARD sous-directrice
Jean-Christophe PAUL Puis Katia SIRI chef du département santé
Marcelle MOUSSEBOUKPO adjointe
François COURAUD conseiller scientifique
Christine BRUNIAUX cheffe du département formation emploi insertion professionnelle

5) autres directions

Marie LAMBERT-MUYARD cheffe du bureau DGCS Enfance et parentalité

Jean-François PIERRE adjoint à la cheffe de bureau DGCS

Lydie GOUTTEFARDE chargée de mission DGCS

Dr. Zinna BESSA sous-directrice santé des populations DGS

Mme. Caroline BUSSIERE cheffe du bureau santé des populations

Emmanuel FRERE-LECOUTRE chef du bureau 1B sous-direction financement DSS

Mme. Jehanne RICHET cheffe du bureau professions de santé DREES

Mme. Noémie VERGIER adjointe cheffe de bureau

Mme Diane MARLAT SIES

6) CNAM

M. Thomas FATOME directeur général

Mme. Marguerite CAZENEUVE directrice déléguée

Mme. Julie POUGHEON directrice offre de soins

Mme. Claire TRAON directrice adjointe

Dr. Mickael BENZAQUI département des actes médicaux

7) Conférence des directeurs généraux de CHU

Mme. Véronique DESJARDINS DG CHU Rouen, commission des DRH/directeurs de soins de CHU

M. Erwann PAUL, DRH CHU Rennes

8) Conférence des doyens de médecine

Pr. Didier SAMUEL, président (Paris-Saclay)

Pr. Benoît VEBER, vice-président (Rouen)

9) Commission santé France Universités

Pr. Macha WORONOFF, présidente (Besançon Franche-Comté)

Pr. Yvon BERLAND, conseiller

10) Agence nationale de formation hospitalière (ANFH)

Président M. Eric GUYADER

Vice-président M. Gilles MANCHON

Directeur M. Bertrand LONGUET

11) OPCO santé

M. Jean-Pierre DELFINO directeur

12) Conseil national de l'ordre infirmier

Matthieu JULLY directeur des services

Grégory CAUMES directeur adjoint

13) Régions de France

Françoise JEANSON Conseillère régionale Nouvelle Aquitaine

François PAPE Services de la région Bretagne

14) Caisse des dépôts et consignations

Laurent DURAIN directeur de la formation professionnelle et des compétences

15) Association Asalée

M. Amaury DERVILLE délégué général

Mme. Pierrette MEURY-ABRAHAM IPA

16) Agence du numérique en santé

M. Silvère RUELLAN chef de projet RPPS

SIGLES UTILISES

ADELI	Automatisation des listes (de professionnels de santé)
AMPA	Auxiliaires médicaux en pratique avancée
ANFH	Association nationale de formation hospitalière
ARS	Agence régionale de santé
ASALEE	Association pour des actions de santé libérales en équipe
ASE	Aide sociale à l'enfance
CHU	Centre hospitalier universitaire
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CNI	Convention nationale infirmière
CNESER	Conseil national de l'enseignement supérieur et de la recherche
CNOI	Conseil national de l'ordre infirmier
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins
CNP, CNP ARMPO, CNP IADE, CNP IPA	Conseils nationaux professionnels (respectivement anesthésie réanimation et post-opératoire, des IADE, des IPA, etc...)
CROUS	Comité régional des œuvres universitaires et scolaires
CVEC	Contribution vie étudiante et de campus
DE	Diplôme d'État
DEAS	Diplôme d'État d'aide-soignant
DEI	Diplôme d'État d'infirmier
DE IA, IBO, P	Diplôme d'État d'infirmier anesthésiste, d'infirmier de bloc opératoire, de puéricultrice
DE IPA	Diplôme d'État d'infirmier de pratique avancée
DGCL	Direction générale des collectivités locales
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGESIP	Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle
DREES	Direction de la recherche de l'évaluation et des études statistiques
DREETS	Directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités
DRJSCS	Directions régionales de la jeunesse des sports et de la cohésion sociale
DSS	Direction de la sécurité sociale
ECTS	European credit transfer system (système européen de transfert de crédits d'enseignement)

FI	Formation initiale
FPC	Formation professionnelle continue
FPH, FPT, FPE	Fonction publique hospitalière, territoriale, de l'État
HCERES	Haut conseil pour l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur
HCPP	Haut conseil des professions paramédicales
IADE	Infirmiers anesthésistes diplômés d'État
IBODE	Infirmiers de bloc opératoire diplômés d'État
IDE	Infirmiers diplômés d'État
IDEL	Infirmiers diplômés d'État libérales (exerçant en libéral)
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IGESR	Inspection générale de l'Éducation, du Sport et de la Recherche
IPA	Infirmiers ou infirmières de pratique avancée
IPAL	Infirmiers ou infirmières de pratique avancée libérales (exerçant en libéral)
IRD	Infirmières ressources douleur
IRDES	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
ISGS	Infirmiers en soins généraux et spécialisés (corps de fonctionnaires hospitaliers)
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
LMD	licence master doctorat
MAR	Médecins anesthésistes réanimateurs
MESRI	Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation
MSS	Ministère des solidarités et de la santé
NBI	Nouvelle bonification indicielle
NGAP	Nomenclature générale des actes professionnels
OQN	Objectif quantifié national (des cliniques)
OPCO	Opérateur de compétences
P, PDE	Puéricultrices diplômées d'État
PAI	Pratique avancée infirmière (forfaits facturables à l'assurance maladie)
PMI	Protection maternelle et infantile
PMO	(Produits de santé dont médicaments à) prescription médicale obligatoire
RAC, RAAC	Réhabilitation améliorée après chirurgie

- RCP Réunions de concertation pluridisciplinaire
- RPPS répertoire partagé des professions de santé
- SFTED Société française d'évaluation et traitement de la douleur
- SIES (Sous-direction des) systèmes d'information et études statistiques (du MESRI)
- SISE Système informatisé de suivi de l'étudiant
- SNDS Système national des données de santé
- SSPI Salle de surveillance post-interventionnelle (ou salle de réveil)
- UNCAM Union nationale des caisses d'assurance maladie
- VAE Valorisation des acquis de l'expérience