

Face aux enjeux croissants d'accès aux soins, de transformation des métiers et d'évolution des parcours de santé, l'étude nationale CAPA propose une analyse inédite de l'autonomie clinique des infirmiers en pratique avancée en France. En articulant données empiriques nationales, analyses qualitatives et références internationales, ce rapport apporte des éléments structurants pour accompagner une évolution sécurisée et progressive du cadre des pratiques avancées au service des besoins populationnels.



Rapport Scientifique Etude CAPA

2025-2026

Association Française de
Recherche des Infirmiers en
Pratique Avancée_ SoFRIPA

Comité scientifique et rédactionnel de la SoFRIPA:

- **Emmanuelle Fernandez** IPA mention Pathologies chroniques stabilisées, prévention et polyopathologies courantes. Présidente de la SoFRIPA
- **Karine Dobbels** IPA mention Pathologies chroniques stabilisées, prévention et polyopathologies courantes. Vice-Présidente de la SoFRIPA
- **Hélène Kerdiles** IPA mention Pathologies chroniques stabilisées, prévention et polyopathologies courantes. Membre du Conseil d'Administration et du comité scientifique de la SoFRIPA
- **Gwenola Le Meur** IPA mention Psychiatrie et Santé mentale. Secrétaire générale de la SoFRIPA
- **Rémi Tresse** IPA mention Psychiatrie et Santé mentale. Trésorier Adjoint de la SoFRIPA
- **Laurent Salsac** IPA mention Pathologies chroniques stabilisées, prévention et polyopathologies courantes. Membre du comité scientifique

Table des matières

Autonomie clinique des infirmiers en pratique avancée en France : résultats de l'étude nationale CAPA	1
Résumé.....	1
Introduction.....	1
Méthodes.....	1
Résultats	2
1. Introduction.....	3
1.1 Amélioration de l'accès aux soins : un levier démontré par la littérature internationale	4
1.2 État des lieux international des modèles de prescription IPA	4
1.3 Prescription IPA et transformation des parcours : une approche populationnelle	5
1.4 Implications stratégiques pour l'évolution du cadre français	6
Question de recherche	7
1.5. Cadre conceptuel.....	8
➤ Le modèle de Patricia Benner : progression vers l'expertise clinique	9
➤ La théorie d'Imogene King : transactions interprofessionnelles et dynamique relationnelle.....	10
➤ Le modèle d'Ann Hamric : maturité du rôle avancé et responsabilité professionnelle	10
➤ Cadre conceptuel et articulation méthodologique	11
2. Méthodes.....	15
Design de l'étude.....	15
Population et contexte d'étude de l'enquête CAPA.....	16
Recueil des données	17
Construction d'un indicateur synthétique d'autonomie clinique.....	17
Analyse statistique	18
Analyse qualitative	18
3. Résultats quantitatifs	20
3.1 Population étudiée.....	20
3.2 Résultats descriptifs : (Annexe 3).....	21
3.3 Distribution du score d'autonomie clinique CAPA.....	25
3.4 Analyse multivariée : Facteurs associés.....	26
3.5 Performance des modèles prédictifs	28
4. Résultats Analyse qualitative.....	33
4.1 Raisonnement clinique avancé.....	34
4.2 Dynamiques interprofessionnelles	34

4.3 Contraintes réglementaires et organisationnelles.....	35
4.4 Maturité du rôle de pratique avancée.....	35
4.5 Enjeux systémiques	35
5. Discussion.....	36
➤ Une convergence scientifique : le raisonnement clinique comme invariant transversal.....	36
➤ Une convergence clinique : la logique populationnelle comme horizon commun...37	37
➤ Une convergence organisationnelle : l'autonomie comme phénomène systémique 38	38
➤ Vers un modèle transversal intégré de pratique avancée	39
➤ Portée conceptuelle et systémique.....	39
➤ Forces et limites	40
6.Conclusion	42
Bibliographie.....	1

Bibliographie

Annexe 1 : Synthèse Groupes Experts par mention

Annexe 2 : Codage NVivo

Annexe 3 : Synthèse schématique des résultats de l'enquête CAPA 2025

Autonomie clinique des infirmiers en pratique avancée en France : résultats de l'étude nationale CAPA

Résumé

Introduction

Face aux tensions démographiques médicales, à l'augmentation des maladies chroniques et à la complexification des parcours de soins, la pratique avancée infirmière constitue un levier stratégique d'adaptation des systèmes de santé. En France, l'évolution du rôle des infirmiers en pratique avancée (IPA) s'inscrit dans une dynamique progressive incluant notamment la question de la primo-prescription et de l'accès direct aux patients. L'étude CAPA (Compétence – Autonomie – Pratiques Avancées) vise à analyser empiriquement le niveau d'autonomie clinique des IPA et les facteurs influençant son expression dans les contextes d'exercice.

Méthodes

Une étude transversale mixte a été conduite en novembre 2025 auprès de 594 infirmiers en pratique avancée exerçant en France. Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire national en ligne diffusé via les réseaux professionnels. Un indicateur synthétique d'autonomie clinique (score CAPA) a été construit à partir de huit dimensions relatives à la formation, à l'expérience professionnelle, aux conditions organisationnelles d'exercice et au raisonnement clinique. Les analyses quantitatives comprenaient des statistiques descriptives et des modèles de régression logistique explorant les facteurs associés à la primo-prescription et à l'accès direct. Une analyse qualitative thématique complémentaire a été réalisée à partir des réponses ouvertes du questionnaire et de synthèses issues de groupes experts, selon une approche de codage thématique assistée par le logiciel NVivo.

Résultats

L'analyse porte sur 594 IPA. Le score moyen d'autonomie clinique observé est de 0,52 ($\pm 0,15$) sur une échelle standardisée de 0 à 1, traduisant un niveau intermédiaire de structuration de l'autonomie clinique. Les analyses statistiques mettent en évidence une forte hétérogénéité organisationnelle entre contextes d'exercice. La participation à une formation spécifique apparaît significativement associée à la réalisation de primo-prescriptions ($p = 0,023$) et à l'existence d'un accès direct ($p = 0,042$). L'exercice en centre médico-psychologique est également associé à l'accès direct ($p = 0,030$). Les environnements pluriprofessionnels structurés présentent des niveaux d'autonomie plus élevés.

L'analyse qualitative identifie cinq catégories principales structurant l'autonomie clinique : raisonnement clinique avancé, dynamiques interprofessionnelles, contraintes réglementaires et organisationnelles, maturité du rôle IPA et enjeux systémiques. Les verbatims suggèrent que la primo-prescription est largement perçue comme la formalisation réglementaire d'un raisonnement clinique avancé déjà mobilisé dans les pratiques professionnelles.

Conclusion

Les résultats suggèrent que l'autonomie clinique des IPA en France se situe dans une phase de consolidation progressive et dépend fortement des environnements organisationnels et des dynamiques interprofessionnelles. L'étude CAPA met en évidence l'existence d'un continuum de développement professionnel reliant compétence clinique avancée, conduite diagnostique et thérapeutique et capacité prescriptive. Ces résultats soulignent l'importance des conditions organisationnelles et réglementaires permettant l'expression sécurisée de cette autonomie dans les parcours de soins.

1. Introduction

La transformation actuelle des systèmes de santé européens et internationaux s'inscrit dans un contexte marqué par la progression des maladies chroniques, la complexification des parcours et les tensions démographiques médicales. Dans ce cadre, l'évolution des compétences avancées, incluant la prescription infirmière, constitue l'un des leviers identifiés pour améliorer l'accès aux soins, soutenir la continuité des prises en charge et renforcer l'efficacité organisationnelle.

Le développement de la pratique avancée infirmière (IPA) en France s'inscrit dans cette dynamique internationale. Toutefois, l'état des lieux des modèles étrangers montre que la prescription par les IPA ne constitue pas une compétence isolée, mais un élément d'un modèle clinique avancé reposant sur le raisonnement professionnel, la coordination interprofessionnelle et une approche populationnelle des parcours.

La littérature internationale mobilisée dans ce rapport repose principalement sur des revues systématiques et méta-analyses issues des sciences infirmières et de la santé publique, considérées comme des niveaux de preuve élevés dans la hiérarchie méthodologique. Les travaux de Gielen et al. (2014), Woo et al. (2017) et Htay et Whitehead (2021) constituent des références structurantes pour l'analyse des effets de la prescription infirmière et de l'intégration des Advanced Practice Nurses dans les systèmes de santé.

Toutefois, il convient de préciser que certaines études fondatrices sont antérieures à l'évolution récente des cadres réglementaires européens et nord-américains. Bien que certaines revues systématiques soient antérieures à 2018, leurs conclusions restent cohérentes avec les données plus récentes concernant l'impact clinique, organisationnel et populationnel des pratiques avancées infirmières, notamment en matière d'accès aux soins, de continuité thérapeutique et d'efficacité organisationnelle.

Dans cette perspective, la revue internationale présentée dans le rapport CAPA ne vise pas uniquement à établir un état des connaissances, mais à mettre en évidence une trajectoire globale d'évolution des modèles de prescription infirmière vers des approches fondées sur la compétence clinique et la responsabilité professionnelle.

1.1 Amélioration de l'accès aux soins : un levier démontré par la littérature internationale

Les revues systématiques et méta-analyses internationales convergent pour montrer que l'intégration des infirmiers en pratique avancée dans les systèmes de santé permet :

- Une amélioration de l'accès aux soins,
- Une réduction des délais de prise en charge,
- Une qualité clinique comparable à celle des médecins,
- Une satisfaction accrue des patients.

La revue systématique de Gielen et al. (2014) démontre que la prescription infirmière est globalement sûre et efficace, avec des résultats cliniques similaires à ceux observés dans les prises en charge médicales. De même, Woo et al. (2017) et Htay et Whitehead (2021) montrent que les Advanced Practice Nurses contribuent à maintenir, voire améliorer, les outcomes cliniques tout en favorisant l'efficacité des organisations de soins.

Ces résultats soutiennent l'idée que la prescription IPA peut constituer un levier organisationnel majeur, particulièrement dans les parcours chroniques et les contextes de tension médicale, rejoignant les objectifs actuels des politiques publiques françaises.

1.2 État des lieux international des modèles de prescription IPA

L'analyse comparative internationale met en évidence trois grands modèles de prescription infirmière (Kroezen et al., 2011).

Prescription indépendante fondée sur la compétence clinique

Déployée notamment au Royaume-Uni, en Irlande, au Canada ou dans certains États américains, cette approche reconnaît l'autonomie prescriptive des IPA après une formation universitaire avancée. Elle repose sur la responsabilité professionnelle et l'évaluation clinique globale plutôt que sur des listes restrictives d'actes.

Prescription collaborative ou protocolisée

Observée dans plusieurs pays européens, elle s'inscrit dans un cadre partagé avec les médecins ou des protocoles structurés. Ce modèle est souvent utilisé comme phase intermédiaire lors de l'évolution réglementaire.

Prescription restreinte par listes

Certains systèmes émergents limitent la prescription à des listes de médicaments ou de situations.

La littérature souligne que ce modèle apparaît fréquemment comme transitoire avant une reconnaissance plus large du raisonnement clinique avancé.

Ces données internationales montrent que l'évolution des pratiques avancées tend vers des modèles fondés sur la compétence et la responsabilité professionnelle, plutôt que sur une régulation exclusivement procédurale.

1.3 Prescription IPA et transformation des parcours : une approche populationnelle

Les travaux récents soulignent que la prescription infirmière s'inscrit avant tout dans une logique de gestion populationnelle des parcours de soins. Les IPA interviennent principalement dans :

- Le suivi des maladies chroniques,
- L'oncologie,
- La santé mentale,
- Les soins primaires,
- Les parcours complexes hospitaliers.

Les méta-analyses montrent que leur implication permet de prévenir les complications, de réduire les hospitalisations évitables et d'améliorer la continuité thérapeutique (McCorry et al., 2018 ; Fontaine et al., 2024).

Ces résultats entrent en résonance avec les analyses CAPA, où la primo-prescription apparaît comme un prolongement du raisonnement clinique visant à fluidifier les parcours et à renforcer la coordination interprofessionnelle.

1.4 Implications stratégiques pour l'évolution du cadre français

L'état des connaissances internationales suggère que l'évolution de la prescription IPA ne repose pas uniquement sur l'élargissement d'actes autorisés, mais sur la reconnaissance d'un modèle clinique avancé intégré.

Trois enseignements majeurs émergent pour l'action publique :

- La sécurité de la prescription IPA repose principalement sur la formation avancée et l'expérience clinique ;
- Les modèles les plus efficaces privilégient une régulation fondée sur les situations cliniques plutôt que sur des listes figées ;
- L'autonomie IPA s'inscrit dans une logique populationnelle visant à améliorer l'accès aux soins et la continuité des parcours.

Cependant, la question de l'autonomie clinique des infirmiers en pratique avancée demeure encore peu documentée empiriquement à l'échelle nationale. Les débats relatifs à la primo-prescription et à l'accès direct reposent principalement sur des analyses réglementaires ou organisationnelles, alors que les données empiriques sur les pratiques effectives des professionnels restent limitées.

Dans cette perspective, l'étude nationale CAPA (Compétence – Autonomie – Pratiques Avancées) a été conçue afin d'analyser le niveau d'autonomie clinique des IPA exerçant en France et d'identifier les facteurs susceptibles d'influencer son développement dans les différents contextes d'exercice.

Au regard des éléments exposés dans l'introduction et de l'analyse des modèles internationaux, un constat central émerge : les systèmes de santé les plus performants en matière de pratique avancée reposent sur une reconnaissance explicite du raisonnement clinique autonome et de la responsabilité professionnelle des infirmiers en pratique avancée (IPA), davantage que sur une régulation exclusivement fondée sur des listes d'actes.

En France, l'évolution réglementaire engagée ces dernières années a permis une structuration progressive du rôle IPA. Toutefois, la question demeure de savoir dans quelle mesure l'autonomie clinique est déjà opérationnelle dans les pratiques,

indépendamment des limites procédurales actuelles, et quels facteurs en conditionnent l'expression effective.

Question de recherche

Dans ce contexte, l'étude CAPA est guidée par deux questions centrales suivantes :

Quel est le niveau actuel de structuration et de maturité de l'autonomie clinique des infirmiers en pratique avancée en France ?

Quels facteurs individuels, organisationnels et territoriaux déterminent l'expression effective de la primo-prescription et de l'accès direct dans les parcours de soins ?

Ces questions visent à dépasser une approche strictement normative de la prescription pour analyser empiriquement les dynamiques réelles d'autonomie clinique au sein du système de santé français.

Objectif général

L'objectif général de l'étude CAPA est d'objectiver le niveau d'autonomie clinique des IPA à l'échelle nationale et d'identifier les déterminants de son développement dans les différents contextes d'exercice, afin d'éclairer les choix stratégiques relatifs à l'évolution du cadre réglementaire.

Sous-objectifs spécifiques

Afin de répondre de manière structurée à la question de recherche, l'étude poursuit les sous-objectifs suivants :

1. **Mesurer le niveau d'autonomie clinique à l'échelle nationale**
Élaborer et analyser un indicateur synthétique intégrant formation, expérience professionnelle, conditions d'exercice, pratiques prescriptives et perception de légitimité professionnelle.
2. **Identifier les facteurs associés à la primo-prescription et à l'accès direct**
Examiner les relations entre autonomie clinique et variables telles que la formation spécifique, l'ancienneté, la mention d'exercice, le type de structure et la région d'exercice.

3. **Analyser l'influence des environnements organisationnels**
Étudier le rôle des dynamiques interprofessionnelles, de la structuration des équipes et des modèles organisationnels dans l'expression de l'autonomie décisionnelle.
4. **Explorer la dimension qualitative de la maturation du rôle IPA**
Comprendre, à partir des groupes experts, comment la primo-prescription est vécue et conceptualisée comme continuité du raisonnement clinique avancé.
5. **Mettre en perspective les résultats nationaux avec les modèles internationaux**
Évaluer le degré d'alignement des pratiques françaises avec les trajectoires internationales fondées sur la compétence clinique et la responsabilité professionnelle.
6. **Produire des éléments d'aide à la décision publique**
Identifier les leviers susceptibles de soutenir une évolution sécurisée, progressive et équitable du cadre réglementaire national.

1.5. Cadre conceptuel

L'analyse menée dans le cadre de l'étude CAPA s'appuie sur un cadre conceptuel intégratif issu des sciences infirmières, combinant trois modèles théoriques complémentaires : le modèle de progression vers l'expertise de Patricia Benner, la théorie des transactions interprofessionnelles d'Imogene King et le modèle de maturité du rôle avancé d'Ann Hamric.

Le choix de ces référentiels repose sur une justification méthodologique visant à articuler les dimensions individuelles, relationnelles et organisationnelles de la pratique avancée. Le modèle de Benner a été privilégié pour sa capacité à analyser la progression du raisonnement clinique et l'évolution de l'autonomie professionnelle dans une perspective développementale, particulièrement adaptée à l'étude des trajectoires IPA. À la différence de modèles centrés exclusivement sur la prise de décision clinique, tels que celui de Tanner, l'approche de Benner permet d'intégrer

l'expérience professionnelle et la maturation du jugement clinique dans une lecture longitudinale.

La théorie d'Imogene King a été retenue afin d'analyser les dynamiques interprofessionnelles observées dans l'étude CAPA, en mettant l'accent sur les processus de transaction et de négociation des rôles au sein des organisations de soins. Ce choix s'est avéré particulièrement pertinent pour interpréter les variations d'autonomie liées aux contextes d'exercice, là où d'autres cadres conceptuels, tels que les approches centrées sur le partenariat thérapeutique, offrent une lecture moins systémique des interactions professionnelles.

Enfin, le modèle d'Ann Hamric a été mobilisé pour structurer l'analyse des dimensions avancées du rôle IPA, notamment le leadership clinique, la responsabilité éthique et la contribution à l'évolution des systèmes de santé. Ce cadre théorique a également guidé la sélection des variables intégrées dans l'indicateur synthétique d'autonomie clinique, permettant de relier empiriquement les données recueillies aux dimensions fondamentales de la pratique avancée.

Ainsi, l'articulation de ces trois modèles relève d'une stratégie conceptuelle visant à proposer une lecture multidimensionnelle cohérente de l'autonomie clinique observée dans l'étude CAPA.

➤ Le modèle de Patricia Benner : progression vers l'expertise clinique

Le cadre de Benner constitue un socle conceptuel permettant d'appréhender l'autonomie clinique comme un processus évolutif. Selon cette approche, le développement professionnel s'inscrit dans une trajectoire allant du novice à l'expert, caractérisée par une intégration progressive des savoirs théoriques, de l'expérience clinique et du jugement professionnel.

Dans le contexte de l'étude CAPA, ce modèle permet d'interpréter les variations d'autonomie observées en fonction de l'ancienneté, de la formation et du temps clinique. Il éclaire notamment la manière dont la primo-prescription est vécue par les IPA comme la continuité logique d'un raisonnement clinique approfondi, plutôt que comme une compétence isolée. L'intégration de ce référentiel soutient l'idée que l'autonomie clinique repose avant tout sur une maturation professionnelle progressive,

ce qui rejoint les résultats nationaux mettant en évidence l'impact de la formation spécifique et de l'expérience sur les niveaux d'autonomie.

➤ **La théorie d'Imogene King : transactions interprofessionnelles et dynamique relationnelle**

Le modèle systémique d'Imogene King a été mobilisé afin d'analyser les interactions entre les IPA et les autres professionnels de santé dans les contextes organisationnels étudiés. Ce cadre met en lumière l'importance des transactions interprofessionnelles dans la construction de l'autonomie clinique, en soulignant que celle-ci se développe au sein d'un système relationnel complexe plutôt qu'en dehors de celui-ci.

Les analyses qualitatives CAPA montrent que l'exercice de l'autonomie dépend étroitement :

- De la reconnaissance mutuelle des compétences,
- De la confiance professionnelle,
- Et de la qualité des collaborations au sein des équipes pluriprofessionnelles.

Cette lecture permet d'interpréter les variations observées selon les territoires et les structures d'exercice, en mettant en évidence l'influence des environnements organisationnels sur la capacité décisionnelle des IPA.

➤ **Le modèle d'Ann Hamric : maturité du rôle avancé et responsabilité professionnelle**

Le modèle d'Ann Hamric offre un cadre de référence pour analyser la maturité du rôle IPA au-delà des actes réalisés. Il met en avant plusieurs dimensions clés de la pratique avancée, notamment la pratique clinique experte, le leadership professionnel, la responsabilité éthique et la contribution à l'amélioration des systèmes de soins.

Dans l'étude CAPA, ce référentiel permet de comprendre l'émergence d'un leadership clinique décrit par les groupes experts, ainsi que la transition progressive vers une responsabilité populationnelle. Les résultats qualitatifs témoignent d'une évolution du rôle IPA vers une fonction de régulation des parcours, où la décision clinique s'inscrit dans une vision globale du patient et de son environnement. L'intégration du modèle de Hamric contribue ainsi à repositionner la primo-prescription dans une perspective

plus large, comme l'expression d'une maturité professionnelle et organisationnelle plutôt que comme une simple extension technique.

➤ Cadre conceptuel et articulation méthodologique

L'articulation des modèles théoriques de Patricia Benner (1984), Imogene King (1981) et Ann Hamric et al. (2014) permet de proposer une lecture intégrée et multidimensionnelle de l'autonomie clinique observée dans l'étude CAPA. Ces référentiels constituent un cadre analytique cohérent reliant développement professionnel, dynamiques interprofessionnelles et transformation organisationnelle des pratiques avancées.

Le modèle de Benner (1984) éclaire la progression vers l'expertise individuelle et la maturation du raisonnement clinique au fil de l'expérience. Il permet de comprendre que l'autonomie clinique ne relève pas d'une délégation d'actes, mais d'un processus développemental intégrant savoirs théoriques et expérience clinique.

La théorie de King (1981) apporte une lecture systémique des interactions professionnelles en mettant en évidence le rôle structurant des transactions interprofessionnelles dans la construction de l'autonomie clinique. Elle souligne que la capacité décisionnelle avancée s'inscrit dans un environnement organisationnel et relationnel donné.

Le cadre d'Hamric et al. (2014) situe la pratique avancée dans une perspective de maturité professionnelle et de responsabilité populationnelle. Il met en lumière les dimensions centrales du rôle IPA, notamment la pratique clinique experte, le leadership, la collaboration et l'intégration des données probantes.

En combinant ces approches, le cadre conceptuel CAPA permet d'appréhender la pratique avancée comme un processus évolutif, relationnel et organisationnel, en cohérence avec les transformations contemporaines du système de santé. Cette articulation théorique a guidé les choix méthodologiques en dépassant une approche descriptive des pratiques pour analyser les processus de maturation professionnelle, les dynamiques collaboratives et les transformations structurelles associées à l'autonomie clinique.

Concrètement, le modèle de Benner a soutenu l'intégration d'indicateurs liés à l'expérience professionnelle dans la construction de l'indicateur synthétique d'autonomie clinique, tandis que la théorie de King a orienté l'analyse des interactions interprofessionnelles. Le référentiel d'Hamric a permis d'intégrer des dimensions relatives au leadership clinique, à la responsabilité éthique et à la contribution populationnelle des IPA.

Dans cette logique, l'indicateur synthétique d'autonomie clinique a été conçu comme un outil exploratoire visant à objectiver des tendances nationales plutôt qu'à hiérarchiser les pratiques. Son élaboration traduit empiriquement les dimensions théoriques mobilisées en articulant développement professionnel, environnement organisationnel et dynamiques populationnelles.

Au-delà de la structuration méthodologique, ce cadre conceptuel permet également de clarifier les concepts centraux analysés dans CAPA. La pratique avancée y est envisagée comme un continuum progressif reliant compétence avancée, conduite diagnostique et thérapeutique et primo-prescription, en cohérence avec les données internationales sur les Advanced Practice Nurses (Woo et al., 2017 ; Htay & Whitehead, 2021).

La pratique avancée comme modèle professionnel fondé sur l'expertise clinique

La pratique avancée infirmière correspond à un rôle clinique spécialisé reposant sur une formation universitaire avancée, une capacité décisionnelle complexe et une contribution à l'amélioration des parcours de santé (Hamric et al., 2014). Elle constitue le point de convergence des trois modèles théoriques mobilisés : la progression vers l'expertise décrite par Benner (1984), les dynamiques relationnelles analysées par King (1981) et la maturité du rôle avancé conceptualisée par Hamric et al. (2014).

Les modèles internationaux montrent que l'autonomie IPA repose principalement sur le raisonnement clinique avancé plutôt que sur la délégation d'actes techniques, avec des résultats cliniques comparables aux modèles médicaux dans certaines situations (Woo et al., 2017 ; Htay & Whitehead, 2021).

La compétence avancée : traduction développementale du modèle de Benner et du référentiel d'Hamric

La compétence avancée renvoie à une capacité intégrée mobilisant savoirs théoriques, expérience clinique et jugement professionnel dans des situations complexes. Elle constitue la traduction opérationnelle du processus de maturation décrit par Benner (1984) et des dimensions fondamentales du rôle avancé identifiées par Hamric et al. (2014).

Les revues systématiques montrent que cette compétence avancée est associée à des résultats cliniques sûrs et efficaces, notamment dans la gestion des maladies chroniques (Gielen et al., 2014 ; McCrory et al., 2018). Elle permet ainsi de dépasser une vision réglementaire centrée sur les actes pour privilégier une approche fondée sur la capacité professionnelle.

La conduite diagnostique et thérapeutique : articulation entre expertise individuelle et dynamique interprofessionnelle

La conduite diagnostique et thérapeutique constitue le cœur du raisonnement clinique avancé. Elle mobilise l'expertise individuelle développée selon le modèle de Benner (1984) tout en s'inscrivant dans une dynamique interprofessionnelle analysée par King (1981). Elle correspond à la capacité d'analyser des données cliniques complexes, de formuler des hypothèses diagnostiques et d'adapter les stratégies thérapeutiques.

Dans la littérature internationale, cette dimension est centrale dans les rôles d'Advanced Practice Nurses (Woo et al., 2017). Les analyses CAPA montrent que cette conduite clinique précède souvent la capacité réglementaire à prescrire, la prescription apparaissant comme une formalisation finale d'une décision déjà construite cliniquement.

La primo-prescription : expression organisationnelle de la maturité du rôle avancé

La primo-prescription représente le niveau le plus opérationnel du continuum de la pratique avancée. Elle correspond à la capacité d'initier une décision thérapeutique dans le cadre d'une évaluation clinique autonome.

Les analyses comparatives internationales identifient plusieurs modèles de prescription infirmière, allant de formes protocolisées à des modèles indépendants fondés sur la responsabilité professionnelle (Kroezen et al., 2011). Les revues

systématiques montrent que la prescription infirmière est globalement sûre et efficace et contribue à améliorer l'accès aux soins (Gielen et al., 2014).

Dans le cadre CAPA, la primo-prescription apparaît comme la continuité logique d'un raisonnement clinique avancé déjà mobilisé par les IPA, traduisant une maturation du rôle et une responsabilité populationnelle accrue. La primo-prescription apparaît ainsi comme l'expression organisationnelle d'une maturité professionnelle déjà observée dans les pratiques.

Une chaîne conceptuelle intégrée : traduction clinique du cadre théorique CAPA

L'analyse conceptuelle permet ainsi de proposer une lecture intégrée du continuum étudié :

Pratique avancée

→ Compétence avancée

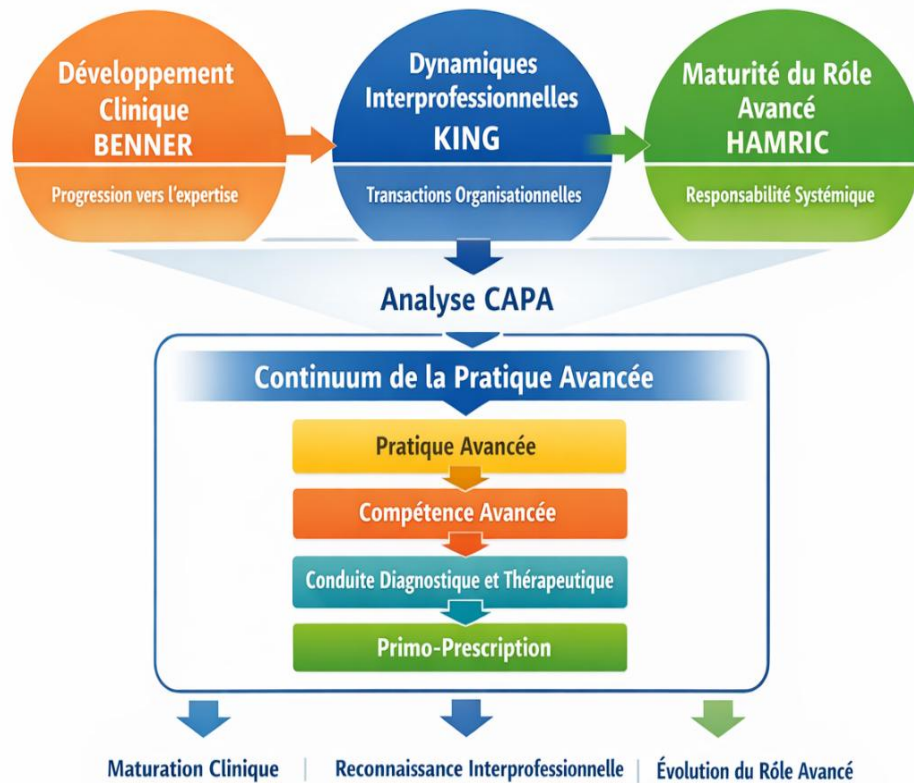
→ Conduite diagnostique et thérapeutique

→ Primo-prescription

Cette progression traduit un déplacement du paradigme réglementaire vers une reconnaissance du raisonnement clinique avancé, en cohérence avec les modèles théoriques mobilisés (Benner, King, Hamric) et les données internationales sur les Advanced Practice Nurses (Woo et al., 2017 ; Htay & Whitehead, 2021).

La primo-prescription doit être envisagée non comme une innovation isolée, mais comme l'aboutissement d'une évolution déjà engagée du rôle IPA, contribuant à la fluidification des parcours, à l'amélioration de l'accès aux soins et à l'efficacité organisationnelle du système de santé.

CADRE CONCEPTUEL DE L'ÉTUDE CAPA



2. Méthodes

Design de l'étude

L'étude CAPA adopte un design transversal exploratoire associant une enquête quantitative nationale et une analyse qualitative issue de contributions d'experts représentant les différentes mentions de pratique avancée.

Cette approche mixte a été retenue afin de permettre une analyse intégrée des dynamiques professionnelles, organisationnelles et interprofessionnelles associées à l'évolution du rôle des IPA.

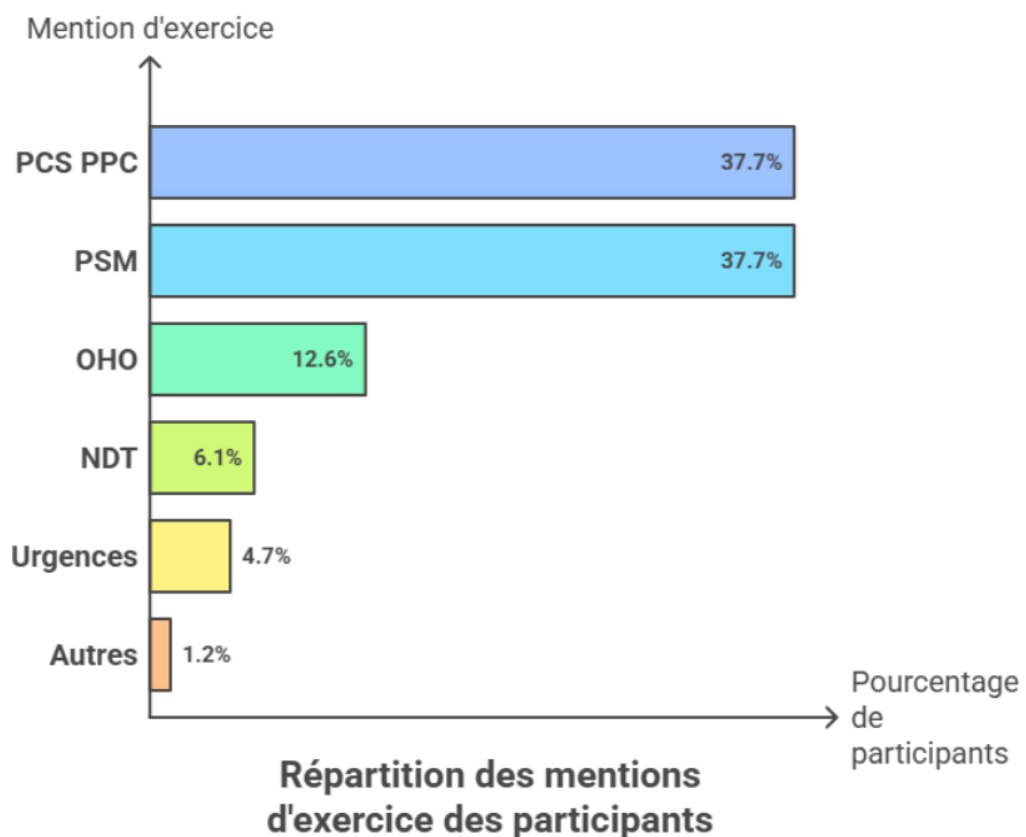
Population et contexte d'étude de l'enquête CAPA

L'analyse porte sur un échantillon national de 594 infirmiers en pratique avancée exerçant en France. Les participants ont été recrutés sur la base du volontariat via un questionnaire en ligne diffusé par les réseaux professionnels de la SoFRIPA entre le 8 et le 15 novembre 2025.

Les participants exercent dans des environnements variés incluant structures hospitalières, structures ambulatoires et organisations territoriales de soins.

L'échantillon est majoritairement féminin (77,6 %) avec un âge moyen de 44 ans. Les mentions PCS-PPC et psychiatrie-santé mentale représentent chacune 37,7 % des répondants.

Répartition par mention d'exercice



Made with Napkin

Recueil des données

Le questionnaire (Google Forms) comportait 37 questions :

- Des variables sociodémographiques
- Des items relatifs au cadre réglementaire et à la formation
- Des questions relatives aux pratiques prescriptives et à l'autonomie clinique
- Des questions ouvertes portant sur les freins et leviers organisationnels.

Construction d'un indicateur synthétique d'autonomie clinique

Afin d'objectiver les variations d'autonomie clinique, un score composite standardisé compris entre 0 et 1 a été construit avec le logiciel R (version 2026), à partir de huit dimensions empiriquement observables :

- Compréhension du cadre réglementaire
- Autonomie décisionnelle perçue
- Volume d'activité clinique
- Existence d'un accès direct
- Qualité de la coordination interprofessionnelle
- Disponibilité d'un outil informatisé adapté
- Participation à une formation spécifique
- Sentiment de légitimité professionnelle.

Chaque dimension a été normalisée sur une échelle 0–1 selon :

- Transformation linéaire pour les échelles ordinales (1–5),
- Normalisation min–max pour les variables quantitatives,
- Codage binaire (0/1) pour les variables dichotomiques.

Le score individuel correspond à la moyenne des dimensions disponibles, sous réserve qu'au moins six dimensions sur huit soient renseignées. Les répondants présentant un nombre insuffisant de dimensions renseignées ont été exclus du calcul.

Ce score constitue un indicateur exploratoire non validé psychométriquement. Aucune analyse factorielle ni mesure de cohérence interne (alpha de Cronbach) n'a été réalisée à ce stade. L'objectif est descriptif et analytique, visant à identifier des tendances structurantes plutôt qu'à produire un instrument normatif.

Analyse statistique

Les analyses quantitatives sur le logiciel R Studio, comprenaient :

- Statistiques descriptives
- Analyses comparatives entre groupes
- Modèles de régression logistique binaire.

Les analyses ont été réalisées à l'aide de modèles de régression logistique, permettant d'identifier les facteurs associés à certaines pratiques de la pratique avancée, notamment la primo-prescription et l'accès direct.

Les résultats sont exprimés sous forme d'odds ratios ajustés (OR) avec intervalles de confiance à 95 %, ce qui permet d'estimer la force de l'association entre un facteur (par exemple la formation spécifique, l'ancienneté ou le type de structure d'exercice) et la probabilité de réaliser ces pratiques. Un OR supérieur à 1 indique que le facteur est associé à une probabilité plus élevée de réaliser la pratique étudiée, tandis qu'un OR inférieur à 1 indique une probabilité plus faible.

La performance des modèles a également été évaluée à l'aide de courbes ROC et de l'aire sous la courbe (AUC), indicateurs statistiques permettant de mesurer la capacité du modèle à distinguer correctement les situations où la pratique est réalisée de celles où elle ne l'est pas.

Analyse qualitative

Une analyse qualitative exploratoire a été conduite dans un second temps, afin de compléter les résultats quantitatifs et d'explorer les représentations professionnelles associées à l'autonomie clinique et à la primo-prescription.

Le corpus qualitatif est constitué des contributions écrites de six groupes d'experts représentant l'ensemble des mentions de pratique avancée, complétées par les réponses ouvertes issues de l'enquête nationale. Après anonymisation, les données ont été importées dans le logiciel NVivo, permettant d'assurer la traçabilité du codage, la structuration hiérarchique des catégories et la réalisation d'analyses croisées.

Deux sources de données qualitatives ont été mobilisées :

1. Les réponses ouvertes du questionnaire national CAPA
2. Les synthèses issues de groupes experts IPA réunissant différentes mentions de pratique avancée. Annexe 1

L'ensemble du corpus textuel a été analysé selon une approche thématique inductive et déductive.

L'analyse s'est déroulée en deux étapes complémentaires. Une première phase de codage ouvert a permis d'identifier les unités de sens relatives à l'évolution du raisonnement clinique, aux dynamiques interprofessionnelles, à la conduite diagnostique et thérapeutique ainsi qu'aux freins et leviers organisationnels. Cette phase inductive visait à laisser émerger les catégories à partir des données, sans mobilisation initiale explicite d'un cadre interprétatif contraignant.

Dans un second temps, l'arborescence de codage a été structurée à partir des cadres conceptuels mobilisés dans l'étude : le modèle développemental de Benner, la théorie des transactions interprofessionnelles de King et le modèle intégratif de pratique avancée d'Hamric. Cette phase abductive a consisté en un aller-retour constant entre données empiriques et référentiels théoriques, permettant de réorganiser les catégories émergentes autour de dimensions développementales, relationnelles et organisationnelles du rôle IPA.

Le codage autorisait la multi-attribution des extraits, reflétant la complexité des situations analysées. Des requêtes matricielles (matrix coding queries) ont été réalisées afin d'explorer les interactions entre maturation clinique, reconnaissance interprofessionnelle, contextes d'exercice et expression de l'autonomie décisionnelle, notamment dans les situations de primo-prescription.

L'analyse qualitative ainsi conduite relève d'une logique abductive théoriquement informée. Elle ne vise pas la quantification des occurrences mais l'identification de configurations interprétatives permettant de comprendre la primo-prescription comme l'expression d'un continuum reliant maturation du raisonnement clinique, dynamique organisationnelle et responsabilité populationnelle.

3. Résultats quantitatifs

3.1 Population étudiée

Le questionnaire a été diffusé à l'échelle nationale auprès des infirmiers en pratique avancée exerçant en France. Au total, 594 questionnaires complets ont été recueillis et inclus dans l'analyse. Le flux des participants est présenté dans la figure ci-dessous.

Diagramme Méthodologique STROBE
de l'Étude CAPA



3.2 Résultats descriptifs : (Annexe 3)

L'échantillon comprend 594 infirmiers en pratique avancée exerçant en France. Les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des participants sont présentées dans le tableau 1.

Variable	N = 594 ¹
votre_age	44.0 (7.1)
Unknown	14
sexe	
Femme	461 (78%)
Homme	128 (22%)
Ne réponds pas	1 (0.2%)
Unknown	4
mention_d_exercice	
néphrologie, dialyse et transplantation rénale (NDT)	36 (6.1%)
oncologie et hémato-oncologie (OHO)	75 (13%)
pathologies chroniques stabilisées, prévention et polypathologies courantes (PCS PPC)	224 (38%)
pathologies chroniques stabilisées, prévention et polypathologies courantes (PCS PPC), néphrologie, dialyse et transplantation rénale (NDT)	1 (0.2%)
pathologies chroniques stabilisées, prévention et polypathologies courantes (PCS PPC), oncologie et hémato-oncologie (OHO)	1 (0.2%)
pathologies chroniques stabilisées, prévention et polypathologies courantes (PCS PPC), psychiatrie et santé mentale (PSM)	3 (0.5%)
pathologies chroniques stabilisées, prévention et polypathologies courantes (PCS PPC), urgences	1 (0.2%)
psychiatrie et santé mentale (PSM)	224 (38%)
urgences	28 (4.7%)

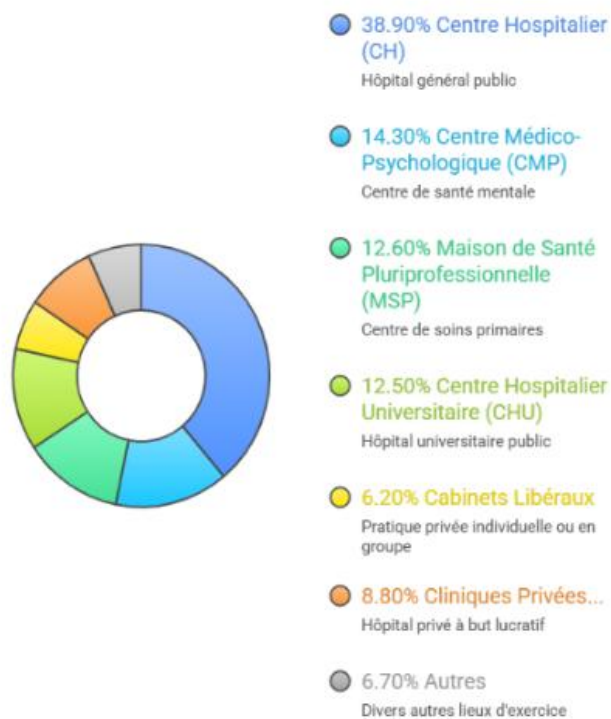
lieu_regroupe	
Autre	95 (16%)
Cabinet	53 (8.9%)
CH	277 (47%)
CMP	111 (19%)
Medico_social	2 (0.3%)
MSP	56 (9.4%)

[†] Mean (SD); n (%)

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des infirmiers en pratique avancée ayant participé à l'étude CAPA (n = 594).

Environnements d'exercice et domaines cliniques variés des IPA :

Répartition des Lieux d'Exercice Principaux des IPA



Made with Napkin

Mise en œuvre de l'accès direct :

Lieu d'exercice normalisé	Nombre de répondants	Moyenne de consultations en accès direct/semaine	Observations
EHPAD	8	≈ 7,9	Les IPA en EHPAD pratiquent l'accès direct de manière régulière (jusqu'à 25 consultations/semaine), mais ils sont peu nombreux.
Structures "autres"	43	≈ 4,2	Groupe hétérogène comprenant des associations, HDJ ou EMS ; quelques extrêmes à 80 consultations.
MSP (maisons de santé pluriprofessionnelles)	64	≈ 4,2	Les IPA en MSP sont parmi ceux qui pratiquent le plus l'accès direct, mais 40 % déclarent quand même "0".
Centres hospitaliers (CH)	175	≈ 3,8	La moitié déclarent "0", mais certains services hospitaliers intègrent le primo accès (jusqu'à 50).
CHU	62	≈ 2,8	L'activité en accès direct reste modérée et hétérogène.
CMP (centres médico-psychologiques)	70	≈ 2,5	Les IPA psychiatres déclarent en moyenne 1 consultation directe/semaine ; 37 % déclarent "0".
Cabinets libéraux	30	≈ 2,5	Dans le libéral, l'accès direct est encore à ses débuts.
CSAPA	6	≈ 1,8	Les centres d'addictologie ont peu de primo prescriptions en accès direct.
Cliniques	15	≈ 1,3	Les IPA en clinique ont peu d'accès direct.
HAD	1	0	Cas isolé.

Observations par département

Répartition de l'accès direct par région et lieu d'exercice



L'accès direct est inégalement réparti, avec des variations significatives entre les régions et les types de lieux d'exercice.

Made with Napkin

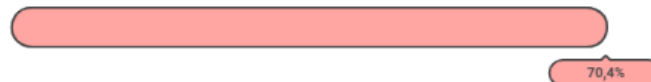
Connaissance des textes et formation

Étude CAPA : Connaissance, Formation et Primo-prescription

Compréhension du cadre réglementaire



Formation spécifique sur le décret et l'arrêté



Formation spécifique en e-learning



Formation spécifique en présentiel



Primo-prescriptions réalisées en autonomie



Primo-prescriptions non réalisées en autonomie



3.3 Distribution du score d'autonomie clinique CAPA

L'analyse nationale met en évidence un score moyen d'autonomie clinique de 0,52 ($\pm 0,15$) sur une échelle standardisée de 0 à 1.

La distribution du score révèle une forte hétérogénéité organisationnelle entre les contextes d'exercice.

Indicateur	Valeur
Nombre de participants	594
Score moyen	0.52
Écart-type	0.15
Médiane	0.51
Minimum	0
Maximum	1

Le score d'autonomie clinique CAPA, normalisé entre 0 et 1, présente une distribution globalement centrée autour de 0,5, traduisant un niveau intermédiaire d'autonomie clinique dans l'échantillon étudié. La distribution apparaît relativement symétrique, avec une dispersion modérée des valeurs (figure ci-dessous).

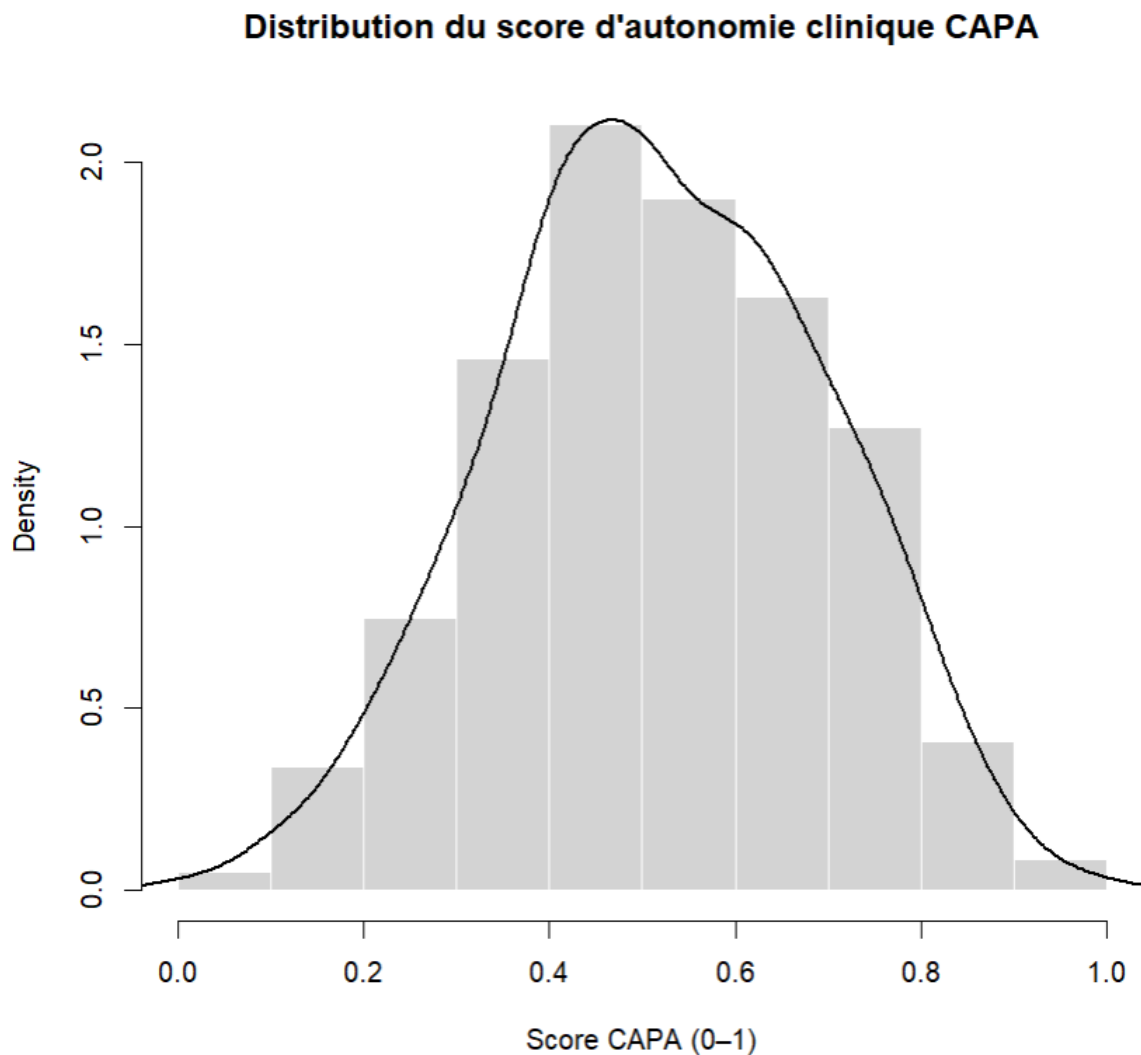


Figure 1. Distribution du score d'autonomie clinique CAPA chez les infirmiers en pratique avancée (n = 594). Le score est normalisé entre 0 et 1 et synthétise huit dimensions du modèle CAPA.

3.4 Analyse multivariée : Facteurs associés

Les analyses de régression logistique identifient la formation spécifique comme facteur significativement associé à la réalisation de primo-prescriptions ($p = 0.023$) et à l'existence d'un accès direct ($p = 0.042$). L'exercice en centre médico-psychologique est également associé à l'accès direct ($p = 0.030$). Les autres contextes d'exercice ne présentent pas d'association statistiquement significative.

Variable	Outcome	OR	IC95	p-value	Interprétation
Formation spécifique	Primo-prescription	2.28	[1.16 – 4.92]	0.023	Significatif
Cabinet libéral	Primo-prescription	1.32	[0.40 – 5.12]	0.660	Non significatif
Centre hospitalier	Primo-prescription	0.92	[0.41 – 1.95]	0.842	Non significatif
CMP	Primo-prescription	0.96	[0.38 – 2.39]	0.932	Non significatif
Médico-social	Primo-prescription	406762	[0 – NA]	0.983	Modèle instable
MSP	Primo-prescription	1.40	[0.46 – 4.79]	0.561	Non significatif
Formation spécifique	Accès direct	1.54	[1.02 – 2.34]	0.042	Significatif
Cabinet libéral	Accès direct	0.80	[0.36 – 1.75]	0.578	Non significatif
Centre hospitalier	Accès direct	0.95	[0.55 – 1.64]	0.847	Non significatif
CMP	Accès direct	2.02	[1.08 – 3.85]	0.030	Significatif
Médico-social	Accès direct	0	[NA – très grand]	0.982	Modèle instable
MSP	Accès direct	1.99	[0.96 – 4.19]	0.067	Tendance

OR > 1 : le facteur augmente la probabilité de la pratique

OR < 1 : le facteur diminue la probabilité

Intervalle de confiance : précision de l'estimation

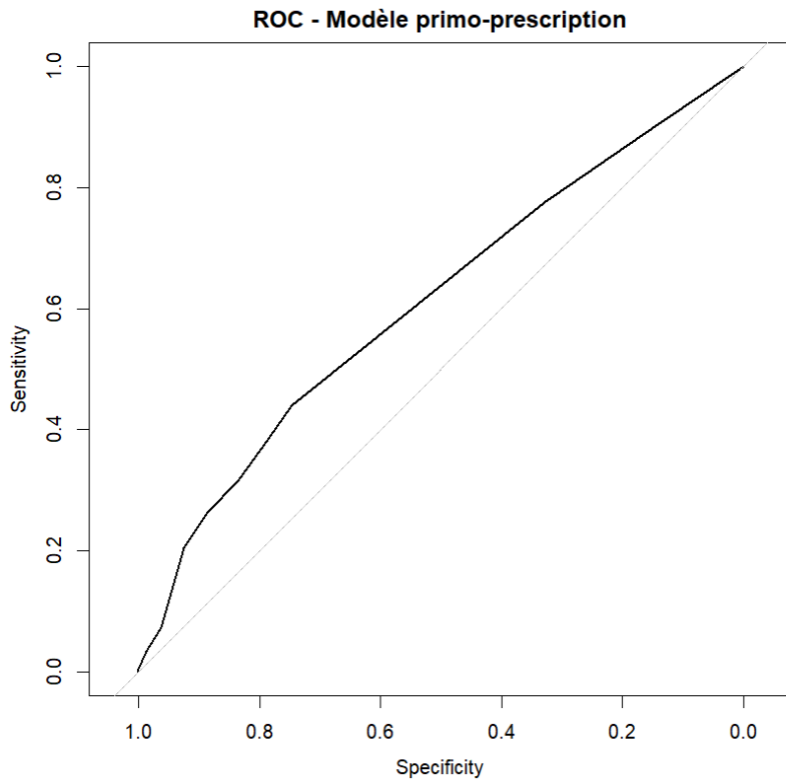
Tableau de synthèse :

Facteur	Out come	OR	IC95	p
Formation spécifique	Primo-prescription	2.28	1.16– 4.92	0.023
Formation spécifique	Accès direct	1.54	1.02– 2.34	0.042
CMP	Accès direct	2.02	1.08– 3.85	0.030

3.5 Performance des modèles prédictifs

La performance discriminante du modèle de régression logistique visant à identifier les facteurs associés à la réalisation de primo-prescriptions a été évaluée à l'aide d'une courbe ROC. L'aire sous la courbe (AUC) est de 0,60, indiquant une capacité discriminante modérée du modèle.

Figure 2. Courbe ROC du modèle de régression logistique prédictif de la réalisation de primo-prescriptions chez les infirmiers en pratique avancée. L'aire sous la courbe (AUC = 0,60) indique une capacité discriminante modérée du modèle

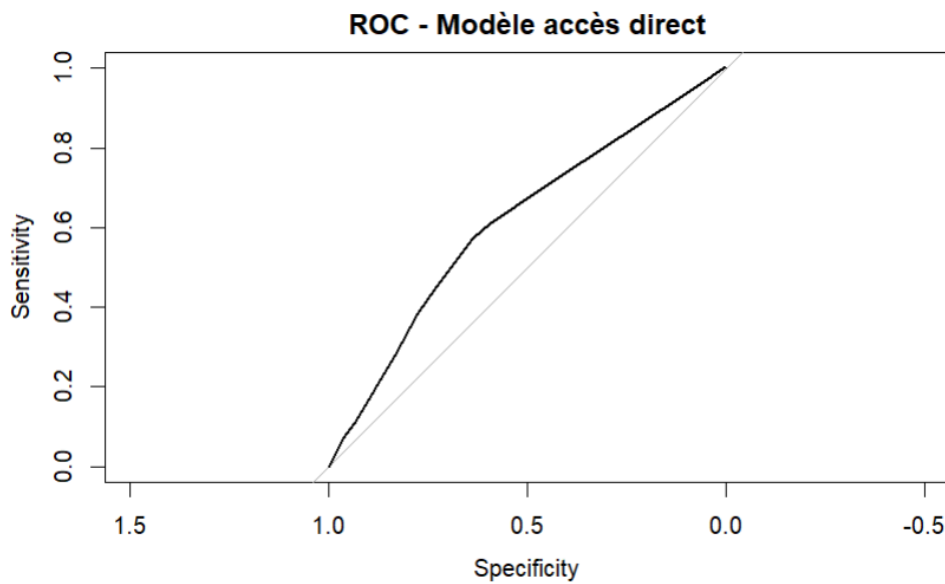


La performance discriminante du modèle de régression logistique visant à prédire l'existence d'un accès direct a été évaluée à l'aide d'une courbe ROC. L'aire sous la courbe (AUC) est de 0,61, indiquant une capacité discriminante modérée du modèle.

Figure 3. Courbe ROC du modèle de régression logistique prédictif de l'accès direct chez les infirmiers en pratique avancée. L'aire sous la courbe (AUC) est de 0,61, indiquant une capacité

discriminante

modérée.



La capacité discriminante modérée des modèles ($AUC \approx 0,60$) suggère que l'expression effective de la primo-prescription dépend de multiples facteurs organisationnels et contextuels qui ne sont que partiellement captés par les variables analysées. Ces résultats confirment le caractère systémique et organisationnel du déploiement de la pratique avancée.

Modèle	AUC
Primo-prescription	0.60
Accès direct	0.61

3.6 Analyse intégrée des déterminants de l'autonomie clinique

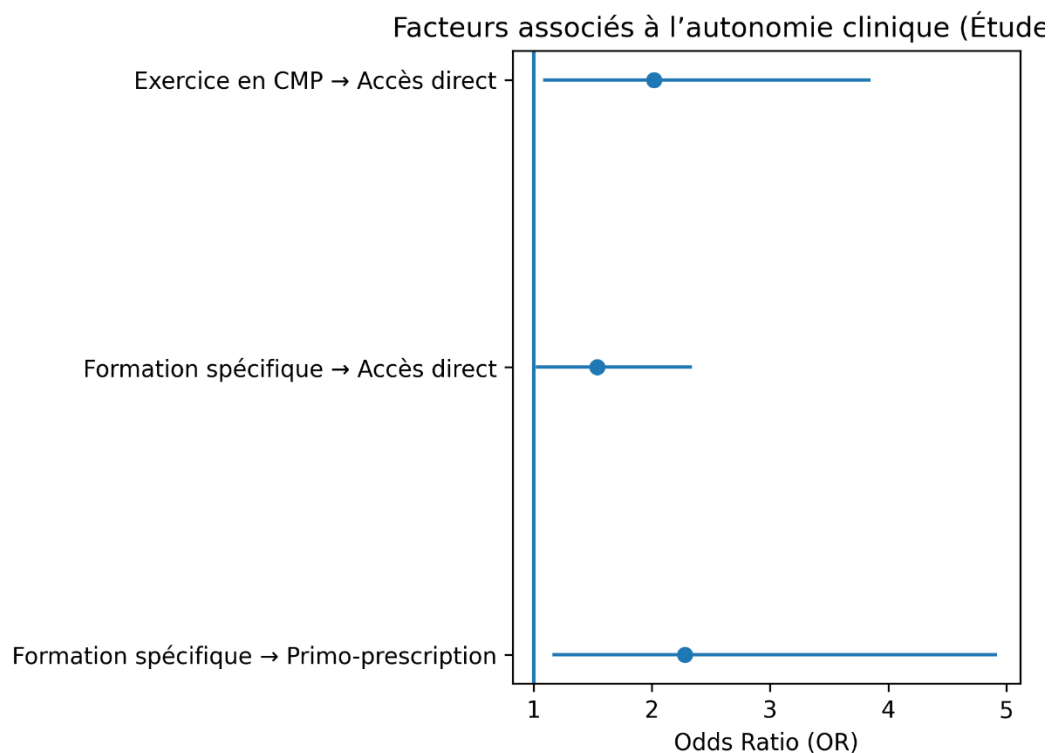
Influence de la formation spécifique

Les analyses de régression logistique montrent que la participation à une formation spécifique est significativement associée à certaines dimensions opérationnelles de l'autonomie clinique, en particulier la réalisation de primo-prescriptions et la mise en œuvre de l'accès direct.

Dans le modèle ajusté portant sur la primo-prescription, la formation spécifique apparaît associée à une probabilité significativement plus élevée de réalisation de cette pratique (OR = 2,28 ; IC95 % [1,16–4,92] ; p = 0,023). Autrement dit, les infirmiers en pratique avancée ayant bénéficié d'une formation spécifique présentent plus de deux fois plus de chances de réaliser des primo-prescriptions que ceux n'ayant pas suivi ce type de formation.

De manière similaire, la formation spécifique est également associée à une probabilité plus élevée de mise en œuvre de l'accès direct (OR = 1,54 ; IC95 % [1,02–2,34] ; p = 0,042). Ces résultats suggèrent que le développement de compétences spécifiques constitue un levier important de structuration de l'autonomie clinique dans la pratique avancée.

Figure 4 – Facteurs associés à la mise en œuvre de la primo-prescription et de l'accès direct chez les IPA



Variations territoriales

Des variations territoriales sont observées dans les niveaux d'autonomie clinique mesurés par le score CAPA. Certaines régions présentent des scores moyens plus élevés, traduisant une intégration plus avancée des infirmiers en pratique avancée dans les organisations de soins.

Ces différences territoriales peuvent refléter des facteurs organisationnels et institutionnels tels que :

- Le degré de structuration des équipes pluriprofessionnelles,
- L'existence de protocoles organisationnels favorisant l'accès direct,
- Ou encore la maturité des dispositifs de coordination territoriale.

Ces résultats suggèrent que le contexte organisationnel et territorial constitue un déterminant important de l'expression effective de l'autonomie clinique.

Influence du type de structure d'exercice

L'analyse des modèles logistiques indique que le type de structure d'exercice n'apparaît pas associé de manière significative à la réalisation de la primo-prescription dans les modèles ajustés, ce qui suggère que cette pratique peut se développer dans des environnements organisationnels variés lorsque les conditions de formation et de reconnaissance professionnelle sont réunies.

En revanche, certaines configurations organisationnelles semblent plus favorables à l'expression de certaines dimensions de l'autonomie clinique. En particulier, l'exercice en centre médico-psychologique (CMP) apparaît associé à une probabilité plus élevée de mise en œuvre de l'accès direct (OR = 2,02 ; IC95 % [1,08–3,85] ; p = 0,030). Ces résultats peuvent refléter des modèles organisationnels historiquement structurés autour d'une accessibilité directe aux professionnels de santé mentale, favorisant l'intégration des IPA dans les parcours de soins.

Progression avec l'expérience professionnelle

Une progression progressive du score d'autonomie clinique est observée avec l'ancienneté professionnelle. Les IPA disposant d'une expérience plus importante présentent des niveaux d'autonomie clinique plus élevés que les professionnels plus récemment diplômés.

- Cette évolution peut s'expliquer par plusieurs mécanismes :
- Le développement progressif de l'expertise clinique,
- L'appropriation des cadres réglementaires de la pratique avancée,
- La consolidation des relations interprofessionnelles au sein des équipes de soins.

Ces résultats s'inscrivent dans la littérature internationale sur le développement de l'expertise infirmière, qui décrit l'autonomie clinique comme un processus évolutif reposant sur l'expérience, la formation et l'intégration organisationnelle des professionnels.

4. Résultats Analyse qualitative

L'analyse qualitative a permis d'identifier plusieurs dimensions structurantes de l'autonomie clinique des infirmiers en pratique avancée.

Cinq catégories principales émergent du codage thématique :

1. Raisonnement clinique avancé
2. Dynamiques interprofessionnelles
3. Contraintes réglementaires et organisationnelles
4. Maturité du rôle IPA
5. Enjeux du système de santé.

Le diagramme de codage NVivo synthétisant ces catégories est présenté en annexe 2.

4.1 Raisonnement clinique avancé

Les verbatims mettent en évidence l'existence d'un raisonnement clinique structuré déjà mobilisé dans la pratique quotidienne des IPA.

Les situations décrites par les participants illustrent des processus décisionnels complexes incluant :

- L'évaluation clinique experte
- La stratification des risques
- L'identification des comorbidités
- L'ajustement thérapeutique selon les recommandations.

Les participants décrivent également l'utilisation de prescriptions médicamenteuses, biologiques et d'imagerie dans le cadre de parcours de soins complexes, notamment dans des situations de polyopathologies ou de maladies chroniques.

Ces éléments suggèrent que la primo-prescription constitue, pour les professionnels interrogés, la formalisation réglementaire d'une pratique clinique déjà structurée autour d'un raisonnement clinique avancé.

4.2 Dynamiques interprofessionnelles

Les dynamiques interprofessionnelles apparaissent comme un facteur déterminant dans l'expression de l'autonomie clinique.

Les verbatims décrivent des organisations de soins dans lesquelles :

- L'IPA identifie les indications thérapeutiques
- La validation médicale reste parfois nécessaire pour initier certaines actions.

Dans plusieurs situations, les participants décrivent une dépendance persistante à la validation médicale, susceptible de ralentir la mise en œuvre des décisions thérapeutiques.

Les professionnels évoquent également des disparités organisationnelles entre services et territoires dans la manière dont les responsabilités sont partagées entre médecins et IPA.

4.3 Contraintes réglementaires et organisationnelles

Les contraintes réglementaires apparaissent comme l'un des principaux freins identifiés.

Les participants soulignent notamment :

- La complexité des évolutions réglementaires
- La dépendance au diagnostic médical préalable
- L'incohérence perçue entre responsabilité clinique et pouvoir d'action.

Plusieurs verbatims décrivent des situations dans lesquelles l'impossibilité d'initier certaines décisions thérapeutiques entraîne :

- Des retards de prise en charge
- Des consultations redondantes
- Une fragmentation du parcours de soins.

4.4 Maturité du rôle de pratique avancée

Les résultats mettent également en évidence un processus progressif de maturation du rôle de pratique avancée.

Les participants décrivent une évolution du rôle IPA caractérisée par :

- Le développement du leadership clinique
- L'intégration croissante de l'Evidence-Based Practice
- La responsabilité populationnelle dans l'organisation des soins.

Les participants soulignent également l'absence de référentiels prescriptifs standardisés, ce qui conduit à des variations locales dans l'organisation des pratiques.

4.5 Enjeux systémiques

Enfin, les données qualitatives suggèrent que le développement de l'autonomie clinique des IPA s'inscrit dans un contexte plus large de transformation du système de santé.

Les participants évoquent notamment :

- Les tensions démographiques médicales
- Les besoins croissants en soins primaires
- La nécessité de nouvelles formes de coopération interprofessionnelle.

Ces éléments suggèrent que l'évolution du rôle IPA constitue également une réponse organisationnelle aux transformations du système de santé.

5. Discussion

L'analyse globale des résultats de l'étude CAPA révèle un élément structurant : au-delà de la diversité apparente des mentions de pratique avancée, les dynamiques observées convergent vers un modèle professionnel commun, articulé autour d'un raisonnement clinique autonome, d'une responsabilité décisionnelle progressive et d'une inscription organisationnelle systémique.

Cette convergence ne procède pas d'une homogénéisation artificielle des pratiques, mais de l'identification, à travers les données quantitatives et qualitatives, de régularités transversales qui traversent l'ensemble des champs d'exercice étudiés. L'étude met ainsi en lumière une cohérence profonde du rôle IPA, indépendamment des spécificités pathologiques ou sectorielles.

- Une convergence scientifique : le raisonnement clinique comme invariant transversal

L'examen comparé des contributions issues des différentes mentions — pathologies chroniques stabilisées, psychiatrie et santé mentale, oncologie, néphrologie, urgences — met en évidence un invariant méthodologique : la structuration du raisonnement clinique avancé.

Si les contenus cliniques diffèrent, les processus décisionnels décrits par les professionnels présentent une architecture commune :

- Recueil et interprétation intégrative des données cliniques ;
- Mobilisation explicite des recommandations scientifiques ;
- Stratification du risque et analyse bénéfique/risque ;
- Anticipation des trajectoires évolutives ;

- Planification du suivi et ajustement thérapeutique.

Ce constat revêt une portée épistémologique significative. Il suggère que la compétence avancée ne peut être réduite à un ensemble d'actes spécifiques à une mention donnée, mais qu'elle repose sur une capacité transversale d'analyse, d'intégration et de décision en contexte complexe.

La primo-prescription, telle qu'elle apparaît dans les données de l'étude CAPA, ne constitue pas une rupture dans le processus clinique, mais son prolongement formalisé. Elle intervient à l'issue d'un raisonnement déjà structuré, validé par l'expérience et étayé par les données probantes. L'acte prescriptif apparaît ainsi comme la traduction réglementaire d'une décision antérieurement construite sur le plan clinique.

Cette convergence scientifique renforce l'idée que la pratique avancée française repose déjà sur un socle conceptuel aligné avec les modèles internationaux fondés sur la compétence et la responsabilité professionnelle.

➤ **Une convergence clinique : la logique populationnelle comme horizon commun**

Au-delà du processus décisionnel, les différentes mentions partagent une finalité clinique convergente : sécuriser les trajectoires, prévenir les complications et réduire l'inertie thérapeutique.

Les contextes d'intervention décrits dans CAPA — maladies chroniques évolutives, oncologie, troubles psychiatriques, insuffisances organiques, situations d'urgence — présentent des caractéristiques communes :

- Complexité décisionnelle ;
- Nécessité d'ajustements thérapeutiques répétés ;
- Risque de rupture de parcours ;
- Impact populationnel significatif en cas de retard décisionnel.

Dans ces environnements, l'IPA intervient comme régulateur clinique, assurant la continuité des décisions et la cohérence des prises en charge. L'analyse qualitative met en évidence que la responsabilité exercée dépasse la seule gestion d'un épisode

de soin : elle s'inscrit dans une temporalité longue, intégrant prévention secondaire et tertiaire, coordination et anticipation.

Ainsi, malgré la diversité des champs d'exercice, la pratique avancée se déploie selon une logique populationnelle transversale. Elle vise à optimiser la trajectoire globale du patient au sein du système, plutôt qu'à intervenir ponctuellement sur un acte isolé.

Cette convergence clinique conforte l'hypothèse selon laquelle l'évolution réglementaire ne devrait pas être envisagée à partir de listes sectorielles différenciées, mais à partir d'une reconnaissance commune d'un modèle d'intervention populationnelle.

➤ **Une convergence organisationnelle : l'autonomie comme phénomène systémique**

L'un des apports les plus significatifs de l'étude CAPA réside dans la mise en évidence du caractère systémique de l'autonomie clinique.

Les analyses quantitatives montrent des variations territoriales et structurelles dans les niveaux d'autonomie observés. Toutefois, l'analyse qualitative permet d'en préciser la nature : ces écarts ne reflètent pas des différences intrinsèques de compétence entre mentions, mais des environnements organisationnels plus ou moins favorables à l'expression de cette compétence.

L'autonomie apparaît ainsi comme le produit d'une co-construction :

- Reconnaissance interprofessionnelle des compétences ;
- Clarté des responsabilités ;
- Organisation des soins avec identification et respect des missions
- Culture institutionnelle de coopération.

Dans les structures où les transactions interprofessionnelles sont fluides et explicites, l'autonomie clinique se déploie de manière plus complète. À l'inverse, lorsque la validation médicale demeure systématique ou lorsque les droits prescriptifs sont fragmentés, l'expression de l'autonomie se trouve entravée, indépendamment du niveau de formation ou d'expérience.

Cette convergence organisationnelle confirme que la pratique avancée ne peut être analysée exclusivement à l'échelle individuelle. Elle s'inscrit dans un système relationnel et institutionnel qui conditionne son effectivité.

➤ Vers un modèle transversal intégré de pratique avancée

L'analyse globale permet de formaliser un continuum transversal commun aux différentes mentions :

Pratique avancée

- Compétence clinique intégrée
- Conduite diagnostique et thérapeutique autonome
- Coordination interprofessionnelle
- Responsabilité populationnelle
- Formalisation prescriptive

Ce continuum met en évidence que la primo-prescription constitue l'expression organisationnelle d'une maturité professionnelle déjà engagée.

Les divergences observées entre mentions relèvent principalement :

- Du degré d'implémentation organisationnelle ;
- Des cultures institutionnelles locales ;
- Des modalités d'intégration territoriale.

En revanche, les fondements scientifiques et cliniques apparaissent remarquablement homogènes.

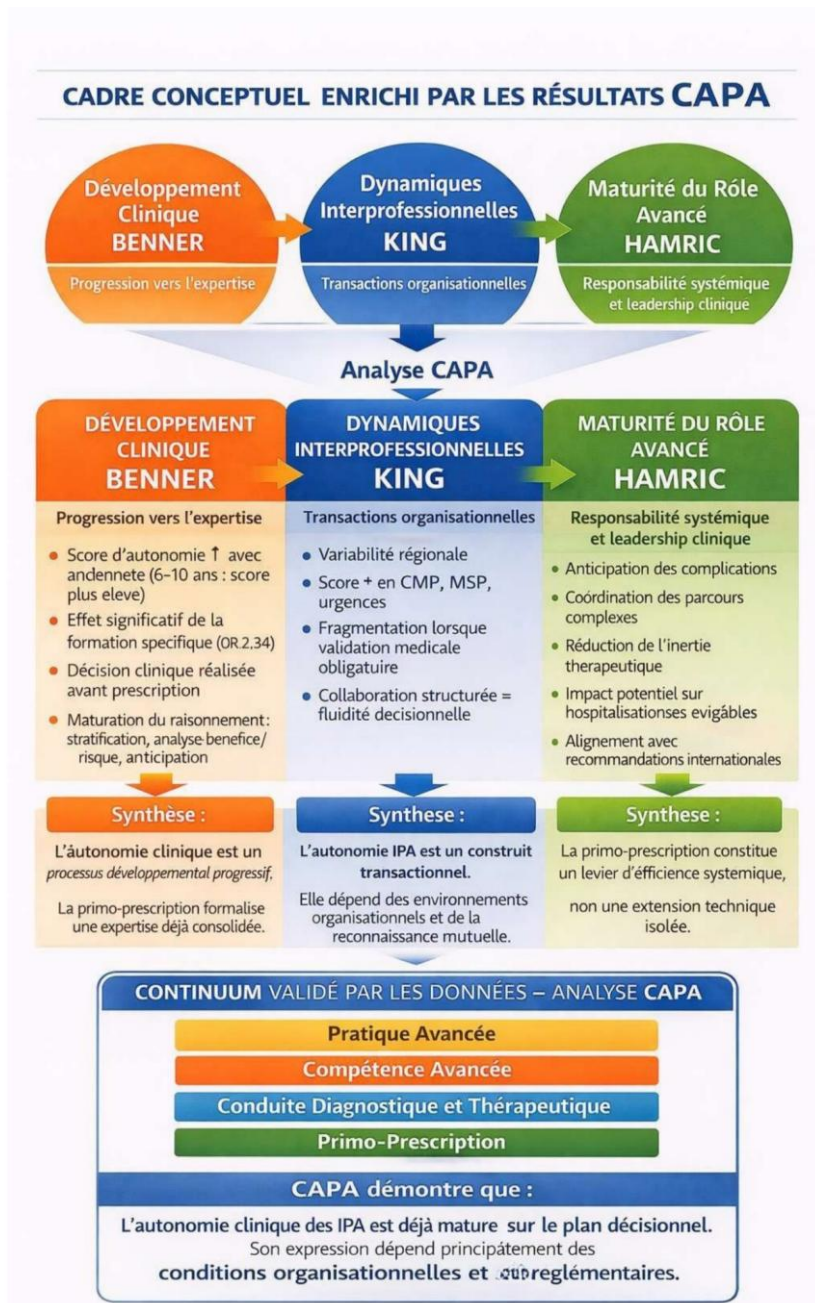
➤ Portée conceptuelle et systémique

Les convergences identifiées par l'étude CAPA dépassent une simple observation descriptive. Elles suggèrent que la pratique avancée infirmière en France a atteint un stade de cohérence conceptuelle et professionnelle suffisant pour être envisagée comme un modèle transversal intégré.

L'enjeu principal ne semble pas résider dans le développement d'une compétence supplémentaire, mais dans l'ajustement du cadre réglementaire afin de permettre l'expression complète d'un raisonnement clinique déjà opérationnel.

Ainsi, l'étude CAPA met en lumière une tension structurante : la maturité professionnelle apparaît plus avancée que sa formalisation normative.

Cette dissociation entre compétence et reconnaissance réglementaire constitue l'un des enseignements centraux du rapport et ouvre la voie à une réflexion systémique sur l'évolution du cadre national des pratiques avancées.



➤ **Forces et limites**

L'étude présente plusieurs forces méthodologiques.

Tout d'abord, elle repose sur un échantillon national important et diversifié, couvrant l'ensemble des mentions de pratique avancée et différents contextes d'exercice professionnels. Cette diversité permet de documenter les dynamiques d'autonomie clinique dans une grande variété de situations organisationnelles et territoriales.

Ensuite, l'approche méthodologique combine analyses quantitatives et qualitatives, permettant d'articuler l'analyse statistique du score d'autonomie clinique avec l'exploration des représentations professionnelles et des dynamiques organisationnelles associées à la pratique avancée. Cette approche mixte offre une compréhension plus complète des facteurs influençant l'expression de l'autonomie clinique.

Cependant, plusieurs limites doivent être prises en compte dans l'interprétation des résultats.

Premièrement, le recrutement des participants repose sur une participation volontaire, ce qui peut introduire un biais de sélection. Les professionnels les plus engagés dans le développement de la pratique avancée peuvent être surreprésentés dans l'échantillon.

Deuxièmement, les données recueillies reposent en partie sur des déclarations des participants, ce qui peut exposer les résultats à un biais de désirabilité sociale ou à des différences d'interprétation des situations cliniques rapportées.

Troisièmement, le score CAPA d'autonomie clinique constitue un indicateur exploratoire qui n'a pas fait l'objet d'une validation psychométrique complète. Ce score doit donc être interprété comme un outil descriptif destiné à explorer les dynamiques d'autonomie clinique plutôt que comme une mesure standardisée validée.

Malgré ces limites, l'étude CAPA constitue l'une des premières analyses empiriques nationales consacrées à l'autonomie clinique des infirmiers en pratique avancée en France et apporte des éléments originaux pour comprendre les conditions de développement de la pratique avancée dans le système de santé français.

Fondations de l'Autonomie Clinique



Autonomie Structurée

L'autonomie clinique IPA est déjà partiellement structurée, offrant une base solide pour le développement.



Formation Spécifique

La formation spécifique est un déterminant majeur, améliorant les compétences et les connaissances.



Dynamiques Organisationnelles

Les dynamiques organisationnelles conditionnent l'expression de l'autonomie, nécessitant un soutien et une collaboration.



Primo-Prescription

La primo-prescription formalise un raisonnement clinique déjà existant, renforçant la confiance et la responsabilité.

6.Conclusion

L'étude nationale CAPA apporte un éclairage empirique structuré sur l'état actuel de l'autonomie clinique des infirmiers en pratique avancée en France. En articulant une analyse quantitative nationale à une exploration qualitative théoriquement informée, elle propose une lecture intégrée des dynamiques professionnelles, organisationnelles et réglementaires qui traversent la pratique avancée.

Plusieurs enseignements majeurs émergent :

En premier lieu, l'autonomie clinique apparaît comme un continuum déjà substantiellement engagé dans les pratiques. Le score national moyen (0,52) traduit une structuration intermédiaire et hétérogène de l'autonomie clinique, confirmant une phase de consolidation organisationnelle plutôt qu'un stade pleinement stabilisé. L'autonomie ne se réduit pas à la réalisation d'actes autorisés ; elle se manifeste dans la structuration du raisonnement clinique, la capacité d'intégration des données probantes et l'anticipation des trajectoires de soins.

En second lieu, l'analyse met en évidence une convergence remarquable entre les différentes mentions de pratique avancée. Malgré la diversité des champs pathologiques et organisationnels, les IPA mobilisent un processus décisionnel homogène, fondé sur l'évaluation globale, la stratification du risque et l'adaptation thérapeutique contextualisée. La primo-prescription apparaît dès lors comme l'expression formalisée d'un raisonnement déjà structuré, et non comme l'acquisition d'une compétence exogène.

En troisième lieu, l'étude révèle le caractère systémique de l'autonomie clinique. Les variations observées ne relèvent pas principalement de différences individuelles de compétence, mais de configurations organisationnelles différenciées. L'autonomie s'exerce dans un environnement relationnel et institutionnel donné : elle dépend de la qualité des transactions interprofessionnelles, de la reconnaissance mutuelle des compétences et de la structuration des responsabilités. Cette dimension systémique invite à dépasser une lecture strictement réglementaire pour intégrer les déterminants organisationnels du rôle.

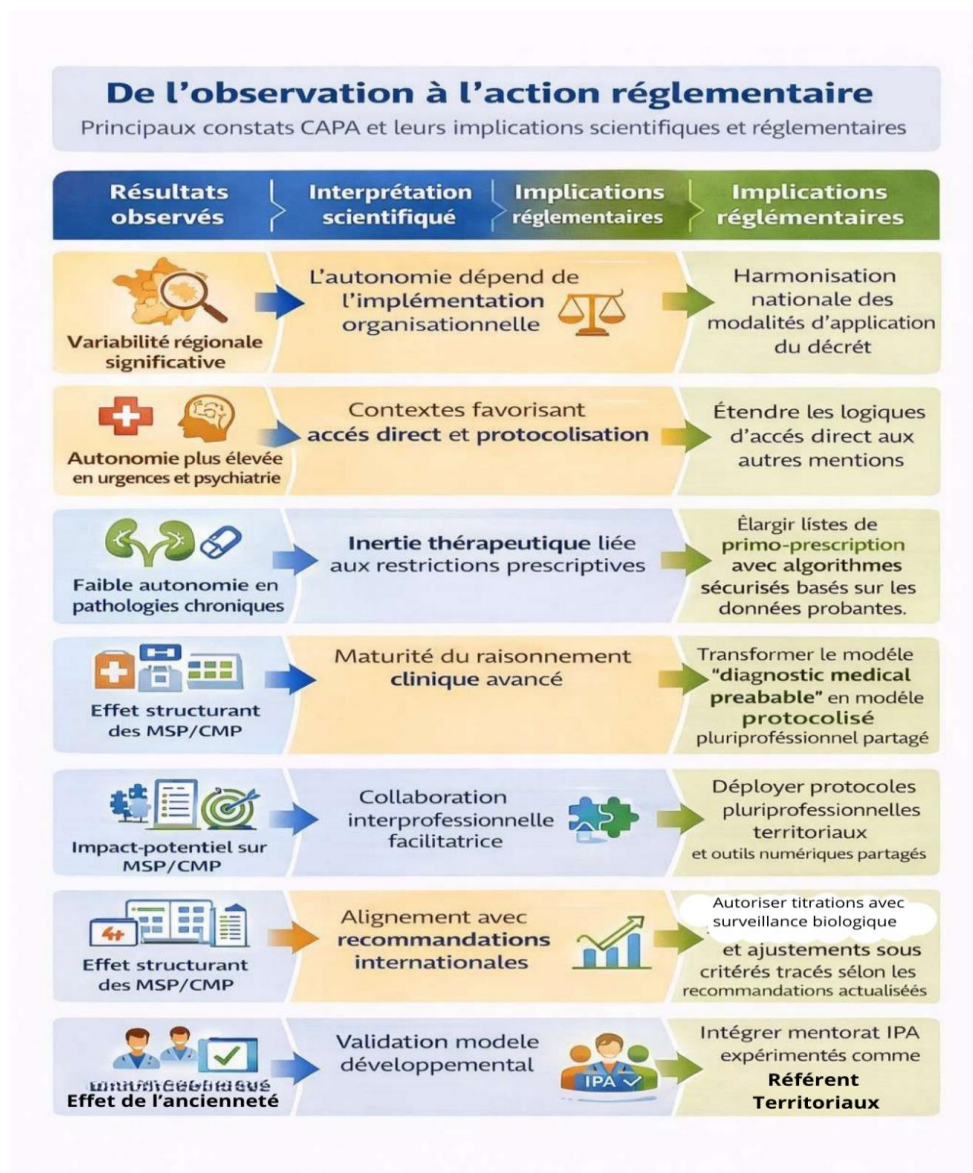
L'articulation des modèles théoriques mobilisés, progression vers l'expertise, transactions interprofessionnelles et maturité du rôle avancé, permet d'interpréter ces résultats comme les manifestations d'un continuum développemental. La pratique avancée s'inscrit dans une dynamique évolutive reliant compétence clinique intégrée, responsabilité décisionnelle et contribution populationnelle.

L'un des constats centraux de l'étude CAPA réside ainsi dans le décalage entre la maturité professionnelle observée et la formalisation normative de son expression. Les données suggèrent que la compétence clinique avancée est déjà largement alignée avec les standards internationaux fondés sur la responsabilité professionnelle. La question qui demeure est celle de son inscription cohérente dans un cadre réglementaire adapté.

Il convient toutefois d'interpréter ces résultats à la lumière des limites méthodologiques identifiées : design transversal, données déclaratives, participation volontaire et caractère exploratoire de l'indicateur synthétique d'autonomie. Ces éléments n'invalident pas les tendances observées, mais invitent à considérer l'étude CAPA comme une étape structurante dans un processus de recherche plus large.

En définitive, l'étude CAPA ne se limite pas à documenter l'évolution d'une profession ; elle interroge les conditions d'adaptation du système de santé aux défis contemporains. Elle met en évidence que la pratique avancée infirmière ne constitue pas une rupture organisationnelle, mais l'aboutissement d'une transformation progressive du raisonnement clinique et des responsabilités professionnelles infirmières.

L'enjeu n'est pas tant de savoir si l'autonomie clinique peut poursuivre son évolution, que de déterminer dans quelles conditions institutionnelles et réglementaires elle peut s'exprimer de manière sécurisée, équitable et efficiente au service des parcours de santé.



Bibliographie

Benner, P. (1984). *From novice to expert : Excellence and power in clinical nursing practice*. Addison-Wesley.

Courtenay, M., & Carey, N. (2008). Nurse independent prescribing and nurse supplementary prescribing practice : National survey. *Journal of Advanced Nursing*, 61(3), 291–299. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04498.x>

Fontaine, D., Hurst, K., & Lee, J. (2024). Advanced practice nursing and population health outcomes: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 80(2), 456–470. <https://doi.org/10.1111/jan.15832>

France. (2021). *Ordonnance n° 2021-961 du 19 juillet 2021 relative à la certification périodique de certains professionnels de santé*. Journal officiel de la République française. <https://www.legifrance.gouv.fr>

France. (2024). *Décret n° 2024-258 du 22 mars 2024 relatif à la certification périodique de certains professionnels de santé*. Journal officiel de la République française. <https://www.legifrance.gouv.fr>

France. (2025). *Décret n° 2025-55 du 20 janvier 2025 relatif aux conditions de l'accès direct et de prescriptions initiales des infirmiers en pratique avancée*. Journal officiel de la République française. <https://www.legifrance.gouv.fr>

France. (2025). *Loi n° 2025-581 du 27 juin 2025 relative à la profession d'infirmier*. Journal officiel de la République française. <https://www.legifrance.gouv.fr>

Gielen, S. C., Dekker, J., Francke, A. L., Mistiaen, P., & Kroezen, M. (2014). The effects of nurse prescribing: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 51(7), 1048–1061. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.12.003>

Guyatt, G. H., Oxman, A. D., Vist, G. E., Kunz, R., Falck-Ytter, Y., Alonso-Coello, P., & Schünemann, H. J. (2008). GRADE : An emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*, 336(7650), 924–926. <https://doi.org/10.1136/bmj.39489.470347.AD>

Hamric, A. B., Hanson, C. M., Tracy, M. F., & O'Grady, E. T. (2014). *Advanced practice nursing : An integrative approach* (5th ed.). Elsevier Saunders.

Htay, M., & Whitehead, D. (2021). The effectiveness of nurse practitioners in primary care : A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 30(9–10), 1280–1294. <https://doi.org/10.1111/jocn.15685>

Institute of Medicine. (2000). *To err is human: Building a safer health system*. National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/9728>

King, I. M. (1981). *A theory for nursing : Systems, concepts, process*. Wiley.

Kroezen, M., Francke, A. L., Groenewegen, P. P., & van Dijk, L. (2011). Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries : A systematic review of the literature. *BMC Health Services Research*, 11, 127. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-127>

Leonard, M., Graham, S., & Bonacum, D. (2004). The human factor : The critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Quality and Safety in Health Care*, 13(Suppl 1), i85–i90. <https://doi.org/10.1136/qshc.2004.010033>

Martínez-González, N. A., Tandjung, R., Djalali, S., Huber-Geismann, F., & Rosemann, T. (2015). Effects of physician-nurse substitution on clinical parameters: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 10(3), e0119235. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0119235>

McCrory, G., Patton, D., & McIlpatrick, S. (2018). The effectiveness of advanced nurse practitioners in managing chronic conditions : A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 85, 1–14. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.04.008>

Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2019). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice* (4th ed.). Wolters Kluwer.

Mosadeghrad, A. M. (2014). Factors influencing healthcare service quality. *International Journal of Health Policy and Management*, 3(2), 77–89. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2014.65>

Pinto, R., Carvalho, M., & Duarte, J. (2025). Educational strategies to enhance evidence-based practice competencies in nursing : A systematic review. *Nurse Education Today*, 138, 105456. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2024.105456>

Tanner, C. A. (2006). Thinking like a nurse : A research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education*, 45(6), 204–211. <https://doi.org/10.3928/01484834-20060601-04>

Woo, B. F. Y., Lee, J. X. Y., & Tam, W. W. S. (2017). The impact of advanced practice nursing on healthcare outcomes: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 71, 103–115. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.03.007>

World Health Organization. (2017). *Medication without harm: Global patient safety challenge on medication safety*. WHO Press.

Ylimäki, E., Kääriäinen, M., & Kyngäs, H. (2024). Evidence-based practice competence among advanced practice nurses : A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 80(5), 1823–1838. <https://doi.org/10.1111/jan.15902>

Annexe – Productions des groupes d’experts (Étude CAPA)

Groupe d’experts – Mention Psychiatrie / Santé mentale (PSM)

Référent(e)	Date de la production
Membres du groupe	Gwenola LEMEUR, Rémi TRESSE, Christelle COUCHOT, Simon ANGOT, Jérôme MORISSET, Virginie BARBIER, Julien-Laurent KOENIG, Alexandra FREDOUÉIL

Situations cliniques types nécessitant la primo-prescription / accès direct

Catégorie	Situations cliniques (exemples)	Actes / examens / traitements requis	Risques en cas d’absence d’autonomie / primo-prescription IPA
Courantes – réponse rapide	Crise anxieuse aiguë en ambulatoire (patient connu ou non) avec délai d’accès au psychiatre.	Proposition d’anxiolyse en primo-prescription après évaluation : buspirone ; benzodiazépines (alprazolam/oxazépam/lorazépam/diazépam) ; neuroleptiques (loxapine 25 mg ; cyamémazine 25 mg).	Majoration de la crise ; décompensation d’autres troubles ; réponse partielle ; altération de l’alliance thérapeutique.
Courantes – réponse rapide	Exacerbation d’un trouble dépressif chez patient déjà suivi, délai long pour avis médical.	Switch vers IRSNa/vortioxétine/antagoniste $\alpha 2$; ou bithérapie ISRS/IRSNa + antagoniste $\alpha 2$ (selon situation).	Aggravation vers trouble sévère ; risque suicidaire ; hospitalisation.
Courantes – réponse rapide	Prise de poids importante sous antipsychotique chez patient schizophrène stable.	Primo-prescription de metformine pour limiter syndrome métabolique et favoriser perte de poids.	Rupture de traitement ; comorbidités métaboliques.
Courantes – réponse rapide	Troubles du sommeil sévères (insomnie) avec retentissement fonctionnel.	Primo-prescription temporaire : mélatonine ; daridorexant ; zopiclone ; alimémazine + évaluation interactions, demi-vie, comorbidités.	Aggravation du trouble psychiatrique sous-jacent ; retentissement socio-professionnel.
Retard de soins évitable	Demande de sevrage alcool (10 UI/j) avec perte de contrôle récente, pas encore diagnostiqué TLUA.	Primo-prescription : benzodiazépine 7 jours (renouvelable 1 fois) + thiamine.	Complications du sevrage ; majoration des consommations ; hospitalisation.

Retard de soins évitable	Efficacité partielle / effets secondaires sous psychotropes (antidépresseur/antipsychotique).	Primo-prescription : dosage plasmatique résiduel des psychotropes ; puis phénotypage cytochromes P450 si indiqué.	Arrêt du traitement (inefficacité/effets indésirables).
Réduction charge médicale/hospitalière	Crise suicidaire sans urgence vitale immédiate (idées suicidaires sans passage à l'acte imminent).	Évaluation suicidalité ; évaluation trouble sous-jacent ; plan de sécurité ; psychothérapies brèves ; stratégie pharmacologique orientée risque suicidaire.	Aggravation de la crise ; aggravation du trouble sous-jacent ; allongement des délais de prise en charge.

Groupe d'experts – Mention Onco-hématologie (OHO)

Référent(e)	Date de la production
Membres du groupe	Stéphany CASTAN, Claire DEVROEDT, Coralie BOZEC

Situations cliniques types nécessitant la primo-prescription / accès direct

Catégorie	Situations cliniques (exemples)	Actes / examens / traitements requis	Risques en cas d'absence d'autonomie / primo-prescription IPA
Courantes – réponse rapide	Toxicités cutanées grade I–II liées aux traitements anticancéreux (éruption maculo-papuleuse, xérose, prurit...).	Après examen IPA et aval médecin référent : dermocorticoïde classe II ; prescription de baume pris en charge (ex. Glycerol/Vaseline/Paraffine 15%/8%/2% ou préparation magistrale).	Évolution vers grade III (lésions, surinfections, douleur, troubles du sommeil) ; réduction de dose / arrêt prématuré du traitement anticancéreux.
Retard de soins évitable	Anémie grade I par carence martiale (après bilan complet).	Prescription bilan d'anémie complet + supplémentation en fer per os.	Majoration de l'anémie, asthénie, décompensation cardiaque ; besoin de perfusion fer/transfusion ; retard du traitement anticancéreux.
Retard de soins évitable	Anémie grade 1 par carence en vitamine B12 et/ou folates (après bilan complet).	Prescription bilan complet + vitamine B12 et folates per os.	Majoration de l'anémie, asthénie ; retard d'administration du traitement anticancéreux.
Réduction charge médicale/hospitalière	Hypocalcémie et/ou carence vitamine D grade I (après bilan).	Prescription bilan hypocalcémie + calcium per os et/ou vitamine D.	Majoration fatigue, symptômes neuromusculaires, troubles neuro-psychologiques, symptômes cardiaques.

Groupe d'experts – Mention Maladies rénales chroniques, dialyse, transplantation (NDT/MRCDT)

Référent(e)	Date de la production
Membres du groupe	Marie ANTUNES, Caroline BILLON, Isabelle SERRA, Justine PEUGNET, Céline FARGES

Situations cliniques types nécessitant la primo-prescription / accès direct

Catégorie	Situations cliniques (exemples)	Actes / examens / traitements requis	Risques en cas d'absence d'autonomie / primo-prescription IPA
Néphroprotection / MRC	Patient MRC (stade ≥ 3) avec HTA et/ou albuminurie : nécessité d'initier rapidement une stratégie néphro- et cardio-protectrice.	IEC/ARA2 (initiation) ; gliflozines (DFG ≥ 20 selon recommandations) ; adaptation/renouvellement coordonné.	Retard d'initiation \rightarrow progression plus rapide de la MRC, perte de chance, multiplication des RDV médicaux uniquement pour ordonnances.
Contrôle tensionnel / surcharge	MRC avec rétention hydro-sodée, prise de poids, œdèmes, HTA résistante malgré mesures hygiéno-diététiques.	Diurétiques de l'anse (furosémide/torasémide) \pm thiazidiques (selon DFG) ; prescription d'examens de suivi (ionogramme, créatininémie...).	Risque d'OAP/décompensation cardiaque et d'hospitalisations évitables ; perte de réactivité en ajustement thérapeutique.
Anémie et carence martiale	IRC avec anémie ou carence martiale documentée (bilan martial) nécessitant correction avant/avec ASE.	Fer per os et/ou IV ; initiation/ajustement ASE (EPO) selon critères ; bilans de surveillance.	Sous-traitement fréquent, retards de correction \rightarrow fatigue, baisse qualité de vie, transfusions/hospitalisations évitables.
MRC-MBD / hyperparathyroïdisme (dialyse)	Patient dialysé avec déséquilibre phosphocalcique et hyperparathyroïdisme secondaire nécessitant réactivité sur la PTH/calcium/phosphate.	Calcimimétiques (ex : cinacalcet) et prescriptions de surveillance biologique associée.	Risque de complications osseuses et cardiovasculaires ; consultations médicales sollicitées pour actes de routine.
Bilan pré-transplantation	Receveur/donneur vivant : bilans pré-greffe à compléter en consultation IPA.	Sérologies complémentaires : EBV, CMV, toxoplasmose (en plus du socle) ; autres examens selon protocole local.	Retards dans le parcours de greffe, consultations supplémentaires, perte de fluidité et de coordination.
Populations particulières / pédiatrie	Suivi MRCDT en pédiatrie ou situations où la créatinine est peu fiable (sarcopénie, etc.).	Estimation DFG avec formules pédiatriques (Schwartz) ; dosage cystatine C (populations particulières, bilan pré-don).	Risque d'erreur d'évaluation de la fonction rénale \rightarrow décisions thérapeutiques retardées ou inadéquates.

HTA secondaire suspectée	HTA difficile à contrôler avec suspicion d'étiologie secondaire avant réadressage au néphrologue.	Dosage cortisol, aldostérone, rénine (dans un cadre défini).	Allongement du délai diagnostic et de prise en charge spécialisée ; consultations redondantes.
Actes techniques / douleur / POCUS	Gestes douloureux (ponction FAV...) et situations nécessitant évaluation rapide (obstruction, volémie).	MEOPA pour analgésie ; anesthésiques locaux injectables ; POCUS rénal (dépistage obstruction) et POCUS volémie (si formé).	Moins de confort/sécurité, retards décisionnels, dépendance systématique à un médecin pour actes ciblés.

Groupe d'experts – Mention Pathologies chroniques stabilisées & polyopathologies courantes en soins primaires, prévention (PCS/PPC)

Référent(e)	Date de la production
Membres du groupe	Karine DOBBELS, Sébastien CHAPDANIEL, Katia DESMONTS

Situations cliniques types nécessitant la primo-prescription / accès direct

Situations cliniques types nécessitant la primo-prescription / accès direct - mention Pathologie chronique stabilisée

Catégorie	Situations cliniques (exemples)	Actes / examens / traitements requis	Risques en cas d'absence D'autonomie / primo Prescription IPA
Retard de Soins Évitable	Application des Recommandations en soins primaires : HTA, diabète, BPCO/asthme, Insuffisance Cardiaque stable, Arthrose, prévention chutes, iatrogénie, sevrage tabagique...	Mise en œuvre des conduites à tenir : adaptations thérapeutiques prévues examens de suivi, prévention, ETP, mesures non médicamenteuses ; prescriptions nécessaires au suivi (bilans, soins, dispositifs, transports si besoin) ; coordination, traçabilité, réévaluation.	Retard de mise en œuvre, perte de chance ; consultations médicales redondantes ; Incohérences Recommandations/terrain ; moindre observance.
Retard de Soins Évitable	Besoin de Rééducation / Prévention des Chutes / douleur / limitation Fonctionnelle : post chute, troubles de l'équilibre, lombalgie commune, Gonarthrose, épaule douloureuse, Fragilité...	Primo-prescription de rééducation et aides (kiné, ergo, Orthophonie/orthoptie/psychomotricité e, pédicurie-podologie), activité physique adaptée, aides techniques simples si autorisées ; coordination des objectifs et suivi.	Retard de rééducation ; Chutes/fractures/hospitalisations ; majoration dépendance ; sur-sollicitations des médecins.

Retard de Soins Évitable	Accès / maintien des droits : ALD, MDPH, APA, entrée en EHPAD, situations de non-recours, Ruptures de parcours	Volets cliniques et rapports structures ; coordination avec médecin référent si validation requise ; repérage du non-recours ; plan d'action et suivi.	Interruption de droits, Renoncement aux soins ; Rupture de prise en charge ; retards d'entrée en structure ; charge medico-administrative accrue.
Retard de Soins Évitable	Arrêts de travail en soins primaires : Décompensation Chronique, épisode aigu, limitation Fonctionnelle, Période d'adaptation thérapeutique	Primo-prescription et ajustement dans la durée (au-delà de 3 jours si objectif) ; coordination médecin traitant / médecin du travail ; suivi clinique et accompagnement du retour au travail.	Retards ou arrêts inadaptés ; consultations « signature » ; risque de désinsertion Professionnelle, rechutes.
Retard de Soins Évitable (Prévention n / Démarches	Certificat de non-Contre-indication à l'activité physique / sport (hors situations complexes)	Evaluation clinique standardisée + repérage des contre-indications ; orientation médicale si facteurs de risque, symptômes d'alarme, Antécédents cardio-respiratoires, sport a contraintes particulières ; rédaction	Retard d'accès à l'activité physique (prévention), Renoncement ; consultations médicales de pure formalité ; surcharge des médecins.

Groupe d'experts – Mention PCS/PPC Soins spécialistes

Référent(e)	Date de la production
Membres du groupe	Emmanuelle Fernandez, Hélène Kerdiles, Carine LACHOIX DEWAELE, Lise MANTISI

Situations cliniques types nécessitant la primo-prescription / accès direct

Catégorie	Situations cliniques (exemples)	Actes / examens / traitements requis	Risques en cas d'absence d'autonomie / primo-prescription IPA
Retard de soins évitable	Santé sexuelle : troubles de l'érection chez patient suivi en chronique (diabète, pathologies CV, suites de cancer, suivi urologique...).	Évaluation clinique globale ; repérage facteurs de risque et contre-indications. Bilans : glycémie à jeun ; exploration lipidique ; si non réalisés <5 ans : NFS, ionogramme/créatinine, bilan hépatique. Testostéronémie (totale + biodisponible) chez H >50 ans avec symptômes d'hypogonadisme.	Délai de prise en charge ; renoncement aux soins ; automédication/achats en ligne ; perte d'opportunité de dépistage cardio-métabolique.
Retard de soins évitable	Dysfonction érectile comme signal d'alerte d'athéromatose / pathologie CV débutante.	Analyse du risque CV ; adaptation/optimisation du traitement des FDR (HTA, diabète, tabac, surpoids, SAOS) + éducation thérapeutique.	Retard de repérage d'une pathologie sous-jacente ; augmentation du risque CV ; parcours fragmenté.
Courantes – réponse rapide	Primo-prescription d'un IPDE5 (inhibiteur de la PDE5) après évaluation et information.	Prescription (avec vérification des CI, notamment dérivés nitrés) + conseils d'utilisation, suivi tolérance/efficacité, réévaluation.	Consultations médicales redondantes uniquement pour signature ; délai évitable ; moindre adhésion ; persistance de l'altération de qualité de vie.
Réduction charge médicale/hospitalière	Suivi et ajustement de la prise en charge : efficacité, tolérance, observance ; prise en compte iatrogénie (β -bloquants, thiazidiques, antidépresseurs...).	Suivi longitudinal, adaptation de la stratégie (dose, essai, alternatives), coordination avec MG/urologue/cardiologue selon complexité.	Multiplication d'avis et de consultations ; perte de temps médical ; moindre efficacité du parcours.
Retard de soins évitable	Consultation d'écoute et d'accompagnement (santé sexuelle),	Entretien structuré, repérage psychologique et relationnel, orientation si besoin	Non-dit, errance, persistance des troubles ; comportements à

	souvent difficile à aborder.	(sexologie/psycho), coordination.	risque ; rupture de suivi.
Données probantes (références clés)	Recommandations EAU (Sexual and Reproductive Health, 2025)	Recommandations AFU/SFMS (2025). Princeton IV Consensus ED & CVD (2024). CNGE Référentiel Urologie (2024). Huyghe et al., Thérapeutique en Médecine Générale (2024). Köhler et al., Andropause (2021).	À mobiliser pour étayer le lien ED–risque CV, la stratégie diagnostique, et la place des IPDE5.

Groupe d'experts – Mention Urgences

Référent(e)	Date de la production
Membres du groupe	Fabienne MATIGNON LAOUILLEAU, Kevin VAN DEN BERGH, Aristide MOLA, Marion THOMAS

Situations cliniques types nécessitant la primo-prescription / accès direct

Catégorie	Situations cliniques (exemples)	Actes / examens / traitements requis	Risques en cas d'absence d'autonomie / primo-prescription IPA
Situations courantes nécessitant une réponse rapide	Entorse grave de cheville : nécessité d'un arrêt de travail supérieur à 3 jours. Déclaration éventuelle d'accident du travail.	Arrêt de travail > 3 jours ; CERFA accident du travail si nécessaire.	Attente prolongée pour finaliser les documents ; morcellement de la prise en soins ; interruptions de tâches médicales.
Situations courantes nécessitant une réponse rapide	Entorse de cheville ou lombalgie nécessitant une kinésithérapie précoce (selon recommandations).	Ordonnance de masso-kinésithérapie (rééducation hors demande d'accord préalable) ; inscription dans un parcours de soins.	Retard de sortie ; patient quittant le SAU sans ordonnance ; reconsultation évitable ; risque de douleur chronique / surconsommation d'antalgie.
Situations où la primo prescription éviterait un retard de soins	Nausées/vomissements à l'accueil des urgences (symptomatologie nécessitant un traitement rapide).	Prescription d'antiémétiques selon recommandations (et réévaluation clinique).	Interruption de tâches pour prescription ; aggravation clinique : déshydratation, troubles ioniques.

Situations permettant de réduire la charge médicale ou hospitalière	Infections courantes sans signe de gravité (ORL, cutanées, urinaires, respiratoires) prises en charge sur filière peu complexe.	Antibiothérapie de 1ère/2e ligne dans le respect strict des recommandations HAS/SFMU/ANSM/SPLIF et principes généraux de bon usage.	Allongement du temps de prise en charge et fractionnement (consultation IPA puis prescription médicale) ; perte de temps médical pour un patient non examiné.
Situations permettant de réduire la charge médicale ou hospitalière	Application, dans le dossier patient, d'une stratégie thérapeutique/conduite diagnostique donnée par le médecin urgentiste ou un spécialiste (parfois orale), y compris pour des thérapeutiques hors liste de primo-prescription.	Transcription de la conduite diagnostique et du choix thérapeutique médical dans le dossier informatisé afin de permettre l'administration par l'équipe soignante, en traçabilité.	Retard de soins ; risque d'erreur de retranscription ; rupture de continuité si nécessité de repasser par un médecin disponible.

Groupe d'experts – Mention Pathologies chroniques stabilisées & polyopathologies courantes en soins primaires, prévention (PCS/PPC) en Soins secondaires

Référent(e)	Date de la production
Membres du groupe	<i>Emmanuelle FERNANDEZ, Carine Lachoix Dewaele, Hélène Kerdiles, Lise Mantsi, Barikissou Zuccolini</i>

Domaine / file active	Situation clinique (typique en soins primaires)	Décisions de raisonnement clinique IPA (ce qui doit pouvoir être fait "au bon moment")	Prescriptions à impact (examens / dispositifs / ttt)	Données probantes (effets attendus)	Frein actuel fréquent → Axe d'amélioration
SAHOS	Suspicion de SAHOS chez patient obèse/HTA/résistant , somnolence, ronflement, apnées rapportées	Triage (probabilité pré-test), évaluer comorbidités, prioriser examen adapté, repérer urgences (hypoventilation, BPCO associée...)	Polygraphie respiratoire / polysomnographie selon indications ; bilan cardio-métabolique de base	Indications et place polygraphie/polysomnographie cadrées (HAS) (Haute Autorité de Santé) ; SAHOS associé à ↑ risque cardio-/cérébro-vasculaire, et le traitement réduit ce risque (niveau de preuve guideline) (mediatheque.sforl.org)	Accès / prescription des examens du sommeil et boucles de décision souvent trop médico-centrées → autoriser l'IPA à prescrire l'examen de sommeil (dans protocole territorial) et déclencher le parcours
SAHOS	Patient sous PPC : symptômes persistants (fatigue), fuites, intolérance, observance limite	Lecture structurée : symptômes + données machine + facteurs ORL/iatrogènes ; décider des corrections (interface, humidification, réglages)	Prescription/renouvellement de masques, humidificateurs, accessoires , éducation thérapeutique ; adaptation paramétrique sous protocole	Les dispositifs PPC et leur place dans la PEC font l'objet d'évaluations HAS ; optimisation d'observance = déterminant d'efficacité (Haute Autorité de Santé)	Rigidité sur l'adaptation et la prescription de consommables → élargir la liste "produits/prestations" et formaliser un périmètre d'ajustement autonome traçable
Diabète T2	Découverte/entrée dans le parcours ou diabète mal équilibré (HbA1c ↑, symptômes, infections répétées)	Évaluation initiale (risques, complications), stratification, priorisation des objectifs, plan de suivi	Bilan biologique et complications, ajustements thérapeutiques protocolisés ; coordination dépistages	Le parcours HAS DT2 structure objectifs et suivi (Haute Autorité de Santé) ; les interventions infirmières/clinics améliorent l'HbA1c (méta-analyse) (PMC)	Listes de prescription parfois trop restrictives pour agir vite → ouvrir davantage la capacité d'initier/adapter selon algorithmes (et pas seulement renouveler)
Diabète T2 + comorbidités	DT2 + HTA/albuminurie, risque CV élevé,	Raisonnement cardio-rénal (bénéfice/risque),	Prescriptions de surveillance (bio),	Synthèses HAS sur stratégies cardio-rénales et facteurs de risque (Haute Autorité de	Manque d'agilité pour titration/surveillance → élargir prescriptions (p. ex.

	iatrogénie/observance fragile	titration, surveillance d'effets indésirables, sécurisation	orientation/coordination ; ajustements gradués	Santé ; modèles NP/APN en soins primaires associés à qualité et utilisation des soins améliorées chez patients polyopathologiques (PMC)	bilans ciblés) et reconnaître compétence de décision clinique IPA
HTA / prévention CV	HTA non contrôlée, suspicion HTA masquée/blouse blanche, résistante, mauvaise observance	Mesure/qualité, recherche causes, intensification graduée, plan d'adhésion, prévention (tabac, poids, activité)	Prescriptions de suivi + interventions à autorité prescriptive (selon protocole)	Nurse-led interventions efficaces sur la PA (revue (PubMed) ; Cochrane : soins menés par infirmier/pharmacien associés à amélioration du contrôle tensionnel (Cochrane) ; interventions avec autorité prescriptive ↓ PA (revue 2025) (PubMed)	Besoin d'ouvrir la prescription d'examens/outils de suivi et des titrations protocolisées pour réduire l'inertie thérapeutique
Obésité	Obésité clinique avec comorbidités (DT2, SAHOS, HTA), échec mesures hygiéno-diététiques, besoin d'intensification	Bilan initial (comorbidités, iatrogénie, TCA), décision d'escalade, plan de suivi et critères d'arrêt	Bilan de sécurité, coordination pluripro ; suivi rapproché des EI ; accès aux thérapeutiques selon indications	ANSM : sécuriser l'usage des analogues GLP-1 et respecter parcours HAS (ANSM) ; avis HAS sur tirzépatide obésité (conditions de prescription) (Haute Autorité de Santé) ; éléments médico-éco Wegovy (HAS) (Haute Autorité de Santé)	Cadre initial souvent réservé et parcours saturés → ouvrir l'initiation/renouvellement sous conditions (formation, protocole, avis spécialisé tracé) + accès à bilans requis
Plaies chroniques – ulcère veineux	Ulcère veineux/mixtes, risque récidive, douleur, exsudat, dégradation rapide	Évaluer étiologie + gravité + infection, décider compression, plan de cicatrisation, prévention récidive	Compression 30–40 mmHg si IPS compatible ; demande écho-Doppler selon situation ; choix pansements/DM	HAS : compression haut niveau si IPS ~0,8–1,3 (Haute Autorité de Santé)	Frein : prescriptions (doppler/DM/pansements spécifiques) fragmentées → élargir prescriptions IPA et permettre protocoles de compression & suivi autonomes

Plaies chroniques – pied diabétique / infection	Plaie diabétique, signes d'infection, ischémie possible, douleur neuropathique	Triage urgence (ischémie/infection profonde), déclenchement filière, ATB/soins selon protocole, surveillance serrée	Examens biologiques/inflammatoires, prélèvements si indiqué, coordination imagerie/vasculaire ; soins avancés	Les prises en charge infirmières spécialisées en plaies en communauté : amélioration des résultats et coût-efficacité (revue) (PubMed) ; nurse-led wound care associée à meilleure cicatrisation et ↓ réadmissions (étude/éval.) (PubMed)	Frein : incapacité à déclencher vite la filière + prescriptions ciblées → autoriser prescriptions d'orientation/examens critiques et soins avancés
Escarres / sujet âgé	Sujet âgé fragile, risque d'escarres (immobilité, dénutrition), escarre débutante	Évaluation structurée (risque, stade), plan prévention/traitement, nutrition, matériel, douleur	Prescriptions supports (matelas), soins locaux, coordination nutrition/kiné	Recommandations HAS escarres (évaluation, suivi, prévention/traitement) (Haute Autorité de Santé) ; dispositifs de prévention/traitement évalués (HAS) (Haute Autorité de Santé)	Frein : prescriptions de supports/DM et prévention pas assez intégrées → ouvrir la prescription IPA de DM de prévention + reconnaissance de l'IPA comme pilote du plan prévention tertiaire
Personne âgée polypathologique	Polymédication, iatrogénie, chutes, décompensations répétées, fragilité	Revue de traitement, déprescription raisonnée, plan de surveillance, prévention secondaire (CV/diabète), coordination	Bilans ciblés, adaptations thérapeutiques protocolisées, vaccinations/prévention	Revue systématique : modèles NP en soins primaires associés à effets sur qualité/coûts/utilisation des soins chez patients à multi-morbidités (PMC)	Frein : marge de manœuvre trop étroite sur adaptations → étendre prescriptions (biologie/examens/outils) et sécuriser la décision clinique autonome (cadre + traçabilité)

Pathologie / situation clinique (soins primaires)	Primo-prescriptions actuelles (texte 2025)	Limites opérationnelles (terrain)	Ce que recommandent les données probantes (résumé)	Proposition d'amélioration du texte (logique "conditions + traçabilité + seuils")
HTA – Grade 1 sans retentissement (évaluation initiale, décision thérapeutique)	Antihypertenseurs 1re ligne (IEC/ARA2/ICa/diurétique thiazidique) en monothérapie , excluant bêtabloquants, sans diagnostic médical préalable . (Légifrance)	Le texte est "binaire" (grade 1/grade 2-3) et n'intègre pas les situations où un bêtabloquant est pertinent (comorbidités).	Les recommandations HTA (ESH 2023) reconnaissent les classes majeures (IEC/ARA2/ICa/diurétiques) et placent aussi les bêtabloquants selon profils/indications. (Lippincott Journals)	Élargir la primo-prescription HTA grade 1 en ajoutant : "bêtabloquant si indication validée (ex. troubles du rythme, angor, post-IDM, etc.)" dans un cadre protocolisé + critères d'alerte/contre-indications + obligation de coordination tracée (DMP/médecin traitant).
HTA – Stades 2–3 (adaptation)	Jusqu'à 3 classes associées (ICa/IEC/ARA2/thiazidique) avec diagnostic médical préalable . (Légifrance)	Le "diagnostic médical préalable" est souvent interprété comme frein à l'accès direct (retard intensification), alors que l'IPA voit le patient, mesure, éduque, ajuste.	L'enjeu probant est la réduction de l'inertie thérapeutique et l'intensification graduée + observance. Les interventions infirmières améliorent le contrôle tensionnel. (Lippincott Journals)	Transformer "diagnostic médical préalable" en : " diagnostic infirmier documenté + protocole partagé + avis médical si critères de complexité" (ex. suspicion secondaire, retentissement, HTA résistante). Ajouter explicitement : capacité d' escalade selon

				algorithme (seuils PA, tolérance, iatrogénie, bilan bio).
Dyslipidémie / prévention CV (DT2, haut risque, prévention secondaire)	Statines + ézétimibe “1re ligne prévention du risque CV” avec diagnostic médical préalable . (Légifrance)	Très utile, mais manque d’outillage “texte” pour intensifier selon cibles LDL (et selon risque), et manque d’options en cas d’intolérance.	Les guidelines ESC/EAS (update 2025) structurent l’ intensification (statine ± ézétimibe, nouvelles options selon cas) et l’adaptation au niveau de risque. (escardio.org)	Faire évoluer l’annexe : autoriser l’IPA à intensifier statine/ézétimibe “selon objectifs LDL-C et niveau de risque” (cibles) + autoriser la prise en charge de l’intolérance (stratégies validées + recours). Définir un périmètre de co-décision et un “avis spécialisé requis” (PCSK9, etc.).
DT2 – primo-traitement (entrée parcours / échec hygiène de vie)	Traitements hypoglycémiants de 1re ligne “conformément aux recommandations en vigueur” sans diagnostic médical préalable , + SMBG (lecteur/bandelettes etc.). (Légifrance)	L’expression “1re ligne” reste floue juridiquement (metformine seule ? ajout d’emblée selon risque CV/rénal ?).	HAS 2024 : stratégie DT2 intégrant profil cardio-rénal , choix d’options (SGLT2, GLP-1 RA...) selon situations. (Haute Autorité de Santé)	Clarifier dans l’annexe ce que recouvre “1re ligne” : inclure explicitement metformine et, “en présence de critères cardio-rénaux / obésité / risque CV”, autoriser l’initiation SGLT2 et/ou GLP-1 RA selon recommandations HAS (avec critères, bilans, surveillance).

<p>DT2 – intensification (incluant insuline)</p>	<p>“Tous antidiabétiques oraux et injectables, y compris insulines intermédiaires et lentes” avec diagnostic médical préalable. (Légifrance)</p>	<p>En pratique, le “diagnostic préalable” crée des allers-retours inutiles pour une titration/éducation/monitoring que l’IPA maîtrise.</p>	<p>Les recommandations insistent sur titration, prévention hypoglycémies, suivi rapproché, et adaptation selon objectifs HbA1c/risques. (Haute Autorité de Santé)</p>	<p>Basculer d’un prérequis “diagnostic médical préalable” à un modèle : initiation possible sous protocole territorial + décision partagée initiale tracée + autonomie IPA sur titration/ajustement et prescriptions de surveillance (HbA1c, créat/DFG, etc.).</p>
<p>Monitoring glucose interstitiel (CGM)</p>	<p>CGM “dans le respect des indications” avec diagnostic médical préalable. (Légifrance)</p>	<p>Souvent, l’IPA identifie plus vite l’indication (hypoglycémies, variabilité, insulinothérapie, etc.) mais ne peut pas déclencher.</p>	<p>Les stratégies modernes DT2/insuline reposent sur un monitoring pertinent pour prévenir complications et hypoglycémies. (Haute Autorité de Santé)</p>	<p>Autoriser l’IPA à initier CGM “selon critères cliniques” (insuline, hypoglycémies, objectif de prévention) avec traçabilité + audit (indications, objectifs, réévaluation).</p>
<p>Insuffisance cardiaque (optimisation, prévention réhospitalisation)</p>	<p>Traitements IC “dans le cadre d’une conduite diagnostique et de choix thérapeutiques déterminés par un médecin” (IEC/ARA2, diurétiques, MRA, SGLT2, etc.) avec diagnostic médical préalable. (Légifrance)</p>	<p>L’IPA peut suivre symptômes, poids, PA, bio, mais le texte marque une dépendance au choix thérapeutique médical, même pour optimisation standardisée.</p>	<p>ESC “focused update” IC 2023 : place majeure des thérapeutiques (dont SGLT2) et optimisation rapide ; enjeu : prévention décompensation/réhospi. (escardio.org)</p>	<p>Faire évoluer vers : “IC stable : algorithmes d’optimisation (titrations, diurétiques, surveillance) par IPA” + “avis médical obligatoire si critères de complexité” (hypotension sévère, IR aiguë, hyperkaliémie...).</p>

				Autonomie explicite sur prescriptions de surveillance (biologie déjà permise via Annexe IV). (Légifrance)
SAHOS – dépistage	Polygraphie ventilatoire nocturne “pour dépistage SAHOS” sans diagnostic médical préalable. (Légifrance)	Très bon levier... mais PSG (si nécessaire) et certaines explorations du sommeil restent hors texte : risque de perte de chance si polygraphie insuffisante/discordante.	HAS encadre la place polygraphie vs polysomnographie selon situations et qualité diagnostique attendue. (Légifrance)	Étendre l’annexe : permettre polysomnographie “selon critères HAS” (échec/discordance polygraphie, comorbidités, suspicion autre trouble du sommeil), avec obligations de compte-rendu et critères d’orientation spécialiste.
BPCO/asthme (souvent associé SAHOS/obésité)	Bronchodilatateurs inhalés (hors nébulisation) avec diagnostic médical préalable. (Légifrance)	Frein pour ajuster rapidement en cas de symptômes persistants/observance/technique.	Les recommandations reposent sur adaptation inhalateurs + éducation technique (prévention exacerbations).	Renforcer l’autonomie IPA : ajout explicite “ évaluation technique d’inhalation + changement de dispositif (p. ex. chambre d’inhalation) + adaptation palier selon algorithme”, avec critères d’alerte (exacerbation, désaturation...).

<p>Obésité clinique + DT2/SAHOS/HTA (prévention tertiaire)</p>	<p>Aucune primo-prescription spécifique anti-obésité dans Annexe VII "chronic" (à la différence d'HTA/DT2/lipides). (Légifrance)</p>	<p>Décalage majeur : parcours obésité = besoin d'intensification thérapeutique + surveillance EI + prévention complications, mais texte ne suit pas.</p>	<p>HAS/ANSM encadrent l'usage des analogues GLP-1/anti-obésité et la sécurisation des indications/suivi. (Haute Autorité de Santé)</p>	<p>Créer un bloc "obésité clinique" dans Annexe VII : autoriser l'IPA (formée) à initier un traitement anti-obésité selon critères HAS/ANSM (IMC, comorbidités, échec mesures), avec check-list obligatoire (CI, bilan, suivi, critères d'arrêt) + articulation avec médecin référent/équipe.</p>
<p>Plaies chroniques (ulcères, pied diabétique)</p>	<p>Le "chronic" Annexe VII est très centré cardio-métabo/resp ; pas de package "plaies" (compression/DM avancés/explorations vasculaires). (Légifrance)</p>	<p>L'IPA a l'expertise d'évaluer (infection/ischémie), mais ne peut pas déclencher certains éléments clés du parcours (écho-Doppler, DM de compression/soins avancés) selon territoires.</p>	<p>HAS ulcères veineux : compression haut niveau si critères, stratégie structurée de prise en charge. (Légifrance)</p>	<p>Ajouter un volet "plaies chroniques" : autoriser prescriptions de compression (selon IPS), pansements/DM à niveau d'expertise, et prescriptions d'examens "parcours plaies" (avec critères). Appuyer sur Annexe I (pansements spécifiques) + Annexe IV (CRP, HbA1c, etc.) pour verrouiller la sécurité. (Légifrance)</p>
<p>Personne âgée polypathologique</p>	<p>Annexe VI : IPA peut prescrire programmes APA, "bilan de</p>	<p>Le texte aide sur l'accès, mais ne reconnaît pas assez l'IPA comme pilote</p>	<p>Les modèles de pratique avancée améliorent la qualité</p>	<p>Ajouter un "périmètre prévention tertiaire</p>

<p>(prévention iatrogénie)</p>	<p>soins infirmiers”, arrêt de travail 3 jours, transports. (Légifrance) + Annexe IV : biologie très large (CRP, albumine, iono, DFG, HbA1c, BNP, troponine...). (Légifrance)</p>	<p>de prévention iatrogénie / déprescription et de “gestion du risque” (chutes, dénutrition, IR...).</p>	<p>et la prise en charge des patients complexes (revues). (Haute Autorité de Santé)</p>	<p>gériatrique” : autoriser certains ajustements sécurisés (doses selon DFG, surveillance, déprescription encadrée) + renforcement explicite des obligations de traçabilité/coordination prévues par le décret. (Légifrance)</p>
---------------------------------------	---	---	---	---

Situation IPA	Cadre actuel	Limite	Données probantes	Impact prévention	Proposition
Crise anxieuse aiguë ambulatoire (PSM)	Anxiolytiques soumis selon contexte à validation médicale	Aggravation crise, rupture alliance, recours urgence	APA (2020) : intervention pharmacologique brève sécurisée dans crise aiguë	Prévention chronicisation et hospitalisation	Autoriser anxiolytique courte durée sous protocole (durée limitée, suivi obligatoire)
Exacerbation trouble dépressif (PSM)	Switch/bithérapie nécessitant avis médical	Risque suicidaire, aggravation épisode	CANMAT (2023) : adaptation rapide améliore taux de rémission	Prévention épisode sévère, hospitalisation	Autoriser adaptation thérapeutique selon algorithme validé + évaluation suicidalité tracée
Syndrome métabolique sous antipsychotique (PSM)	Pas d'intégration explicite metformine	Risque CV, rupture observance	De Silva et al. (2016) : metformine réduit prise pondérale	Prévention cardio-métabolique	Autoriser primo-prescription metformine si critères métaboliques documentés

American Psychiatric Association. (2020). *Practice guideline for the treatment of patients with anxiety disorders*. American Psychiatric Publishing.

Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT). (2023). Clinical guidelines for the management of major depressive disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 68(1), 1–92.

De Silva, V. A., Suraweera, C., Ratnatunga, S. S., Hanwella, R., & de Silva, H. A. (2016). Metformin in prevention and treatment of antipsychotic induced weight gain: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 16, 341. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1049-5>

World Health Organization. (2023). *Mental health gap action programme (mhGAP) guidelines*. WHO.

Situation IPA	Cadre actuel	Limite	Données probantes	Impact prévention	Proposition
Infection courante sans gravité (Urgences)	Antibiothérapie nécessitant prescription médicale	Allongement délai, surcharge	SPILF (2023) : protocoles probabilistes sécurisés	↓ complications infectieuses	Autoriser antibiothérapie 1re ligne selon protocole HAS/SPILF
Entorse nécessitant AT >3 jours (Urgences)	Limité à 3 jours	Consultations redondantes	Données organisationnelles SAU	↓ fragmentation parcours	Autoriser arrêt >3 jours encadré
Nausées/vomissements aux urgences	Prescription médicale requise	Retard traitement	Recommandations SFMU : antiémétique rapide	↓ déshydratation	Autoriser antiémétique selon protocole

Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU). (2023). *Recommandations de bonnes pratiques en médecine d'urgence*.

Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF). (2023). *Recommandations antibiothérapie en soins primaires et urgences*.

Haute Autorité de Santé. (2022). *Bon usage des antibiotiques en soins de ville et urgences*. HAS.

Situation IPA	Cadre actuel	Limite	Données probantes	Impact prévention	Proposition
Toxicité cutanée grade I–II oncologie (OHO)	Dermocorticoïdes après aval médical	Évolution vers grade III, arrêt traitement	ESMO (2022) : prise en charge précoce évite réduction dose	Maintien intensité anticancéreuse	Autoriser dermocorticoïdes classe II en primo-prescription IPA
Anémie carencielle grade I oncologie (OHO)	Bilan et supplémentation dépendant validation	Retard correction, transfusion	ESMO anemia guidelines	Prévention transfusion et retard traitement	Autoriser bilan martial + fer per os/IV selon protocole

European Society for Medical Oncology (ESMO). (2022). Management of toxicities from immunotherapy and targeted therapies: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology*, 33(12), 1217–1238.

European Society for Medical Oncology (ESMO). (2021). Management of anaemia and iron deficiency in cancer patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology*, 32(2), 171–182.

National Comprehensive Cancer Network (NCCN). (2023). *Cancer- and chemotherapy-induced anemia guidelines*. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology.

Situation IPA	Cadre actuel	Limite	Données probantes	Impact prévention	Proposition
Surcharge hydrosodée en MRC (NDT)	Adaptation diurétique souvent dépendante médecin	Risque OAP	ESC HF (2023) : ajustement rapide ↓ hospitalisations	Prévention décompensation aiguë	Autoriser adaptation diurétiques protocolisée avec surveillance bio
Anémie IRC (NDT)	ASE/fer soumis validation médicale	Sous-traitement fréquent	KDIGO anemia guideline	↓ transfusions, ↑ qualité de vie	Autoriser initiation/ajustement fer ± ASE sous critères
MRC stade ≥3 avec albuminurie (NDT)	IEC/ARA2 autorisés ; SGLT2 parfois restreints	Retard néphroprotection	KDIGO (2022) : SGLT2 ↓ progression IRC	Prévention dialyse et mortalité CV	Autoriser initiation SGLT2 si DFG ≥20 ml/min

Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). (2022). KDIGO 2022 clinical practice guideline for diabetes management in chronic kidney disease. *Kidney International*, 102(5S), S1–S127.

Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). (2021). Clinical practice guideline for the management of chronic kidney disease–mineral and bone disorder (CKD-MBD). *Kidney International Supplements*, 11(1), 1–115.

Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). (2021). Clinical practice guideline for anemia in chronic kidney disease. *Kidney International Supplements*, 11(4), 1–115.

McDonagh, T. A., Metra, M., Adamo, M., et al. (2023). 2023 focused update of the 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal*, 44(37), 3627–3720. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad195>

ANNEXE 2

Analyse qualitative étude CAPA : Codages Nvivo

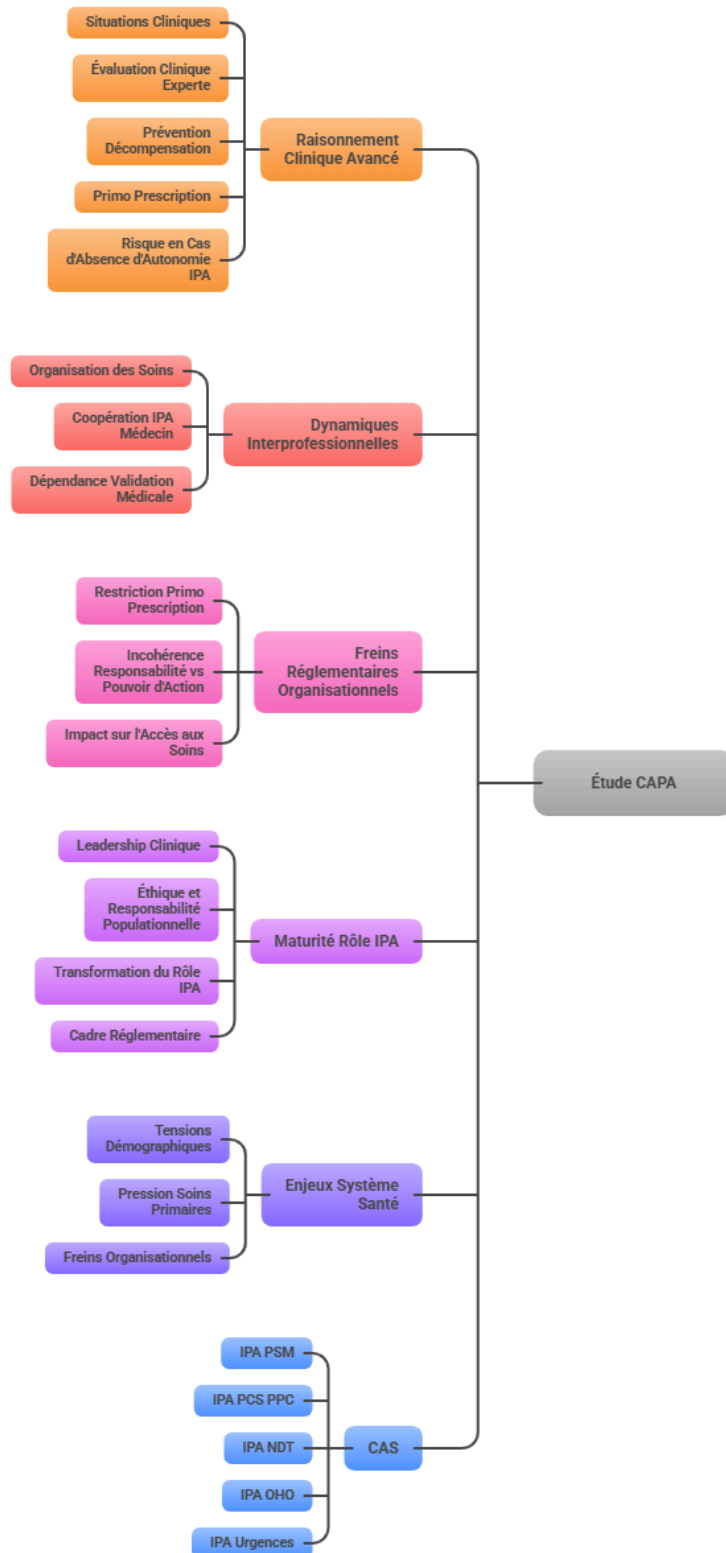


TABLEAU D'ANALYSE DES VERBATIMS – ÉTUDE CAPA

NCEUD 1 — Raisonnement Clinique Avancé (Benner)

Sous-code	IPA Toutes mentions
Primoprescription	<p>La demande inclut plusieurs prescriptions médicales, comme la polygraphie respiratoire et polysomnographie selon les indications, ainsi qu'un bilan cardio-métabolique de base.</p> <p>Elle mentionne des prescriptions d'antihypertenseurs de première ligne bêtabloquant</p> <p>Des traitements hypoglycémiants de 1ere ligne selon le profil cardio-rénal et métabolique.</p> <p>Compression 30–40 mmHg si IPS compatible</p> <p>Analgésiques locaux sur prise en charge soins plaies, prélèvements...</p> <p>Antibiothérapie à large spectre de 1ere intention selon recommandations.</p> <p>IEC/ARA2 (initiation) ; gliflozines (DFG \geq20 selon recommandations)</p> <p>Fer per os et/ou IV ; initiation/ajustement ASE (EPO) selon critères</p> <p>Diurétiques de l'anse (furosémide/torasémide) \pm thiazidiques (selon DFG)</p> <p>Les critères pour initier certains traitements sont précisés, ainsi que l'autorisation pour les professionnelles de santé à initier des prescriptions selon des critères cliniques. L'évaluation technique d'inhalation et les soins avancés sont également abordés.</p>
Evaluation clinique experte	<p>Le texte aborde plusieurs aspects de l'évaluation médicale, y compris le triage (probabilité pré-test), l'évaluation des comorbidités et l'identification des urgences telles que l'hypoventilation. Il décrit une approche structurée pour analyser les symptômes, les données des machines et les facteurs iatrogènes. L'accent est mis sur la stratification des risques, la prévision des objectifs de traitement, et la nécessité d'une surveillance attentive des signes vitaux et</p>

	des effets secondaires. Enfin, il évoque la coordination des soins et les adaptations thérapeutiques nécessaires pour le suivi des patients.
Prevention décompensation	Réduire l'inertie thérapeutique et améliorer le contrôle.
Risque en cas d'absence d'autonomie IPA	Ajustement thérapeutique selon recommandations non réalisé Retard de prise en charge Manque d'adhésion aux thérapeutiques Redondance des consultations médicales
Situations cliniques	Patient obèse, hypertendu, présentant des symptômes de SAHOS malgré un traitement par PPC, souffre de fatigue persistante et d'une mauvaise observance. Diabète mal équilibré et une hypertension résistante, avec des risques cardiovasculaires élevés. Des plaies chroniques et aiguës. Douleurs neuropathiques. Cas d'insuffisance cardiaque. Patient polypathologiques et personnes âgées : Un suivi est nécessaire pour les pathologies associées et la gestion de la médication. Un arrêt de travail est requis à la suite d'une entorse grave de la cheville, et des antiémétiques sont jugés nécessaires lors des soins d'urgence.

NCEUD 2 — Dynamiques Interprofessionnelles (King)

Sous-code	IPA toutes mentions
Organisations des soins	<p>L'IPA identifie vite les indications thérapeutiques mais ne peut pas déclencher la suite de la prise en charge.</p> <p>Disparités dans les choix thérapeutiques selon les services.</p> <p>Application des thérapeutiques par les IDE des secteurs.</p>
Coopération IPA médecin	<p>Transmission de diagnostics du patient par le médecin puis traçabilité par l'IPA sur le DPI et mise en œuvre de la conduite thérapeutique avec l'équipe paramédicale.</p>
Dépendance validation médicale obligatoire	<p>Le contenu aborde les restrictions d'accès à certains traitements médicaux nécessitant un diagnostic préalable, ce qui peut retarder l'intensification des soins.</p> <p>Cela affecte l'éducation et l'ajustement par l'IPA, entraînant une fragmentation des soins et une interruption des tâches du médecin.</p>

NCEUD 3 — Freins système de santé

Sous-code	IPA toutes mentions
Restriction primoprescription	<p>Changement d'arrêté compliqué à chaque fois que les recommandations évoluent</p>
Incohérence responsabilité vs pouvoir d'action	<p>Le "diagnostic préalable" engendre des allers-retours inutiles malgré l'expertise de l'IPA en surveillance et évaluation. L'IPA est limité dans certaines actions essentielles liées au parcours de soins. Il est nécessaire d'adapter les protocoles au contexte clinique et de clarifier les définitions concernant le diagnostic et le traitement.</p>
Impact sur l'accès soins	<p>Le "diagnostic préalable" engendre des retards et des interruptions dans la prise en charge des patients.</p>

NCEUD 4 — Maturité du Rôle IPA (Hamric)

Sous-code	IPA toutes mentions
Leadership clinique	Il n'y a pas de liste standardisée pour les prescriptions des infirmiers en pratique avancée. L'IPA met en œuvre l'EBP dans sa pratique clinique.
Ethique et responsabilité populationnelle	Respecter le diagnostic et le choix du médecin.
Transformation du rôle IPA	Répondre aux besoins des populations des territoires
	Il est important de différencier la primo-prescription, où l'IPA peut initier un traitement après consultation du médecin, et la stratégie thérapeutique, qui doit être proposée par un médecin.
	La prescription des IPA est régie par leur champ de compétences et des accords locaux.
	La conduite diagnostique et thérapeutique est mal définie et impact la primoprescription : L'IPA initie une thérapie après consultation avec un médecin ou la mise en place d'une stratégie thérapeutique, qui doit être proposée par un médecin.
Cadre réglementaire	Les modalités de prescription peuvent varier localement, sans liste standardisée internationale.

NCEUD 5 — Enjeux Système de Santé

Sous-code	IPA toutes mentions
Tensions démographiques	0
Pressions soins primaires	0
Freins organisationnels	0

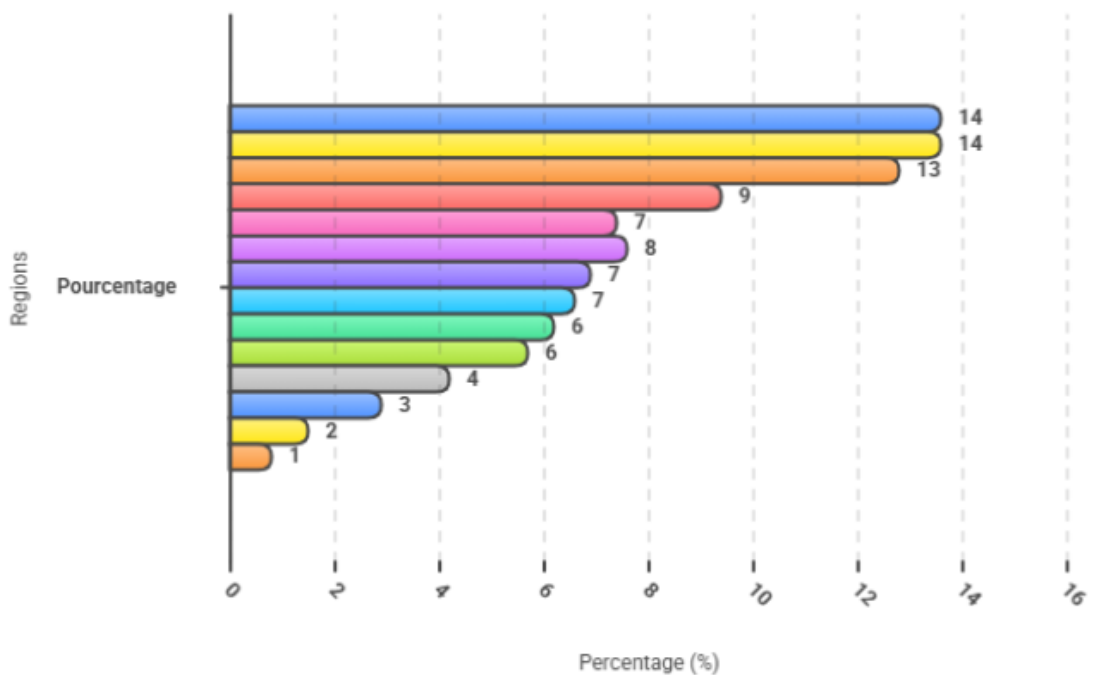
ANNEXE 3

SYNTHESE SCHEMATIQUE DES RESULTATS GENERAUX DE L'ENQUETE CAPA 2025

Répartition géographique

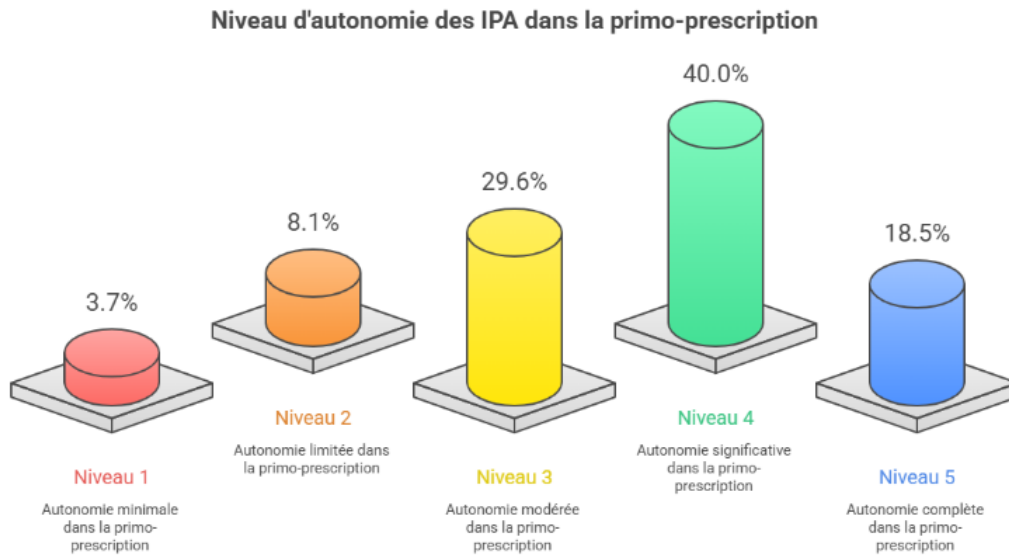
Répartition Régionale des Participants

Bretagne and Île-de-France are the most represented regions.

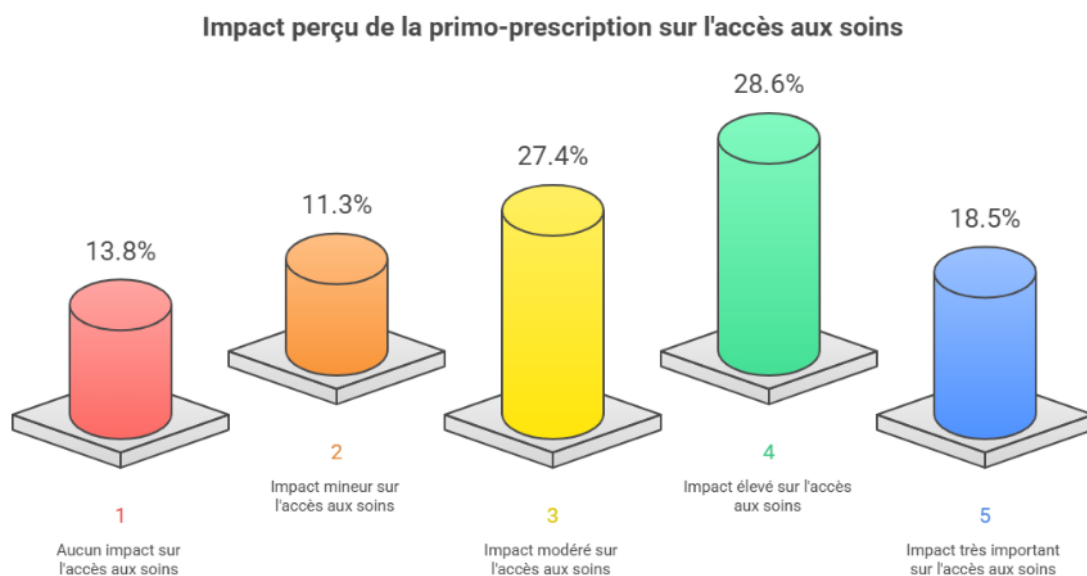


Made with Napkin

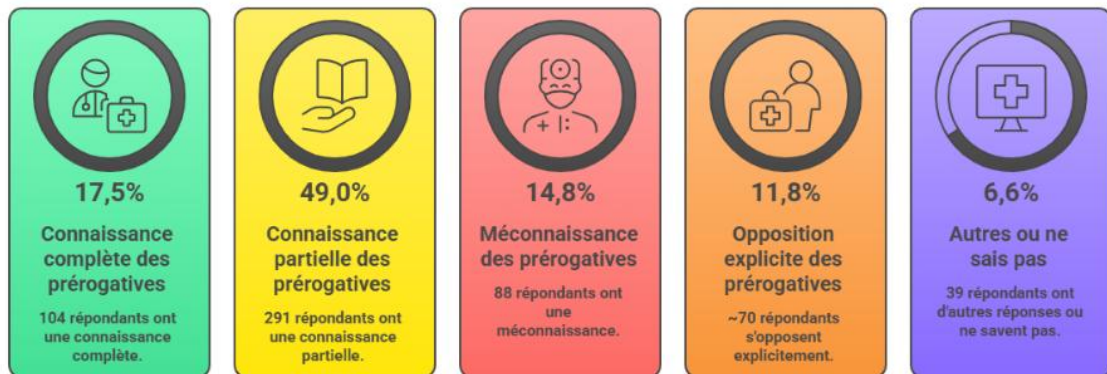
Mise en œuvre de la primo-prescription et autonomie



Impact perçu sur l'accès aux soins

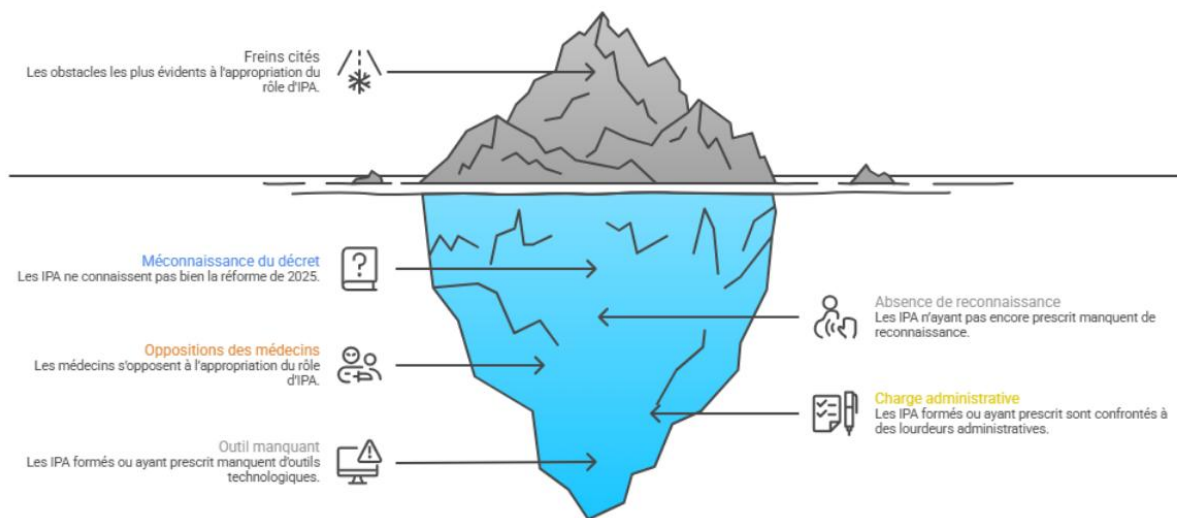


Reconnaissance des prérogatives de primo-prescription des IPA par les médecins

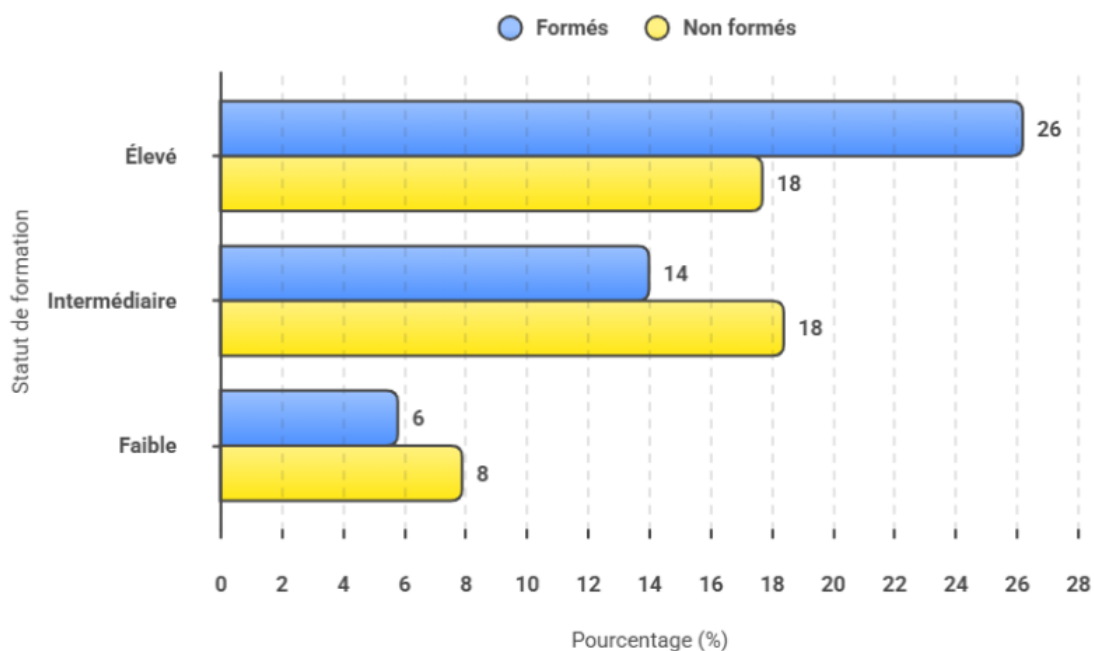


La reconnaissance des prérogatives de primo-prescription des IPA par les médecins est hétérogène, avec une connaissance partielle prédominante et une opposition explicite notable.

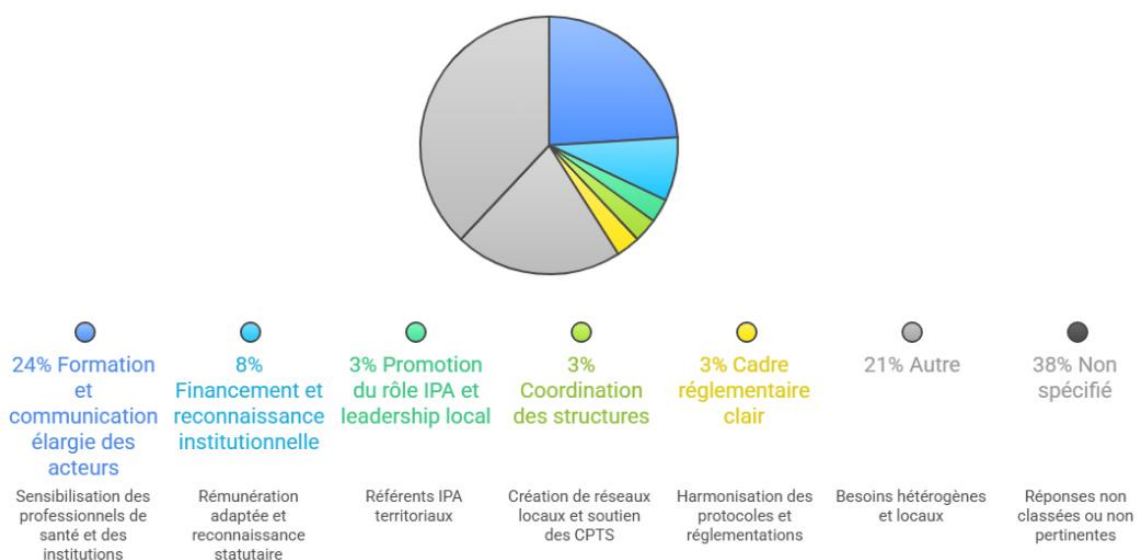
Les freins à l'appropriation du rôle d'IPA sont plus profonds qu'il n'y paraît.



Perception de la compétence prescriptive selon le statut de formation



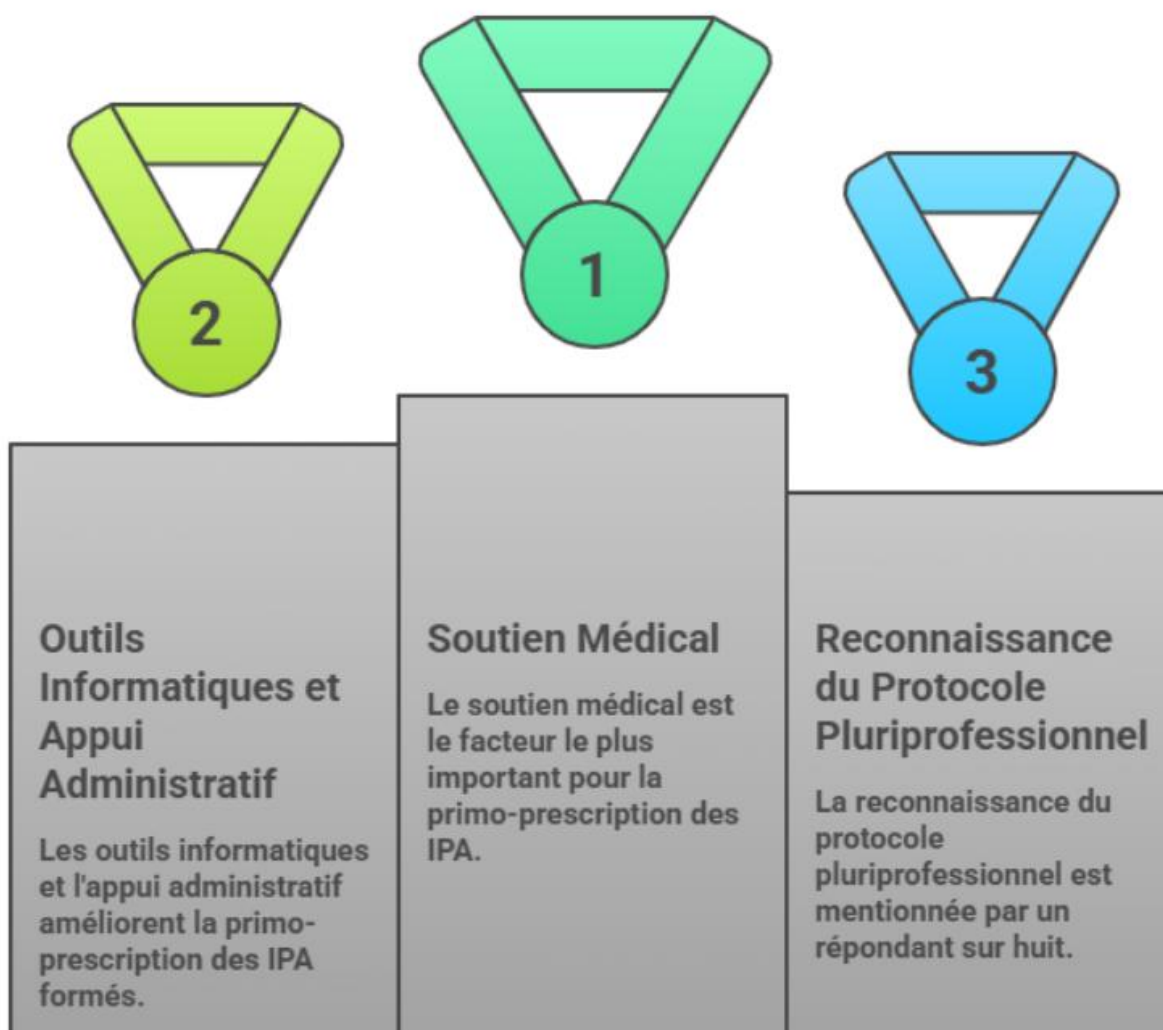
Répartition des leviers territoriaux pour l'accès direct et la primo-prescription



Typologie des prescriptions réalisées par les IPA, du moins fréquent au plus fréquent



Facteurs Clés de la Primo-Préscription par les IPA

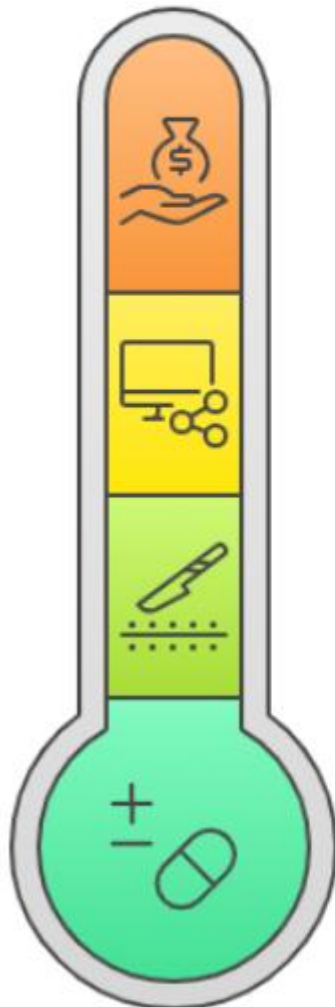


Quels sont les souhaits prioritaires des IPA pour améliorer la primo-prescription ?



Les besoins des IPA varient de l'expansion des pratiques à la reconnaissance institutionnelle.

Reconnaissance institutionnelle



Expansion des pratiques

Financement/reconnaissance

Reconnaissance institutionnelle insuffisante, rémunération inadaptée

Outils/logiciels

Outils informatiques, protocoles partagés

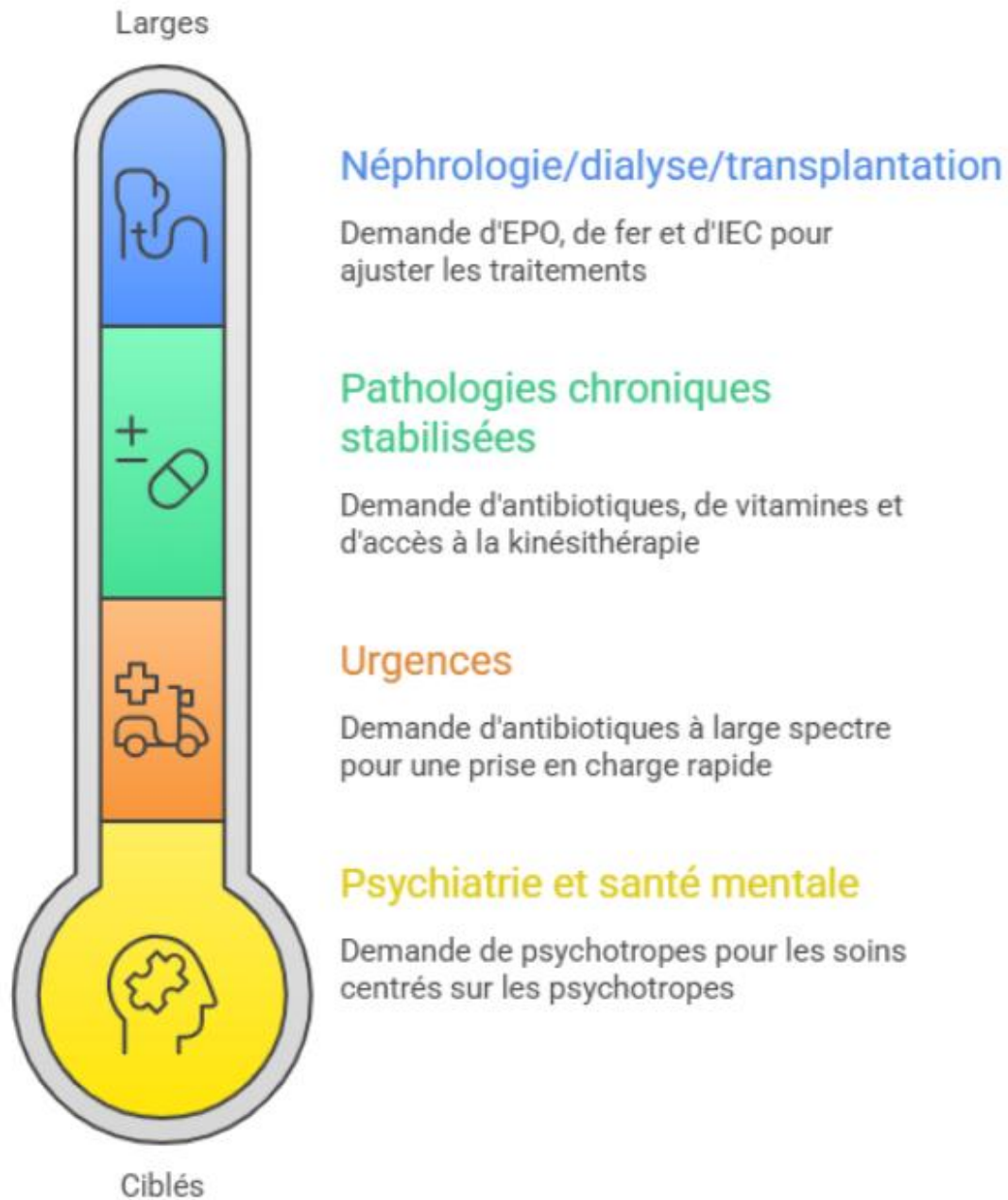
Adaptation des traitements

Listes limitées, réduit les délais de soins

Élargissement des listes

Maîtrise des actes, souhaite aller plus loin

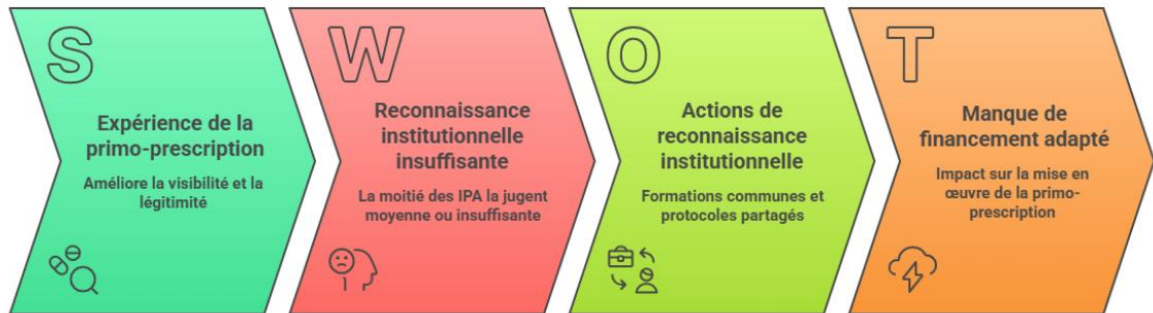
Besoins en primo-prescription varient selon la mention de l'IPA



Comprendre les leviers et les freins du terrain pour l'autonomie et le travail interprofessionnel



Reconnaissance institutionnelle des IPA



Mise en œuvre limitée de la primo-prescription par les IPA

