



Convergence
infirmière

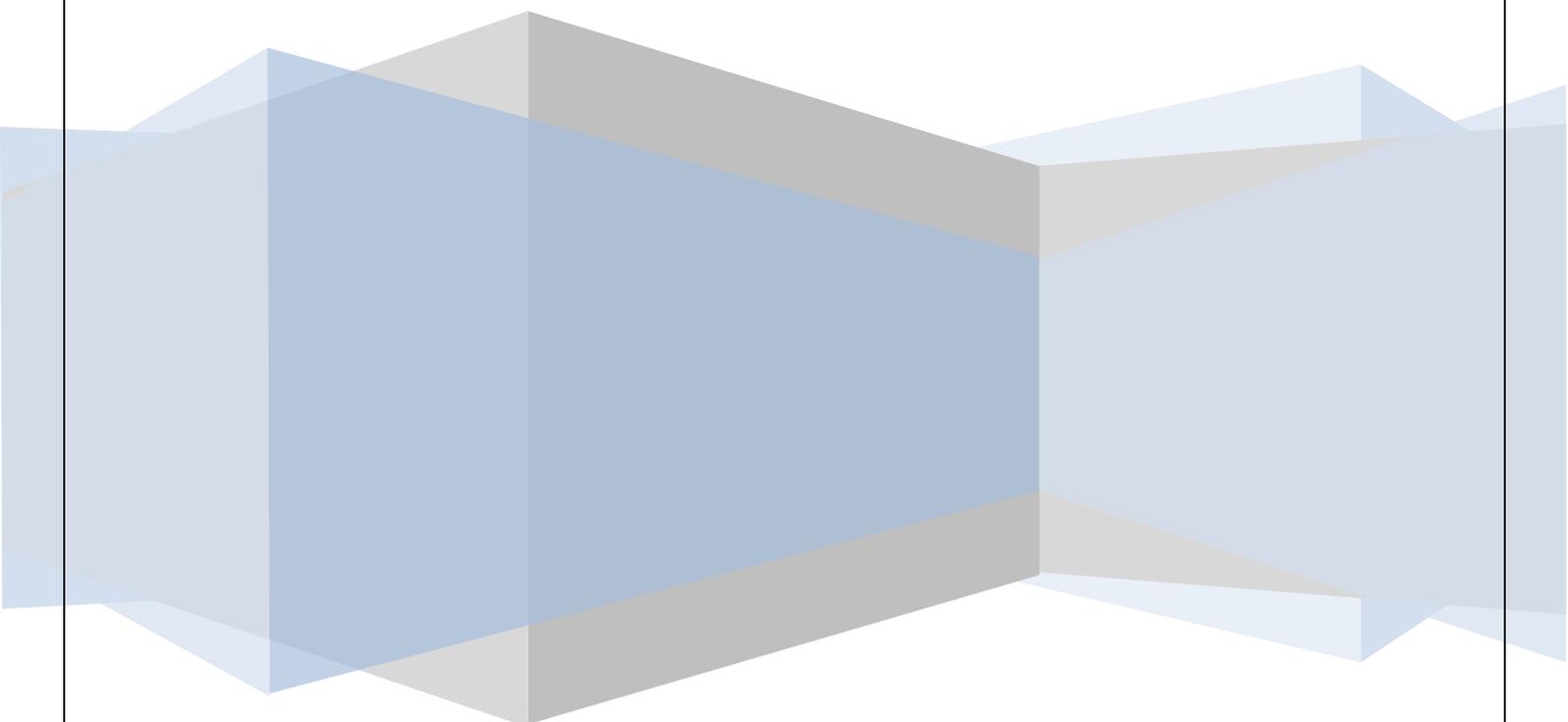
Infirmière, et libérale avant tout

CONTRIBUTION

AVENANT 7 : IPA Libérales

CONVERGENCE INFIRMIERE

11 JUILLET 2019



LES IPAL - INFIRMIERES DE PRATIQUE AVANCEE LIBERALES

Pour CONVERGENCE INFIRMIERE

Pour **Convergence Infirmière**, la mise en œuvre d'une fonction d'IPAL en soins primaires doit permettre de promouvoir une plus grande qualité des soins en créant des nouveaux postes ; et de facto de diminuer les hospitalisations et d'améliorer le suivi des pathologies chroniques.

Dans le cadre des négociations sur l'avenant 7 de la NGAP infirmière, **Convergence Infirmière** souhaite contribuer en faisant part de ses propositions.

1) Définitions : pathologies chroniques, patient « habituel » et éléments de complexité

Pour compléter sa contribution du 04 juillet 2019, **Convergence infirmière** souhaite préciser certaines définitions en rapport avec les problématiques soulevées lors de la dernière séance.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, les **maladies chroniques se caractérisent** «*au delà de leur durée par l'ampleur de leurs répercussions sur la vie quotidienne non seulement pour les patients mais aussi pour leur entourage. Cette situation bouleverse tout, de l'état de santé à la qualité de vie, des amitiés à la vie familiale, des loisirs à la vie professionnelle. Leurs points communs est qu'elles retentissent systématiquement sur les dimensions sociale, psychologique et économique de la vie du malade*» (OMS, 2005).

Les maladies chroniques présentent donc plusieurs des caractéristiques suivantes : elles sont **permanentes**, elles laissent des **handicaps résiduels**, elles sont causées par une **altération irréversible**, elles exigent une **éducation spécifique** par la réhabilitation, elles peuvent imposer **une longue période de supervision, d'observation ou de soins** (Timmreck, 1982).

Convergence infirmière souhaite que le « **patient chronique** » soit différencié du « **patient habituel** » au cours des négociations de l'avenant 7 concernant les IPAL.

En effet, l'intrication des facteurs génétiques, comportementaux et environnementaux rend peu prévisible l'évolution de l'état de santé d'un patient malade chronique. Les facteurs agissent de concert pour influencer sur l'état de santé. Parfois, ils s'additionnent. Parfois, ils se multiplient. Parfois, ils se contrebalancent. A cela s'ajoutent, les effets du vieillissement. Des auteurs envisagent aujourd'hui de comprendre une **maladie chronique comme la résultante d'un système complexe où la plupart des liens de causalité seraient non linéaires** (Frey et Suki, 2008).

Aussi, le patient « habituel » suivi par l'IPAL **ressemblera d'avantage à un patient « complexe »** qu'à un patient « habituel » standard d'un MG.

Il est important d'avoir en tête qu'un tiers d'une population générale souffre de maladie chronique, soit **20 millions de personnes en France**. Elles sont aussi responsables de **70% des dépenses de santé** (OMS, 2008).

Les maladies chroniques résultent souvent de comportements à risque (inactivité physique, tabagisme, alcoolisme, mauvaise alimentation...). La prévention devient pour ces pathologies aussi importante que les soins, d'où l'importance du rôle des l'IPAL, de sa bonne intégration au sein du système de santé français et de la valorisation de leurs activités transversales.

Aussi, **Convergence infirmière** aspire à ce que la **complexité** des patients soit **prise en compte** dans les honoraires IPAL.

2) Installation des IPAL:

Pour rappel, comme défini réglementairement, les IPAL devront justifier d'un **exercice en équipe de soins coordonnée** : Equipe de Soins Primaires (ESP), Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP) ou Communauté Professionnelle de Santé (CPTS). (LMSS 2016, article 119 : « Art. L. 4301-1.-I.).

Dans le cadre de l'installation des IPAL, **Convergence Infirmière** souhaite rappeler les points suivants :

- **Dans un 1^{er} temps**, l'installation des IPAL ne doit **pas** faire l'objet d'un **processus de régulation**.
- **Dans un second temps**, un système de régulation basé sur une **étude populationnelle du territoire d'installation** au sein des CPTS ou MSP pourrait être mis en place selon certains indicateurs du territoire d'installation à définir comme par exemple :

- **Le nombre d'habitants**
- **La patientèle moyenne des MG**
- **Le nombre de patients porteurs d'ALD**
- **L'organisation territoriale des soins**

➤ L'importance de la mise en place de :

- **Forfaits d'aide à l'installation** pour toutes les IPAL **quel que soit le territoire d'installation.**
- **Forfaits d'aide spécifiques à l'installation dans les zones sous-dotées et très sous-dotées.**
- **Aides organisationnelles à l'installation et juridiques.**

3) Exercice mixte IDEL / IPAL :

Convergence Infirmière a toujours défendu l'exercice libéral des IDE. C'est dans la même ligne de conduite que **Convergence Infirmière** défend aujourd'hui l'exercice IPAL et l'exercice mixte IDEL/IPAL.

Aussi, dans la continuité de ses précédentes contributions, et pour faire écho aux discussions du 04 juillet 2019, **Convergence Infirmière** soutient qu'il est important d'**autoriser un exercice mixte IDEL/IPAL** afin de permettre une transition entre les deux exercices.

En effet, en partant du postulat que la création d'une patientèle IDEL viable peut s'étaler sur une période de 1 an à 1 an et demi alors qu'il s'agit d'une profession bien connue par les patients et les professionnels de santé.

Combien de temps faudra t-il à une IPAL pour constituer une patientèle viable dès lors qu'il s'agit d'une nouvelle profession de santé ?

Dans cette optique, **Convergence Infirmière** estime qu'une **durée minimale de 5 ans** sera nécessaire pour permettre l'élaboration d'une file active IPAL viable.

Cependant, pour éviter le contournement du dispositif de régulation mis en place dans l'avenant 6, **Convergence Infirmière** propose d'appliquer, sur la fonction IDEL de l'exercice mixte IDEL/IPAL, les règles d'installation IDEL déjà définies.

Ceci signifie que :

- **les IDEL** qui se formeront à la pratique avancée pourront bénéficier d'un **exercice mixte IDEL/IPAL dès obtention de leur DE IPA.**
- **Les IDE salariées** souhaitant exercer en tant qu'IDEL **devront répondre aux conditions réglementant le zonage IDEL** pour prétendre à un exercice mixte IDEL/IPAL.

- Les **IDE salariées** pourront bénéficier d'un **exercice IPAL dès obtention de leur DE IPA** si elles le souhaitent.

Par ailleurs, **Convergence Infirmière** insiste sur la nécessité de mise en place de **2 cartes CPS distinctes associées à 2 numéros de professionnels distincts**, un pour chaque type d'exercice, permettant de différencier clairement les rémunérations perçues.

Outre les avantages cités dans la contribution du 04 juillet 2019, cette mesure contribuerait également à un **démarrage plus rapide et plus fluide de l'exercice IPAL**.

4) Niveau d'honoraires des IPAL

Convergence Infirmière propose d'utiliser comme base de réflexion les **montants de bénéfice comptable 2018** publiés par l'Union Nationale des Associations Agréées (*UNASA, 2019*), ces montants ayant déjà été repris comme référence par le « quotidien du médecin » le 6 juillet 2019.

Lors des précédentes séances de négociations, il a été tacitement convenu que le **revenu** des IPAL doit se situer de façon **intermédiaire** en celui des MG et celui des IDEL. Pour ce faire, le tableau suivant permet de préciser un **montant de bénéfice comptable moyen estimé** pour les IPAL.

Professions	Bénéfice comptable moyen 2018	Recettes encaissées en 2018
MG	87 775 €	164 200 €
IDEL	45 064 €	87 767 €
IPAL estimé pour 2020*	66 420 €	132 840 €

* Selon le calcul suivant : $87\,775 - 45\,064 = 42\,711$ puis $42\,711 \div 2 = 21\,356$ et enfin $21\,356 + 45\,064 = 66\,420$ euros pour une IPAL

Au vue du différentiel entre le bénéfice comptable et les recettes encaissées, **Convergence Infirmière** considère que, pour être au plus proche de la réalité, le bénéfice comptable estimé IPAL doit être multiplié par 2 pour obtenir un **chiffre d'affaire annuel estimé des IPAL à 132 840 € annuel super brut**.

En utilisant la même méthodologie que l'IRDES (*IRDES, 2009*) pour le calcul du temps de travail des MG, on peut alors définir un taux horaire net sur **44 semaines de travail annuel** en prenant pour référence les **2420 heures annuelles des IDEL** (données communiquées en séance par la CNAM).

Soit en divisant **132 840 € par 2420 heures**, on obtient une **rémunération horaire super brut de 54.89 €/h** arrondie à **55€/h**.

Selon **Convergence Infirmière**, la revalorisation des honoraires IPAL, au regard des compétences supplémentaires acquises, doit tenir compte de ce calcul.

5) Forfaits et modalités de rétribution des forfaits des IPAL

Convergence Infirmière insiste sur le fait que :

- Une durée minimale de prise en charge d'environ **4h30/an/patient** soit retenue.
- Une **file active annuelle** estimée entre **300 à 420 patients maximum** soit envisagée.
- Les **honoraires** conventionnés, quelle que soit leur forme (primes, forfaits...), doivent être **versés directement à l'IPAL**.
- L'IPA doivent être considérée **comme une spécialité** (Quid MG versus médecins spécialistes).

Convergence Infirmière propose la mise en place :

- Du **paiement du forfait au 1^{er} rendez-vous** avec le patient.
- D'un **forfait « inaugural » majoré, facturé 1 seule fois** dans la prise en charge du patient à **82,5 € super brut**.
- D'un **forfait de suivi trimestriel à 55 € super brut**.
- D'un **forfait « activités transversales »** trimestriel ou mensuel (*cf. paragraphe 6*).
- D'une **valorisation de l'acte de téléconsultation** à l'instar des IDEL dans l'avenant 6.

Pour apporter un élément de comparaison, la prise en charge d'un patient « habituel » de l'IPAL selon les forfaits ci-dessus reviendrait à **247,50 € super brut/an** (pour un nombre de visites non défini) soit un **tarif quasi équivalent à :**

- Un **programme ETP/an/patient de 250 super brut/an**.
- Une prise en charge de **15 séances IDEL chez un patient BPCO ou insuffisant cardiaque de 274 € super brut/6 mois hors IFD** (*selon NGAP IDEL AMI 5.8 cumulable à taux plein avec une séance d'AIS selon dérogation de l'article 11B, et en décote des autres soins*).

Selon **Convergence Infirmière**, comme précédemment argumenté, en prenant en compte que le patient « habituel » de l'IPAL sera **majoritairement un patient en ALD « complexe »** (*cf. paragraphe 1*), les éléments de majoration suivants doivent être prévus a minima :

- Les patients de **plus 80 ans**
- Les enfants de **0 à 6 ans**
- Les patients porteurs de **3 co-morbidités et plus**
- Les patients porteurs d'un **handicap moteur sévère**
- Les patients porteurs d'une **déficiência** mentale, cognitive ou neurologique **sévère**

Par souci de simplicité de mise en œuvre du dispositif, pour les patients porteurs de ces éléments de complexité, **Convergence Infirmière** recommande la **création d'un forfait « complexité »** d'un montant **égal au forfait « inaugural » soit 82,5 €** super brut.

6) Part et rétribution des activités transversales ? :

Dans la contribution du 04 juillet 2019, **Convergence Infirmière** a stipulé que les activités transversales représenteront 33% du temps de travail des IPAL (soit 1/3 du temps de travail).

Si nous partons d'une logique d'un équivalent temps plein de 35h/semaine, **33% du temps de travail représente environ 12h/semaine.**

Convergence Infirmière propose comme piste de réflexion sur cette base de **12h/semaine** pour établir un **forfait « activités transversales »**.

Ce forfait pourrait être versé **mensuellement ou trimestriellement** et calculé selon une **base de rétribution de l'IPAL moyennée pour 44 semaines de travail annuel.** Soit un forfait de (*cf. paragraphe 5*) :

- **2420 €** super brut par mois
- ou **7260 €** super brut par trimestre

Ce forfait pourrait être **reversé en fonction de la montée en charge de la file active** de l'IPAL sachant que le nombre de patient majorera la part d'activités transversales en atteignant hypothétiquement une limite de temps au-delà d'une file active de 100 patients. Cette rétribution progressive pourrait s'échelonner selon le tableau suivant :

Evolution de la file active IPAL	Rétribution forfait « activités transversales » sur la base de 44 semaines de travail/an
De 0 à 25 patients	25% du forfait
De 25 à 50 patients	50% du forfait
De 50 à 75 patients	75% du forfait
De 75 à 100 patients*	100% du forfait

** Hypothèse retenue ici : au-delà de 100 patients les protocoles transversaux pourront être mis en place de façon reproductible pour tous les autres patients de la file active de l'IPAL.*

7) Problématiques de l'intégration à l'ACI ? :

Lors de la séance du 04 juillet 2019, la possibilité d'intégrer le versement des forfaits « activités transversales » des IPAL et des primes aux structures participatives à l'ACI a été évoquée. **Convergence Infirmière** a repéré **plusieurs problématiques** à cette intégration :

- Actuellement **aucune ligne spécifique à l'IPAL** n'a été **prévue** dans l'ACI en ce sens et donc **aucun budget dédié**. Ce nouveau budget devra venir en supplément de ceux précédemment négociés afin d'assurer une équité pluri-professionnelle.
- Les structures organisées en ESP ou MSP ne sont **pas forcément** toutes **éligibles à l'ACI** mais peuvent potentiellement accueillir une IPAL. **Comment toucheront-elles leur prime ?**
- Même si les ESP et les MSP feront parties à l'avenir des CPTS, qui elles pourront toucher l'ACI, à l'instant T, le **développement des CPTS est toujours en cours et non opérationnel** dans la majorité du territoire national. De plus, même si une CPTS est validée par une Agence Régionale de Santé, l'ACI n'est accessible que quand cette CPTS est officiellement labellisée soit a minima 12 mois après le déblocage de l'aide au démarrage du projet. A l'heure actuelle, les **CPTS labellisées restent l'exception**.
- **L'immaturation de l'organisation de l'exercice coordonné** en ville pourrait être un **frein à l'implantation des IPAL** si la valorisation des « activités transversales » doit passer uniquement par l'ACI. En bref, **comment faire entre-temps ?**
- La valorisation des structures pour l'intégration des IPAL **ne doit pas se faire au détriment des forfaits « activités transversales »** des IPAL sachant que, pour les MSP, l'ACI intègre déjà une ligne « *offre d'une diversité de services de soins médicaux spécialisés ou de pharmaciens et/ou de soins paramédicaux assurée par les professionnels associés ou salariés de la structure* » dans laquelle l'IPAL n'est pas mentionnée.

Au vue de ces difficultés, **Convergence Infirmière** suggère qu'un **autre modèle de valorisation** des « activités transversales » soit imaginé pour les **structures porteuses** et que les **IPAL perçoivent les forfaits « activités transversales » directement** sous forme d'honoraires conventionnés.

8) Indemnités de déplacement et kilométriques :

Convergence Infirmière tient à insister sur l'importance de mettre en place des indemnités de déplacement et kilométriques pour les raisons développées dans sa contribution du 04 juillet 2019.

Selon **Convergence Infirmière**, ces indemnités doivent être calquées sur celles accordées aux sages-femmes libérales (niveau de diplôme et nombre de professionnels concernés similaires).

Convergence Infirmière propose donc que le montant de ces indemnités soit défini selon la tarification sages-femmes en vigueur dans la NGAP exposée dans le tableau suivant :

Tarifs en euros	Département métropolitains	Département d'outre-mer
IFD	4	4.4
Indemnité kilométrique en plaine	0,45	0,59
Indemnité kilométrique en montagne	0,73	0,80
Indemnité kilométrique à pied ou à ski	3,95	4,35

D'autant que dans le cadre de l'avenant 6 signé le 14 mai 2019 avec l'Union Nationale des Syndicats de Masseurs-kinésithérapeutes Libéraux par l'UNCAM, publié au journal officiel le 2 juillet 2019, cette IFD à **4 euros vient d'être accordé aux kinésithérapeutes** pour le forfait côté AMK6.

9) Forfait structure des IPAL :

Dans un souci d'équité avec les autres professionnels de santé libéraux, **Convergence Infirmière** réitère ses préconisations afin que les IPAL puissent bénéficier des aides suivantes :

Propositions Convergence Infirmière « Forfait structure IPAL »		
Indicateurs	Montant versé	Argumentaire
Socles (Scor, MSS, télétransmission...)	490 €	Identique IDEL avenant 6
Complémentaire exercice coordonné	800 + 100 = 900 €	En écho aux indicateurs des MG
TOTAL	1390 €	
+ optionnel télémédecine	350 € équipement télémédecine	Identique IDEL avenant 6

	175 € appareils médicaux connectés	
+ optionnel DMP	1 € par DMP ouvert	Identique IDEL avenant 6
Aide équipement et maintenance du cabinet	Calqué sur celui des MG selon le nombre de points par indicateur (7€/point)	En écho des forfaits structure MG
Aide démarches et nouveaux modes d'organisation	Calqué sur celui des MG selon le nombre de points par indicateur (7€/point)	En écho des forfaits structure MG



BIBLIOGRAPHIE

OMS, 2005 Prévention des maladies chroniques: un investissement capital. *Genève: OMS Editions.*

Timmreck, 1982 Dictionary of Health Service Management. National Health Publishing.

Frey et Suki, 2008, Complexity of chronic asthma and chronic obstructive pulmonary disease: implications for risk assessment, and disease progression and control. *The Lancet*, 20(372), 1088-1099.

OMS, 2008-2013 Action plan for the global strategy for the prevention and control of non-communicable diseases. Prevent and control cardiovascular diseases, cancers, chronic respiratory diseases, diabetes. *Genève: OMS Editions.*

LMSS 2016, article 119: « Art. L. 4301-1.-I.:

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?idArticle=JORFARTI000031913702&cidTexte=LEGITEXT000031916187&categorieLien=id>

UNASA, 2019 : <https://www.unasa.fr/statistiques/> ou

https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2019/07/06/revenus-2018-des-medecins-etes-vous-bien-paye-faites-le-test-_870559

IRDESS, Juillet 2009 : Questions d'économie de la Santé n°144, Le temps de travail des médecins généralistes : Une synthèse des données disponibles.