



Convergence
infirmière

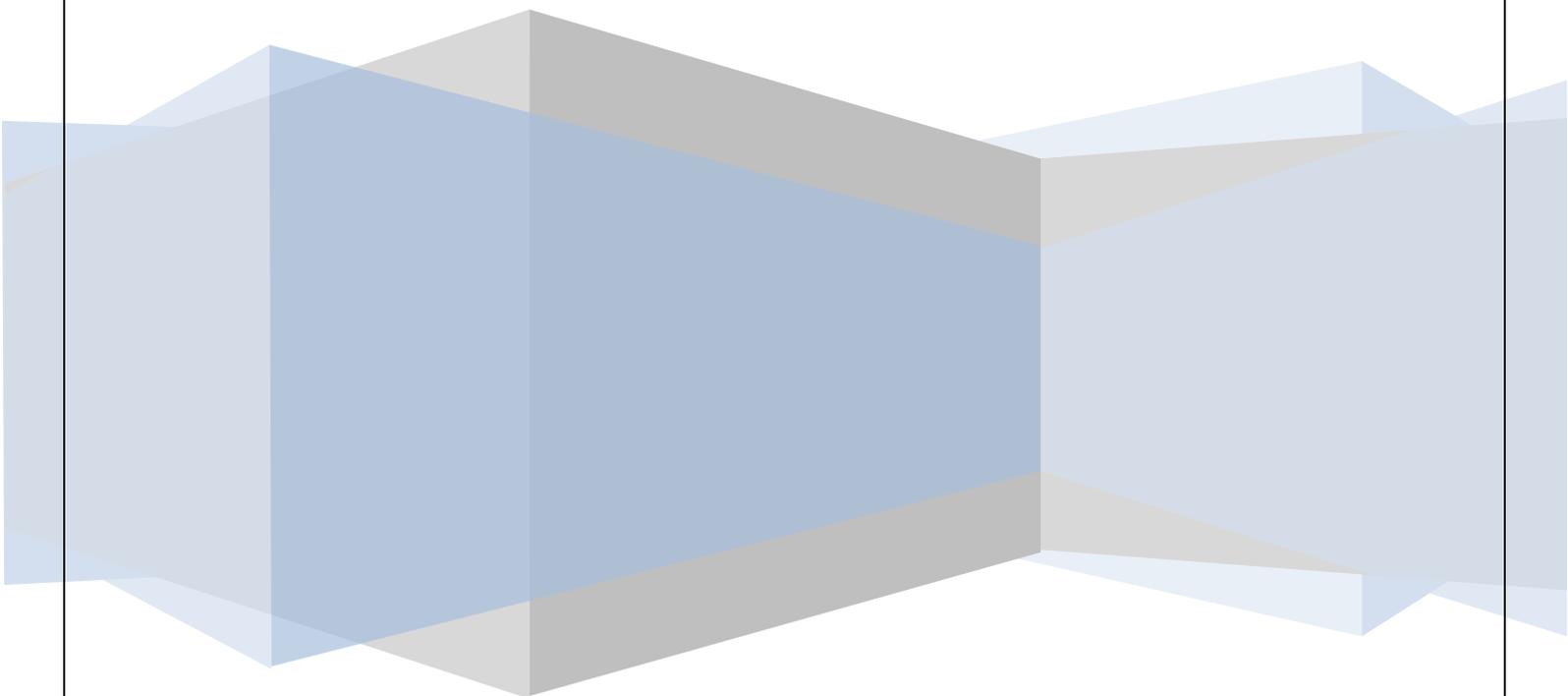
Infirmière, et libérale avant tout

CONTRIBUTION

AVENANT 7 : IPA Libérales

CONVERGENCE INFIRMIERE

JUIN 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.

Pour Convergence Infirmière, il semble opportun de tirer les enseignements utiles des pays qui ont une plus grande expérience et notamment en matière d'avantages et de bénéfices pour les patients mais aussi d'obstacles qui ralentiraient la mise en œuvre de ces nouveaux métiers.

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

1) IPAL : Éléments de contexte et différents enjeux

Dans la réalité du terrain, les IPAL seront amenées à suivre des patients poly pathologiques et fragiles, qui bien qu'étiquetés « stabilisés » dans leur pathologie, présentent un haut risque de décompensation, d'exacerbation et/ou de dégradation. Il incombera aux IPAL de faire en sorte que leurs patients restent « stables ». Cette notion de fragilité peut entraîner la nécessité de plusieurs entretiens IPAL par trimestre (Ex : après une décompensation cardiaque l'adaptation des traitements diurétiques peut nécessiter plusieurs bilans sanguins de contrôle, étalés sur plusieurs semaines, pour identifier la dose minimale efficace chez un patient donné).

Par ailleurs, il est impossible de comparer l'activité des IPAL à celles des IDEL ou à celles des IDEL inscrites dans l'expérimentation ASALEE car :

- Leurs compétences, leur niveau de formation et leurs champs d'action sont différents.
- Leurs activités des IDEL ASALEE ne sont pas individualisées (exercice en pluri professionnel).
- Il existe de nombreuses études portant sur les résultats obtenus lors de l'implantation des IPA pouvant servir de base réflexive (*Cf. Delamaire, M. et G. Lafortune (2010), « [Les pratiques infirmières avancées : Une description et](#)*

évaluation des expériences dans 12 pays développés », Documents de travail de l'OCDE sur la santé, No. 54, Éditions OCDE, Paris).

- Les IPAL peuvent avoir un rôle majeur auprès des patients poly pathologiques porteurs de co morbidités qui faussent les résultats (rôle non couvert par les compétences ASALEE). De plus, l'implantation des IPAL devrait conduire à la sécurisation de parcours de soins avec des accidents ou événements indésirables évités qui sont actuellement impossibles à comptabiliser (Ex : accidents thromboemboliques ou hémorragiques évités par une meilleure surveillance des données biologiques, réduction des chutes à domicile par une meilleure maîtrise de la iatrogénie médicamenteuse et l'ETP des patients/entourage, nombre de ré hospitalisation évitées par un meilleur dépistage des signes d'aggravation d'une pathologie chronique, réduction des durées moyennes de séjour par un rôle actif de l'IPAL pour le retour à domicile et l'organisation des soins en lien avec IDEL, risque d'interactions médicamenteuses réduit par meilleur suivi des patients après une hospitalisation où nouveaux médicaments introduits....).
- Les effectifs initiaux IPAL (*21 individus selon les chiffres CNAM*) ne permettront pas de comparaison fiable sur les indicateurs de résultats présentés par la CNAM concernant l'expérimentation ASALEE (amélioration du taux d'HbA1c par exemple...).
- Parallèlement, il n'existe pas aujourd'hui d'indicateurs fiables qui permettent de mesurer l'efficacité d'une catégorie professionnelle sur l'amélioration d'un parcours de soins précis en soins primaires.

Enfin, **Convergence Infirmière** tient à préciser qu'il n'existe pas de logique de concurrence IDEL/IPAL mais une logique de complémentarité avec des niveaux de compétences différents, compétences qui sont toutes profitables à la population et aux économies en santé.

2) Installation et frais d'installation des IPAL:

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

- L'installation des IPAL doit être soumise à la déclaration à l'organisme référent qui reste à définir (*article 119 de la LMSS de 2016 : « 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 »). Il semble logique que cet organisme soit l'Ordre National des Infirmiers.

- L'installation des IPAL doit être soumise à la déclaration auprès de la CNAM et/ou de l'ARS qui régit l'offre de soins sur un territoire de santé (qui pourrait proposer des aides à l'installation des IPAL dans les zones sous-dotées comme pour les médecins généralistes et les IDEL).
- 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.-Les auxiliaires médicaux relevant des titres Ier à VII du présent livre peuvent exercer en pratique avancée au sein d'une équipe de soins primaires coordonnée par le médecin traitant (...), enfin, en assistance d'un médecin spécialiste, hors soins primaires, en pratique ambulatoire »*). Il est important d'avoir à l'esprit qu'en ville les ESP, MSP ou CPTS ne sont pas forcément coordonnées par un médecin traitant mais souvent par un autre professionnel de santé (IDEL, pharmacien, coordonnateur salarié...).
- L'installation des IPAL, au sein des CPTS, pourra permettre, par les liens qu'elles entretiendront avec les spécialistes hospitaliers notamment, une amélioration de la communication ville-hôpital et une fluidification des parcours.
- L'installation des IPAL ne doit pas faire l'objet pour l'instant d'un processus de régulation (en dehors de celui défini dans la *LMSS de 2016 soit une durée minimum de 3 ans de la fonction d'IDE avant la prise de fonction en tant qu'IPA*). En effet, selon Me Buzyn, concernant les médecins généralistes, une régulation contraignante a provoqué une contre-productivité alors que des mesures incitatives ont fait preuve de leur efficacité pour renforcer l'offre de soins dans les zones sous-dotées ou les « déserts médicaux ». (<https://www.lopinion.fr/edition/economie/reforme-systeme-sante-pas-mesures-coercitives-medecins-liberaux-162161>)
- Il est important que les représentants de la CNAM puissent prendre la mesure de la **fragilité de l'installation** des IPA en soins primaires. En effet, comme

expliqué ci-dessus, les IPAL doivent justifier d'un exercice en équipe de soins coordonnée et ne peuvent donc pas s'installer librement. De même, la **pérennité** de leur exercice **n'est jamais garantie** puisqu'elles doivent travailler sous protocole d'organisation avec un/des médecins traitants dont la pénurie est connue. L'installation de l'IPA sera donc remise en question en cas de départ/cessation d'activité du/des médecins traitants collaborant.

Aussi, **Convergence Infirmière** tient à souligner que l'installation des IPAL nécessitera des équipements informatiques et paramédicaux supplémentaires afin d'assurer de façon optimale le suivi des patients qui lui seront confiés. A titre informatif, le tableau 1, en annexe de cette contribution, liste de façon non exhaustive ces équipements (accompagné d'un montant indicatif pour certains).

Convergence Infirmière tient également à souligner que l'installation des IPAL passera par la formalisation d'un protocole d'organisation établi avec les médecins référents. Pour autant, à ce jour, aucune rémunération de ce temps préparatoire n'a été prévue. Des forfaits d'aide à l'installation doivent également être envisagés en zones sous-dotées comme pour les IDEL et les médecins généralistes.

3) Exercice mixte IDEL / IPAL :

Pour mémoire, le pourcentage d'IPAL estimée par la loi "ma santé 2022" s'élève à 2% des effectifs d'ici 2022 soit environ 2500 IPAL pour 110 000 IDEL. Les IPAL ne viendront donc pas impacter le dispositif de régulation des IDEL de façon significative. D'autant que leur future patientèle devrait se composer essentiellement de patients sans suivi IDEL concret.

Dans ce cadre, **Convergence Infirmière** pense qu'il est important d'autoriser un exercice mixte IDEL/IPAL afin de permettre une transition entre les deux exercices sachant que :

- Cette transition se fera de manière progressive et temporellement indéfinie.
- L'accès aux interventions de l'IPAL se fera réglementairement par adressage des médecins référents. L'IPAL ne sera donc pas maître de l'extension de sa patientèle tant en terme de rythme que de volume.
- De plus, de façon générale, l'IPAL est avant tout une IDE et doit rester libre de pratiquer et de comptabiliser des actes de son métier socle n'étant pas inclus dans les futurs forfaits IPAL.

- Aussi, pendant cette transition, l'IPAL devra faire le relais sur sa patientèle IDEL avec une remplaçante, elle doit donc pouvoir continuer à pouvoir assurer sa facturation pour la payer avant de pouvoir céder totalement sa place comme n'importe qu'elle autre IDEL selon les dispositions de régulation démographique instaurées dans l'avenant 6.
- De même, il est important de garder en tête que pendant la phase de transition entre les deux activités, les IPAL continueront à payer leurs charges d'IDEL tout en diminuant cette activité.
- Enfin, cela permettra aux IPAL de mettre en place des activités intégrées à l'avenant 6, comme la télémédecine notamment en cas de nécessité d'une consultation en urgence d'une spécialiste hospitalier (ex : besoin de mise en place urgent d'aérosolthérapie, dont la prescription est réservée aux pneumologues, afin d'enrailler une exacerbation chez un patient BPCO ou asthmatique et donc d'éviter une hospitalisation).

Enfin, l'exercice mixte IPAL / IPA salariée doit également être autorisé afin de favoriser la communication ville-structure et permettre le développement de l'activité en soins de ville. Cela pourra également faciliter la mise en place des parcours de soins et de protocoles de recherche.

4) Honoraires des IPAL :

Da façon générale, **Convergence Infirmière** propose que certaines modalités de versement des honoraires des IPAL soient respectées :

- Les IPAL devront être rémunérées par honoraires conventionnés tout comme les IDEL.
- Il apparait essentiel à **Convergence Infirmière** de favoriser le versement des honoraires directement à l'IPAL afin de préserver l'autonomie professionnelle de celle-ci et d'éviter la mise en place d'un lien de subordination avec le médecin référent (surtout au sein des MSP montées en SISA qui ont pour obligation légale d'être mise en place à minima en présence de deux médecins).
- De plus, le versement direct des honoraires permettra de garantir à l'IPAL la perception de la totalité des honoraires auxquels elle peut prétendre. Le transit de ses revenus par une structure pourrait potentiellement laisser place à des dérives de rémunérations non contrôlables.

Pour commencer une réflexion sur un montant de rémunération des IPAL, **Convergence Infirmière** propose de s'appuyer sur la base des revenus moyens des différents professionnels de santé pour définir un objectif de revenus annuels moyens pour les IPAL.

Convergence Infirmière propose donc de fixer comme objectif un niveau d'honoraires nets HT annuels pour les futures IPAL que se situera entre les revenus des médecins généralistes et les revenus des IDEL.

5) Forfaits et indemnités des IPAL :

Afin de s'ajuster au plus près de la réalité du terrain, **Convergence Infirmière** tient à revenir sur les premières propositions de la CNAM du 05 juin 2019 :

- La proposition de 2h30 de suivi annuel par patient ne correspond pas du tout au temps de prise en charge nécessaire à une IPAL pour effectuer ses missions de façon efficiente.
- Le forfait unique par pathologie n'est pas représentatif car le temps de prise en charge n'est pas le même en fonction de la pathologie concernée, des co morbidités et/ou de l'âge du patient.
- Les entretiens de l'IPAL peuvent être multiples sur un trimestre. Le forfait unique proposé ne prend pas en compte ces divers passages en définissant un temps d'intervention plus que minimal de 1h le 1^{er} trimestre et 30 minutes les suivants. Pourtant, selon les statistiques présentées en séance, les IDE AZALEE, aux compétences moins larges, réalisent des entretiens de 43 minutes. Comment les IPAL, aux missions plus larges, pourraient-elles être plus rapides ? Sachant que, lors de la première rencontre avec le patient, l'IPAL devra réaliser un état des lieux complet de son anamnèse, de son suivi, de ses besoins et de son état général avant d'un faire un compte rendu complet au médecin référent comme défini dans le protocole d'organisation.
- Aucun forfait de rémunération pour les activités transversales des IPAL n'a été envisagé (activités de recherche, temps de rédaction des comptes rendus d'entretiens, temps d'échanges et réunions de suivi avec les médecins référents, réunion de concertation pluri professionnelle, vidéo conférences, échanges mail et téléphoniques, temps de formation et d'information des équipes de soins, implantation d'innovation en santé, mise en place d'évaluation des pratiques professionnelles et d'indicateurs de qualité des soins...).
- Les déplacements au domicile des patients n'ont pas été prévus.

- Les majorations sur les dimanches, les jours fériés, après 20h, avant 8h ou après 23h n'ont pas été envisagées (ces entretiens à des heures de fermeture habituelles des cabinets médicaux pourraient pourtant éviter un passage par les urgences et/ou une hospitalisation).
- L'articulation en libéral pour les mentions « Oncologie et hémato-oncologie » et « Maladie rénale chronique, dialyse et transplantation rénale » n'a pas été prévue. Pourtant, le maintien à domicile des patients porteurs de ces pathologies est un facteur important de guérison et/ou de stabilité donc d'économies en santé.

En réponse aux propositions de la CNAM, **Convergence Infirmière** présente deux possibilités de mise en place des rémunérations IPAL. Ces deux possibilités devront, bien entendu, permettre une rémunération des IPAL à la hauteur des qualifications universitaires des IPAL ainsi que de l'investissement financier et personnel inhérent à la réalisation de la formation de deux ans supplémentaires au métier socle permettant l'obtention du DE IPA.

Premièrement, si nous demeurons dans une logique de paiement au forfait, **Convergence Infirmière** souhaite intégrer dans la préfiguration des forfaits les notions suivantes :

- Le forfait unique pourrait être conservé à condition d'y annexer des coefficients de majoration (en fonction des poly pathologies, des co morbidités, de l'âge du patient si supérieur à 80 ans ou inférieur à 6 ans, du niveau d'éducation : temps d'éducation thérapeutique plus long,...). Ces coefficients pourront prendre la forme d'un coefficient multiplicateur applicable selon la spécificité de prise en charge de chaque patient.
- Le paiement du forfait unique doit demeurer payable au 1^{er} rendez-vous avec le patient.
- Un forfait « 1^{er} rendez-vous » doit mis en place et majoré par rapport à un forfait « de suivi ». En effet, ce premier entretien sera plus long que les entretiens suivants (*Cf. paragraphe 1*) et doit être rémunéré en conséquence.
- Une forfait « activités transversales » doit être intégré à la rémunération des IPAL. Pour ce faire, l'établissement d'indicateurs est nécessaire. Ces derniers pourraient mettre en évidence que les futures IPAL vont permettre l'amélioration de l'accès aux soins mais également :
 - L'amélioration de la continuité de la prise en charge et notamment lors des épisodes d'hospitalisation. Elles participeront donc activement à la lutte contre les soins inutiles/redondants.

- L'extension des possibilités d'horaires d'ouverture des structures de soins primaires avec une baisse potentielle du recours aux services d'urgences.
 - L'augmentation des visites à domicile avec une évaluation clinique fiable (pouvant être sécurisée en télémédecine) qui permettra de réduire le recours aux services d'urgences.
 - L'augmentation des visites en EHPAD/structures médico-sociales pour évaluation clinique en l'absence de médecin coordinateur et soutien technique aux équipes de soins afin de limiter le recours aux services d'urgences.
- Le forfait « activités transversales » pourrait s'articuler autour d'une base annuelle fixe et d'une valorisation par un Retour sur Objectifs de Santé Publique (à l'instar des médecins généralistes) basée sur des indicateurs spécifiques propres aux IPAL (comprenant les activités de recherche et de d'interaction avec les différents acteurs des équipes de soins).

Deuxièmement, si la CNAM souhaite faire évoluer son système de rémunération dans le cadre d'une solution innovante, **Convergence Infirmière** propose de mettre en place pour les IPAL un modèle de rémunération inspiré du modèle « Buurtzorg », venu des Pays-Bas.

Sur cette base, il faudrait définir un **taux de rémunération horaire brut fixe** pour les IPAL. Ce taux horaire serait **facturable au prorata du temps de travail effectué par l'IPAL quelques soient la nature des activités réalisées : transversales ou cliniques**. Ce système permettrait la mise en place de prises en charge au plus près des besoins des patients en adaptant le temps nécessaire à chaque patient individuellement sans provoquer de surconsommation des dépenses de santé. De même, cela permettrait aux IPAL d'exercer toutes leurs compétences en simplifiant les modalités de facturation.

Dans cette optique, **Convergence Infirmière** suggère de positionner le tarif horaire brut des IPAL sur le même tarif horaire brut généralement défini pour dédommager les professionnels de santé lorsqu'ils libèrent leur temps pour participer à des réunions pluri professionnelles dans les équipes de soins coordonnés. Ce montant est mis en place dans le cadre de financements de MSP par signature d'une convention donnant suite à l'attribution de fonds de Financements Inter Régionaux (FIR) par plusieurs Agences Régionales de Santé. Dans un souci d'homogénéité, **Convergence Infirmière** propose que ce montant soit aligné sur celui appliqué dans les projets expérimentaux évoqués ci-dessus, soit un tarif horaire brut des IPAL de **75 euros brut de l'heure**.

Selon **Convergence Infirmière**, cette nouvelle forme de rémunération pourrait s'adapter parfaitement à l'exercice libéral des IPA dont les activités ne sont pas reproductibles d'un patient à l'autre tant en termes de temps que de méthodologie de suivi.

6) Aides financières des IPAL :

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

- Une aide pérenne à la télétransmission.
- Une aide à la maintenance.
- Une aide à la numérisation et à la télétransmission des pièces justificatives (SCOR).
- Une aide à l'exercice coordonné.

Des aides financières supplémentaires pourront être envisagées, à la manière des forfait structure des médecins généralistes, pour :

- L'équipement du cabinet et sa maintenance.
- Les démarches et nouveaux modes d'organisation pour améliorer les services aux patients.



ANNEXE

Tableau 1 : Liste non exhaustive de matériel de suivi nécessaire à l'IPAL (avec montant indicatif quand disponible)

*** équipements déjà en possession des IDEL, à prévoir pour une IPA qui s'installerait en exercice libéral**

Nature	Montant	Justificatif
Quelque soit le type d'activité		
Ordinateur portable		Nécessité de mobilité professionnelle
Lecteur sésame vitale autonome *		Facturation
Imprimante/scanner*		Transmission
Abonnement téléphonique/internet*		MMS, accès DMP....
Smartphone avec puissance suffisante		Nécessité de nombreuses applications/contacts/puissance de transmission des données/fichiers
Logiciels		Abonnement et maintenance à la charge des IPAL avec majoration par rapport à un logiciel métier IDEL car demande aussi un accès similaire au médecin généraliste
Abonnement revues/sites spécialisés		Vidal, recommandations et bonnes pratiques médicales.....
Abonnement bibliothèque universitaires		Pour activités de recherche
Responsabilité Professionnelle Civile		Les assurances en RCP peuvent être majorées en rapport des risques liés à l'extension de prescription des IPAL et de leur responsabilité propre
Bureautique*		Achat initial de fournitures de bureau pour installer/classer/ranger les différents documents nécessaires)
Destructeur de documents papier		Respect de la confidentialité des données de santé (documents format papier qui seront détruits après scan dans dossier informatique sécurisé)
Blouses professionnelles*	100 €	
Plaque professionnelle cabinet*	150 €	
Malette médicale	150 €	
Stéthoscope fiable	120 €	
Tensiomètre et ≠ tailles brassards	180 €	Appareil manuel à l'usage exclusif de l'IPAL
Tensiomètres de prêts aux patients	100 €	3 Appareils de prêts pour l'auto-mesure tensionnelle à domicile après séance d'ETP ciblée et fourniture supports pour relevés
Oxymètre de pouls fiable	120 €	Appareil fiable à l'usage exclusif de l'IPAL
Oxymètre de pouls de prêt	50 €	Appareil de prêt pour le patient après séance d'ETP
Impédancemètre	80 €	
Toise		
Ruban périmètre adulte et enfants	20 €	
Thermomètre auriculaire +	50 €	

embouts		
Consommables *:	150 €	Ex : gants jetables, abaisse-langue en bois, compresses, coton, bandelettes urinaires, stylos auto_piqueurs à usage unique, désinfectants, nettoyeurs entre 2 patients, etc...
Otoscopes et embouts		
Une table d'examen*		Pour examen et réalisation de soins
Une lampe*		Soins minutieux/ examen des cavités
Pour les activités en cardiologie		
Appareil à ECG portable avec diagnostic sécurisé/agréé		
Electrodes de rechange		
Supports de rangement/transport		
Papier consommable		
Maintenance annuelle		
Lecteur coagucheck + bandelettes	760 €	Lecture INR pour les patients sous AVK à partir d'une gouttelette utile pour visites à domicile des patients sans possibilités de déplacements
Cartes de signalement de traitement anticoagulant	50 €	Cartes distribuées aux patients avec ETP
Pour les activités en pneumologie		
Débitmètre de pointe (peak-flow) +embouts jetables	50 €	Evaluation et suivi de la fonction expiratoire dans le cadre d'Asthme et BPCO, dépistage des aggravations
3 Chambres d'inhalation ≠ taille	75 €	Administration des traitements par inhaler pour publics ayant des difficultés de coordination après séances d'ETP cible avec possibilité de prêt à domicile
Appareil de spirométrie + abonnement		Selon volume de patientèle et capacités d'investissement
Cartes ou carnets de vaccination	50 €	Cartes distribuées aux patients avec ETP
Pour les activités en neurologie		
Diapason	60 €	
Marteau réflexe de Babinsky	25 €	
Cartes de porteurs de traitements	50 €	Cartes distribuées aux patients et/ou entourage avec ETP
Supports pour les tests	50 €	Tests de mémoire, de dépression...
Pour les activités en endocrinologie		
Lecteur de glycémie/cétonémie + bandelettes		
Logiciel pour lecture des résultats sécurisés		Ex : Free style libre
Monofilament à usage unique		A minima 1 fois/an par patient diabétique suivi, plus en cas de signes de perte de sensibilité
Cartes de signalement de traitement	50 €	Cartes distribuées aux patients et/ou entourage avec ETP