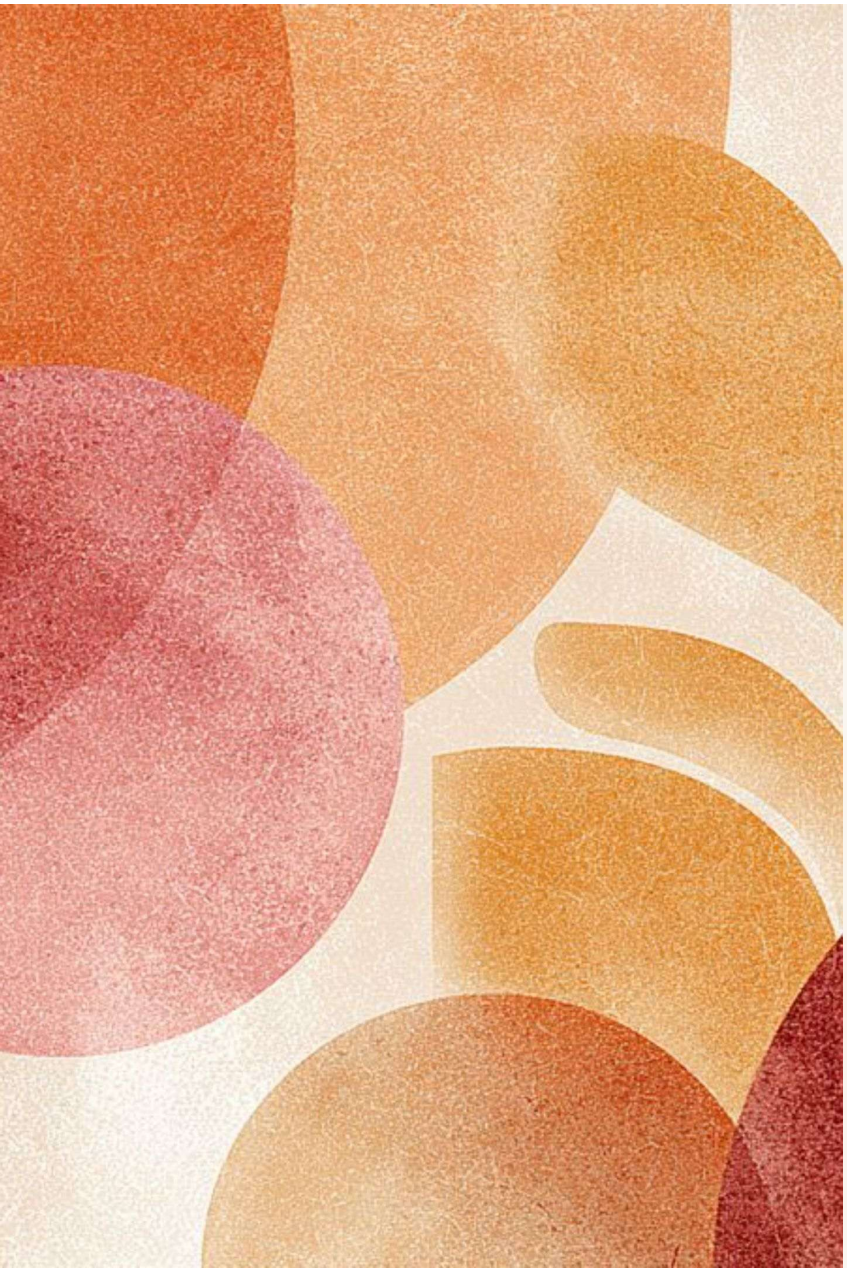


IPA DAY !

25 septembre 2026

1ère rencontre des Infirmiers en Pratique Avancée — Toutes mentions

Professionnels, partenaires, étudiants, usagers : *renforcer les liens et faire évoluer les pratiques pour construire ensemble les parcours de demain*

CHS DE LA SAVOIE

GHT SAVOIE - BELLEY

Qualiopi processus certifié

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Made with GAMMA

Ouverture institutionnelle

9h : Mot d’accueil de la Direction du CHS de la Savoie :

M. Olivier BENEVISE
Secrétaire Général

9h10– 9h30

Pecha Kucha des IPA

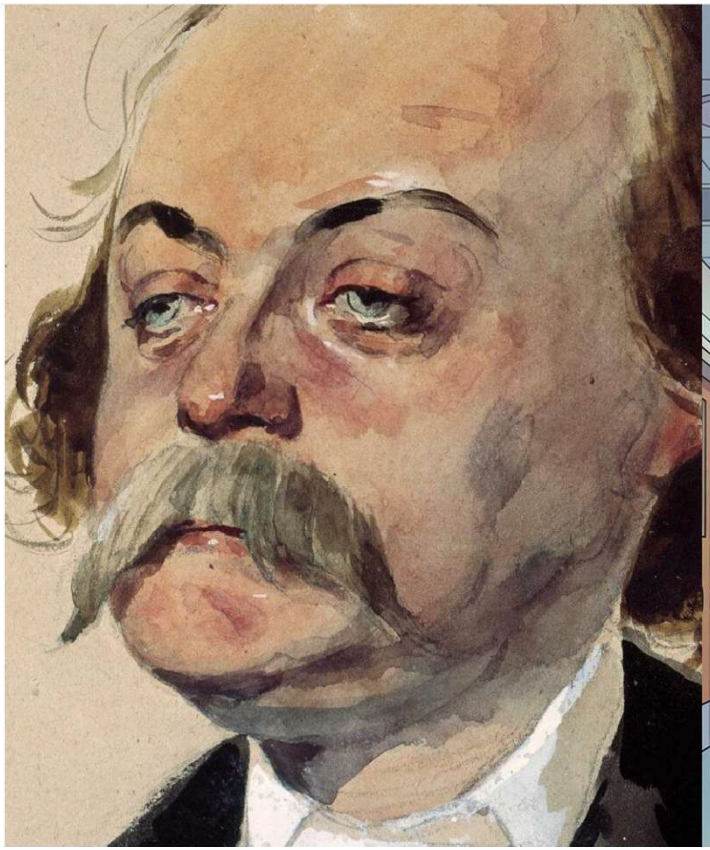


Made with GAMMA

Avoir un projet : Devenir IPA

Pecha Kucha

Un métier pétri de représentations







Convaincre que

l'élu je suis ...

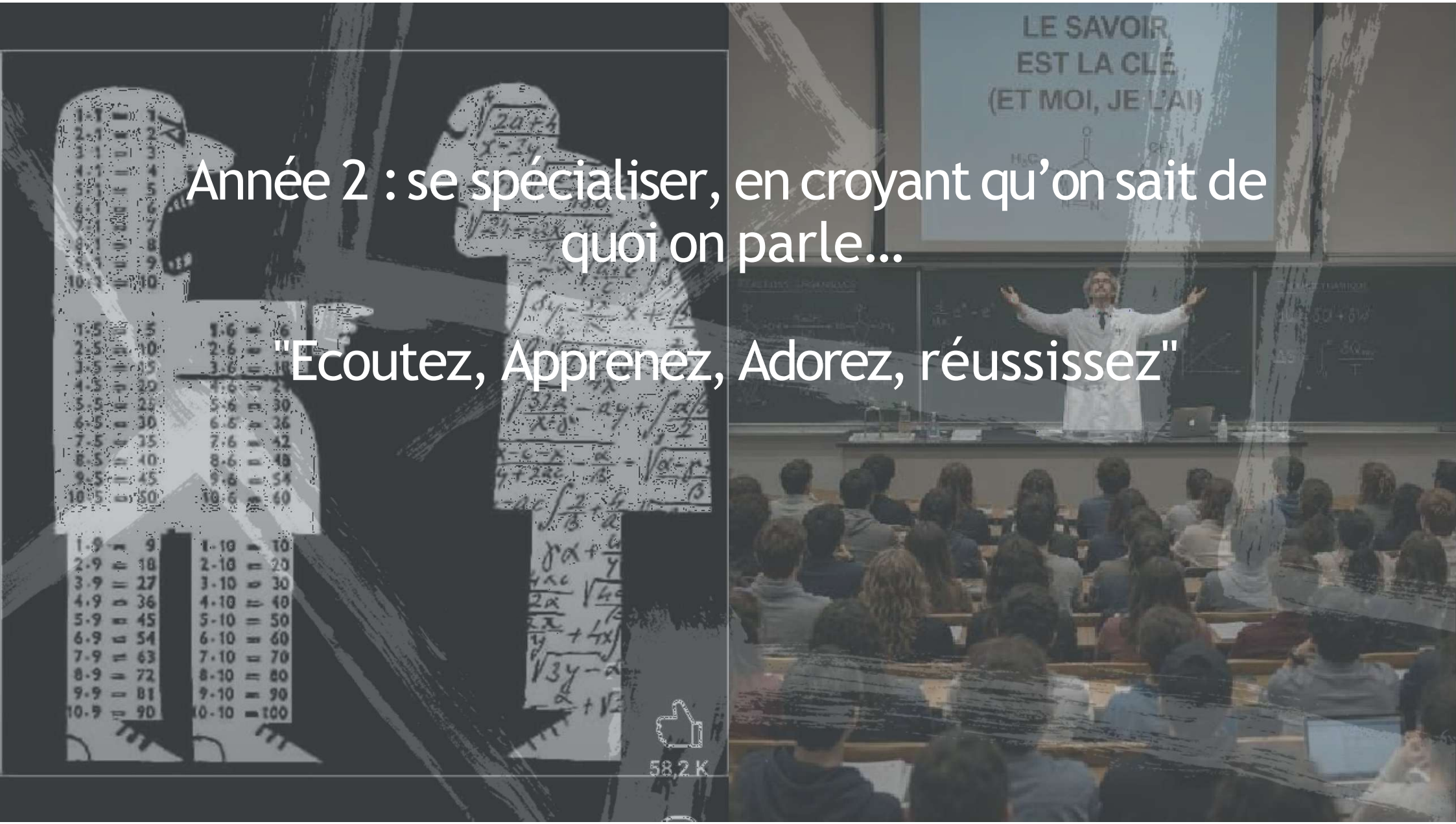


Commence un parcours du combatant
La fac





Année 1 : repartir de zéro en tout… Ou pas



Année 2 : se spécialiser, en croyant qu'on sait de quoi on parle...

"Ecoutez, Apprenez, Adorez, réussissez"


ASSISTANT(E) SOUS PAYÉ(E)
REMPLACEMENT DERNIÈRE MINUTE WEEK-ENDS INCLUS
CONTRAT PRÉCAIRE AUCUNE ÉVOLUTION
TRAVAIL À LA CHAÎNE ZÉRO AUTONOMIE
?
POSTE À RESPONSABILITÉS ÉQUIPE BIENVEILLANTE PROJET STIMULANT
ÉQUILIBRE VIE PRO / VIE PERSO HORAIRES FLEXIBLES
FORMATION & ÉVOLUTION CARRIÈRE
SALAIRE ATTRACTIF
Pour travailler où ? Mention, exercices, case, place … ou pas?



L’implantation : comment pousser, sans eau, sur un terrain aride…



Pour faire quoi : Hamric ex machina





Les forces du métier : souple et intuitif ?

Pratique clinique



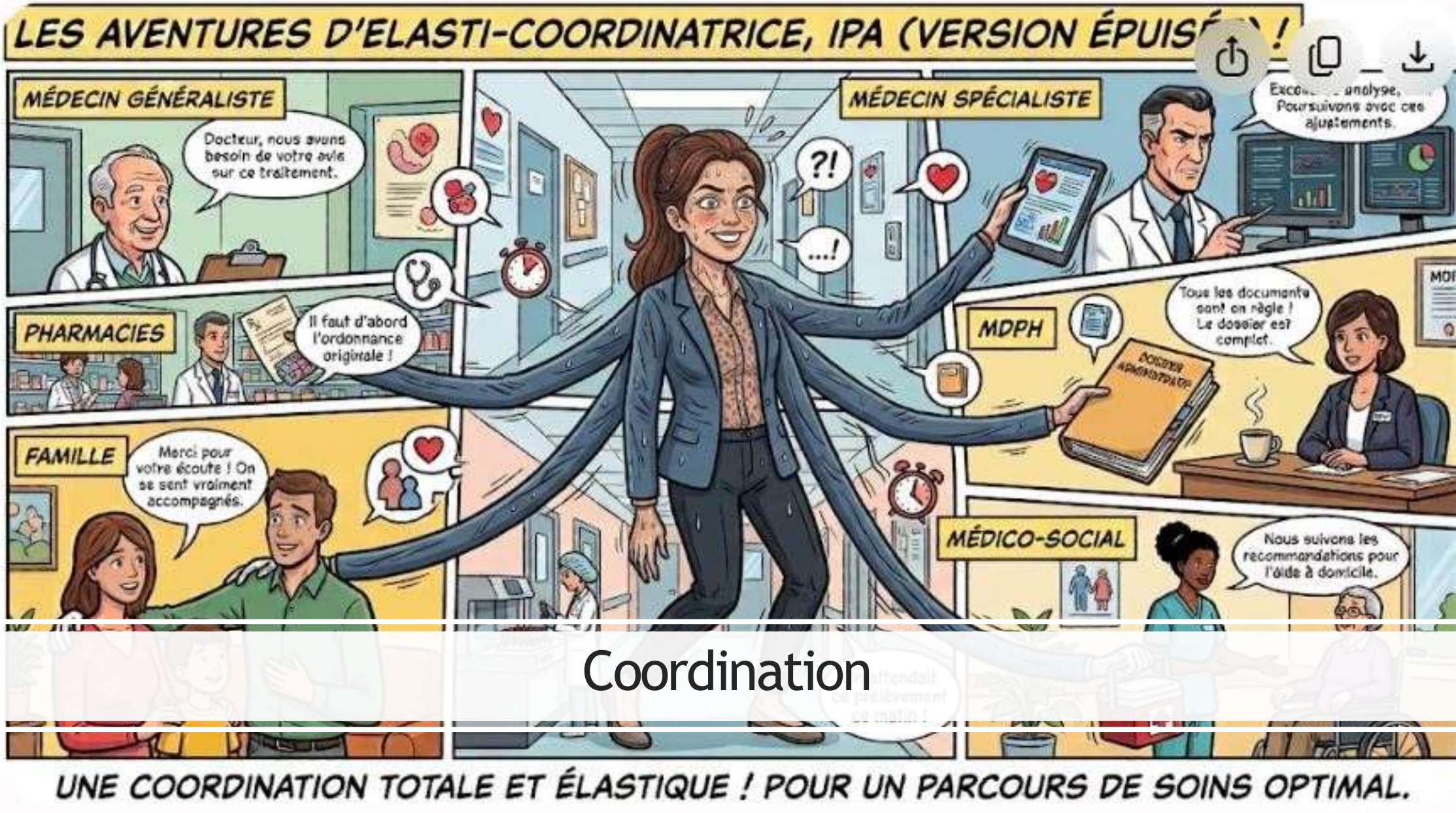


Ethique et tac





Recherche ou trouve ?



Coordination


CLASSE D'ÉLÈVES INFIRMIERS
INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS
SALLE DE CLASSE INFIRMIÈRE
- HOGWARTS FACULTY VISIT
SOINS INFIRMIERS
ANATOMIE & PHYSIOLOGIE
MAD-EYE MOODY
POMONA SPROUT

Formations


LEADER CHIP, SHEEP SHIP

Amélioration des pratiques





Horizon ?

Plus value ?







Un réseau riche, sain, émulation, bonheur joie, volupté

Note finale fraiche et florale

- A vraiment quel beau métier



MATIN

🎤 Matin — Vision & innovations

9h30 – 10h15 | 🌍 Conférence inspirante

IPA & approche populationnelle : vers une évolution des mentions ?

Lise M., IPA – Centre expert Parkinson, AP-HP / Sorbonne Université

10h15 – 10h30 | Pause & échanges

10h30 – 11h15 | 🚀 Innovation organisationnelle

Dispositif IMPACT : transformer les parcours medico-socaux

Julie C., Docteure en santé publique & l'équipe du dispositif de Chambéry

11h15 – 12h00 | 🤝 Coopération inter-territoires

Consommation contrôlée d'alcool : pratique avancée et EBM

Anthony B. & Jiafen L., IPA PSM Savoie & Haute-Savoie

🍽️ 12h00 – 13h00 | Déjeuner

Made with GAMMA

Transformer les parcours médico-sociaux

IMPACT

Dispositif innovant
Résultats probants
Transférabilité

Julie CACHARD, *docteure en santé publique*

Jean-Louis CORREIA, *médecin généraliste et concepteur du dispositif*

Nathalie GAMAIN, *IDE Intervenante clinique d'appui dans IMPACT*

Céleste PHOEUNG, *IPA dans IMPACT*

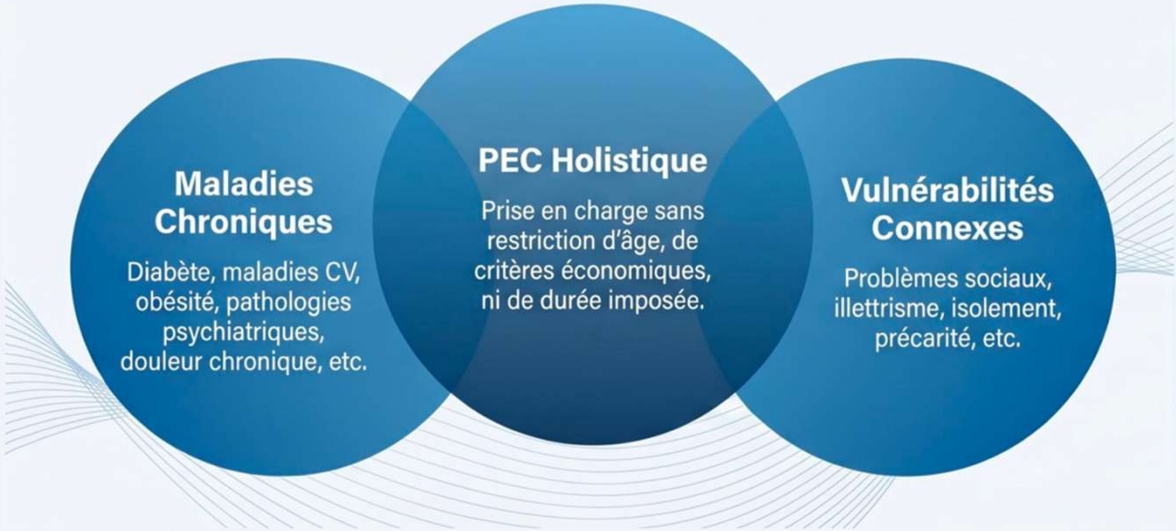


IMPACT

Itinéraire Médico-social
Programme d'Accompagnement
sur un Territoire

Pôle Santé Chambéry

Dispositif IMPACT



Évaluation de l'Effectivité

Indicateurs de résultats

Développement d'indicateurs simples et reproductibles par pathologie.

Modèle de Transférabilité

Besoin d'une méthodologie robuste pour l'essaimage vers d'autres pôles de santé.

Chiffres Clés

8000
Patients suivis par le PSC

490
Patients en file active IMPACT (2024)

Environ 200
Inclusions annuelles moyennes

GUIDE IMPACT

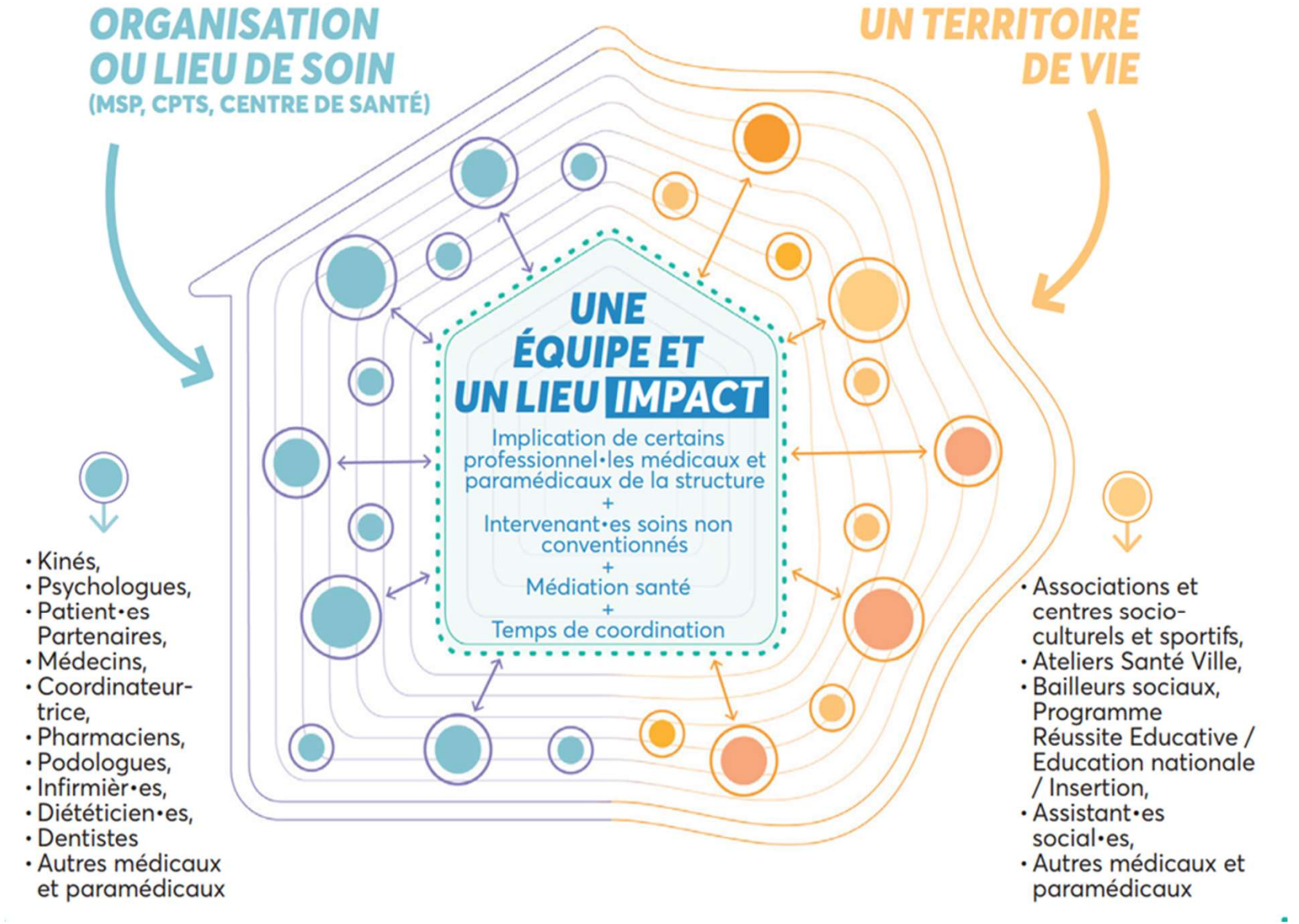
Itinéraire Médico-social
Programme d'Accompagnement
sur un Territoire

Aide à l'implémentation d'un dispositif IMPACT sur votre territoire

Une Equipe : Une approche globale de la sante

- Une posture non paternaliste et non descendante
- Centrée sur les patient • es
- Un travail d'équipe coordonné, avec médiateur/médiatrices.
- Le partage pertinent de l'information, parfois au-dela des professionnel • les du domaine médical et paramédical.
- L'accueil et la formation de nouveaux ou nouvelles intervenant • es dans IMPACT




ORGANISATION OU LIEU DE SOIN
(MSP, CPTS, CENTRE DE SANTÉ)
UN TERRITOIRE DE VIE
UNE ÉQUIPE ET UN LIEU IMPACT
Implication de certains professionnel·les médicaux et paramédicaux de la structure
+
Intervenant·es soins non conventionnés
+
Médiation santé
+
Temps de coordination
• Kinés,
• Psychologues,
• Patient·es Partenaires,
• Médecins,
• Coordinateur-trice,
• Pharmaciens,
• Podologues,
• Infirmièr·es,
• Diététicien·es,
• Dentistes
• Autres médicaux et paramédicaux
• Associations et centres socio-culturels et sportifs,
• Ateliers Santé Ville,
• Bailleurs sociaux, Programme Réussite Educative / Education nationale / Insertion,
• Assistant·es social·es,
• Autres médicaux et paramédicaux



Un territoire : approche intersectorielle et partenariale

- En proximité immédiate
- Sur plusieurs déterminants de la santé, dans une approche globale
- Champ médical mais pas seulement !
- Soutien mutuel entre professionnels

Un lieu dédié

- Identifiable / visibilité
- Facile d'accès
- Améliore l'orientation par les professionnels
- Permet une culture commune de l'équipe et des bénéficiaires
- Réalité tangible : favorise la participation des patients
- Convivial



La participation en santé des habitants et des usagers de l'Espace Ressources Santé (typologie) :

- Dans la gouvernance
- Dans l'organisation de l'offre territoriale
- Dans les coopérations territoriales
- Dans le relais auprès des habitants
- Dans le plaidoyer auprès des décideurs
- Dans la pair-aidance
- Dans la construction et l'animation de l'offre de soin collective
- Dans l'évaluation de l'offre de soin collective et individuelle
- Dans l'accompagnement de l'évolution des pratiques professionnelles



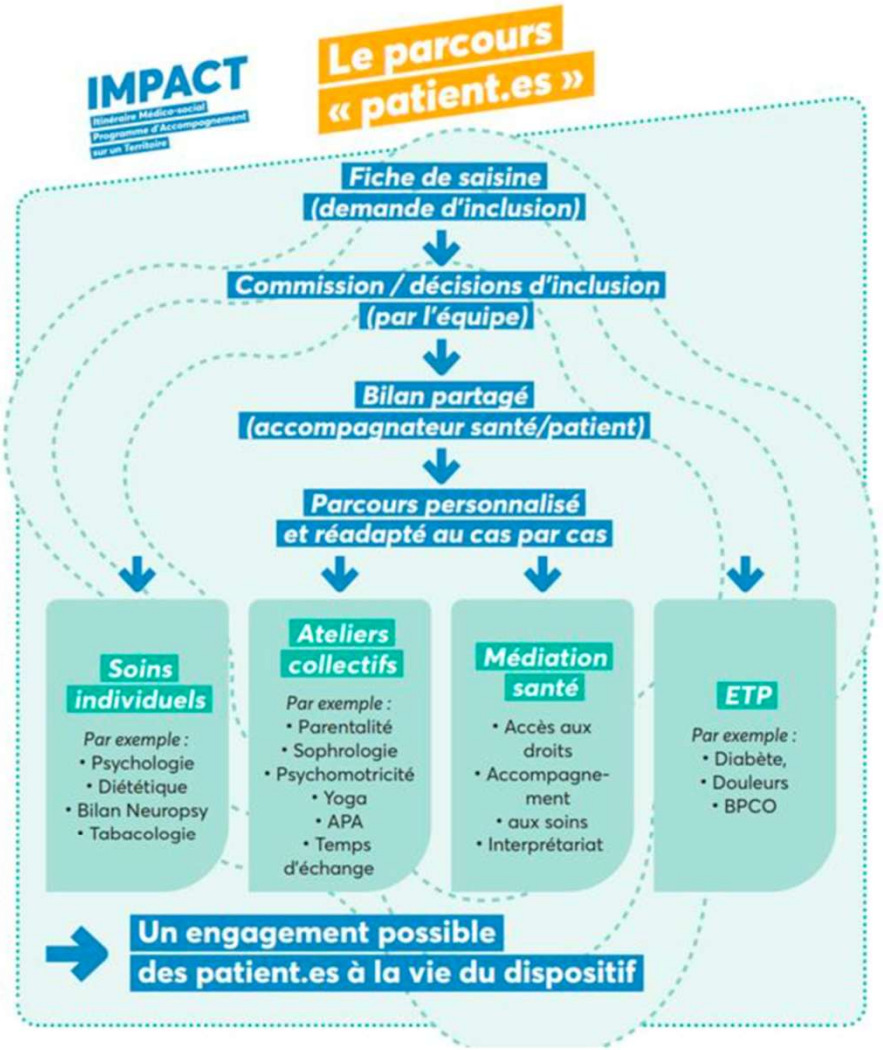
Les 8 registres d'activités d'IMPACT

		A Accompagnements individuels	B Démarches collectives / territoriales
1	Coordination des soins	1A ✓ Accompagnateur·trice santé. ✓ Concertations pluriprofessionnelles et intersectorielles.	1B ✓ Réseau intersectoriel de partenaires locaux.
2	Soins de supports et thérapies complémentaires	2A ✓ Consultations de soins non conventionnés.	2B ✓ Ateliers thématiques autour du lien social. ✓ Groupes de travail. ✓ Séances thérapeutiques.
3	Accès aux droits en santé et recours aux soins	3A Médiation santé et aide aux démarches administratives. ✓ Orientation vers les services sociaux. ✓ Suivi et accompagnements aux rendez-vous médicaux.	3B ✓ Communication autour du dispositif, sur les recours possibles et les actions de prévention.
4	Soutien de proximité aux professionnels médico-sociaux	4A ✓ Recours simple pour les professionnel·les de santé – Fiche de Saisine. ✓ Appui pour mettre en place, coordonner et/ou faire connaitre des actions de prévention.	4B ✓ Animation d'un lieu dédié à la santé globale au cœur du quartier. ✓ Formation « culture commune » réunissant soignant·es et travailleurs·euses du social.

Un état d'esprit transversal et fondamental

> Le renforcement du pouvoir d'agir des patient.es

- Un ancrage territorial, partenarial
- Aller-vers / médiation

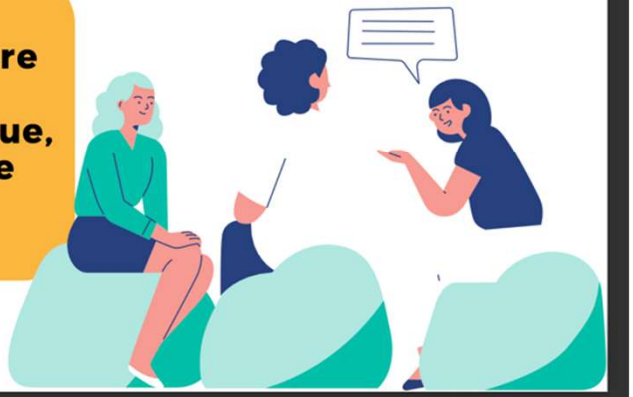


Critères d'inclusion

Etre atteint.e d'une maladie chronique (avec une définition qui reste très ouverte)

Avoir besoin d'un soutien pour résoudre des difficultés connexes qui viennent altérer globalement sa santé (isolement, douleurs, illettrisme, anxiété, problème de logement…)

Pas de critère d'âge, ni économique, ni de durée imposée



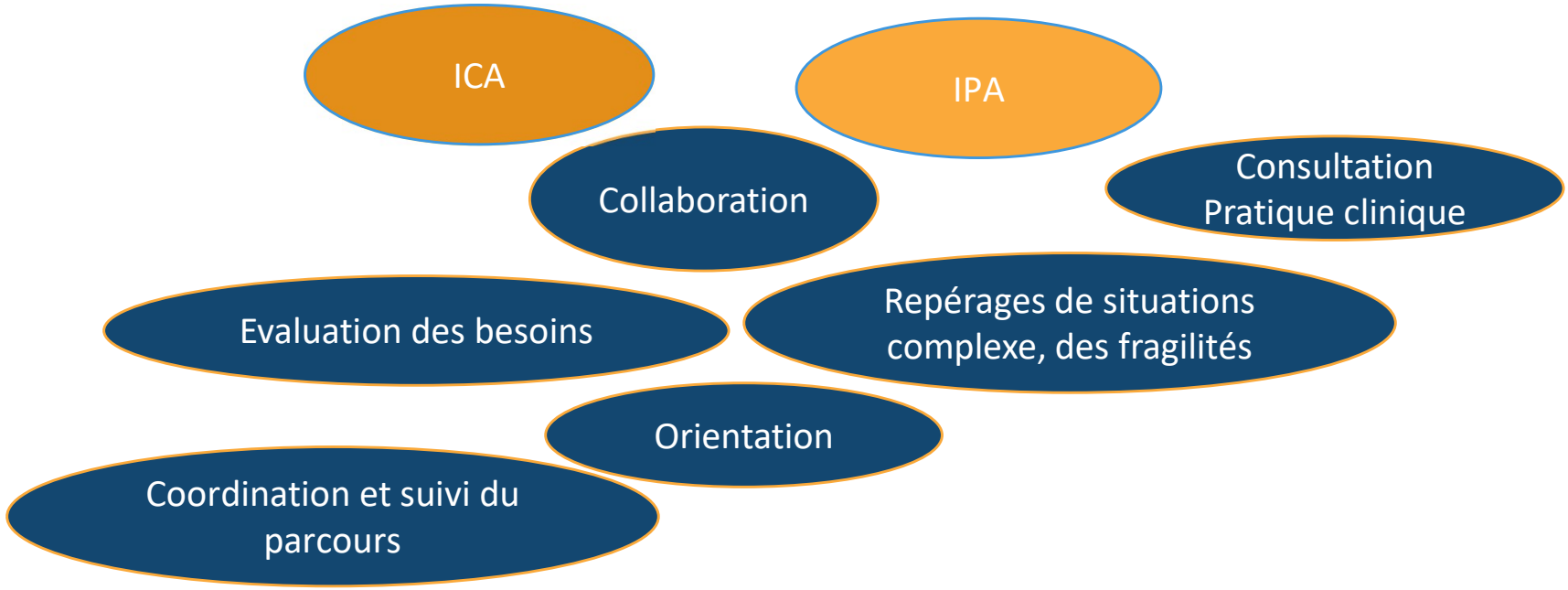
UNE COLLABORATION ÉTROITE ENTRE L'ICA ET L'IPA AU SEIN DU DISPOSITIF IMPACT

- **L'ICA : Intervenant- e Clinique d'Appui (créé en 2013)**

c'est un-e *Accompagnateur-trice santé* pour permettre un parcours personnalisé, adapté et concerté avec le patient

- **L IPA : Infirmier-e en pratique Avancée :**

c'est un infirmier-e aux compétences élargies dans le domaine médical pour permettre de gagner du temps médical, repérer les fragilités, évaluer et orienter les patients, renforcer les suivis



Exemple concret du parcours « personnes Agées » au Pôle Santé Chambéry

- Suivi médical « classique »
- Découverte de pathologies chroniques
- Suivi par l'**IPA** en délégation médicale
- Intégration dans le dispositif **IMPACT** pour étayer la situation en fonction des besoins : saisine et **ICA** mis en place
- Bilan initial de l'ICA : point sur la santé physique, mentale de la personne (bio-santé-environnement)
- Parcours d'étayage coconstruit ; APA, Diététique, Education Thérapeutique du Patient, soins de support si nécessaire, …

Quelques années passent

- Il est difficile pour la personne de faire face au quotidien, dépendance, situation complexe au domicile
- Saisine de **l'ICA de parcours gérontologique**
- Intervention de **l'IPA si besoin : AGGIR, MMS, …** pour mieux comprendre la situation
- Facilitation du maintien à domicile ou de la décision d'aller vers un établissement, travail en lien avec le médecin traitant et les familles

Illustration du suivi des personnes âgées au sein de notre Maison de Santé

J'ai 66 ans, je n'ai pas de maladie particulière

Je vais régulièrement chez mon **médecin traitant,** je fais des prises de sang, je vais chez le kiné



A l'extérieur de la Maison de Santé, je vais consulter **des spécialistes** pour faire des bilans

On me découvre un diabète de type 2

Il est difficile pour moi de m'occuper de mon diabète. On me conseille **d'aller "au Forum" (IMPACT)**. Je vois une diététicienne, je fais de l'activité physique, je rencontre d'autres personnes avec des soucis de santé





Alexis VIAL,
Enseignant APA



Les professionnels de santé et la médiatrice santé m'aident à comprendre les papiers, à préparer les rendez-vous à l'hôpital



Je comprends mieux ma maladie, les médicaments. Je fais de la gym dans un centre social. Je continue à voir le médecin, l'infirmière souvent. Je demande de l'aide de temps en temps.



Quelques années plus tard, les tâches du quotidien sont plus difficiles pour moi. Je veux rester chez moi, mais j'ai peu d'argent et mon fils et ma fille m'aident déjà beaucoup !

Mon infirmière habituelle fait venir une **"infirmière de parcours" chez moi.** Elle travaille au Pôle Santé aussi. Elle m'aide à remplir des dossiers pour avoir **des aides à domicile** chaque semaine. Elle est en lien avec **les administrations, les associations.**



Nathalie GAMAIN
ICA Parcours Gérontologie

IMPACT : Qu'est-ce que ça apporte ?

Pour les patients

- **Une prise en charge de proximité** – dans le quartier
- **Un accompagnement personnalisé** – avec un interlocuteur accessible
- **La circulation de l'information** – système d'information partagé
- **L'accès aux droits** – via la médiatrice santé notamment
- **L'accès à des soins non conventionnés**, APA, psychologues, diététicien.nes, ETP, Sophrologie ostéopathie, ergothérapeutes…
- **L'accès à des activités de groupes** qui développent le lien social
- **L'articulation entre différents acteurs de la santé** : bailleurs sociaux, Centre social, école, collectivités locales… pour une prise en charge globale

➔ **De la promotion de la santé !** – *Voir l'évaluation*

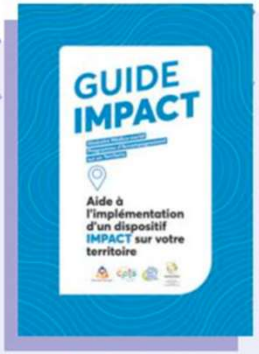


Pour les soignants

- **Un cadre de travail soutenant**
- **Du sens au travail**

La démarche de transférabilité

IMPACT
Itinéraire Médico-social
Programme d'Accompagnement
sur un Territoire



2020

EVALUATION
Montre l'efficacité du dispositif
Résultats : amélioration sur la nutrition / l'observance/la littératie/ le Lien social / les données biométriques

2022

ANALYSE DE TRANSFERABILITE
Modélisation / Comparaison 2 sites expérimentaux
Identification de 47 fonctions-clés

2023

CONCEPTION DU GUIDE D'IMPLEMENTATION
Aide à la décision pour les MSP, CDS, CPTS

2024-2025

ACCOMPAGNEMENT
Conception d'une formation et 2 MSP accompagnées en 2025

Une démarche rigoureuse, fondée scientifiquement

Elle a été accompagnée par Promotion Santé Auvergne-Rhône-Alpes et l'Observatoire régional de la santé **(ORS)** d'Auvergne-Rhône-Alpes (dispositif **Emergence**).

Elle s'appuie également sur le travail doctoral de Julie Cachard (**LEPS UR 3412**) "Ré-expérimenter la participation citoyenne dans les soins de première ligne : une recherche-action sur les dynamiques participatives au sein de maisons de santé en quartier populaire" 2022.

Elle se poursuit avec la collaboration de Chloé Hamant, consultante et chercheure associée au **Laboratoire TRIANGLE (UMR 5206).**

Évaluation du dispositif IMPACT :

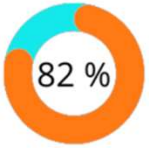
Les résultats



Amélioration de l'alimentation, 90% avec maintien dans le temps



Augmentation de l'activité physique, avec 3/4 maintien si APA



Meilleure compréhension de leurs problèmes de santé



Amélioration du rapport aux médicaments



Amélioration du moral, en lien avec le suivi



Diminution ou stabilisation de leur masse grasse viscérale

Méthode de recueil de données :

- **20 entretiens et 90 questionnaires patients en 2020**
- **Analyse dossiers médicaux 2016-2018**
- **Rapports d'activité 2013-2019.**

L'ensemble des résultats dans la synthèse de l'évaluation sont disponibles sur le **site du Pôle Santé Chambéry/Page IMPACT**

Etude rétrospective décrivant l'évolution de l'HbA1c chez les patients diabétiques et l'évolution de paramètres métaboliques chez des patients à risque cardiovasculaire dans le dispositif IMPACT

16/07/2026

Equipe projet

Pôle Santé Chambéry

LYREC
LYON RECHERCHE CLINIQUE

HEX·DATA

Une **équipe pluriprofessionnelle engagée** pour la valorisation de leur pratique.

Experts pour la recherche en milieu libéral : expertise médico-scientifique, méthodologique, logistique et réglementaire.

Sous la responsabilité du LyREC, **extraction et analyse des données.**

Définition des groupes

PATIENTS

- 18+ âgés de 18 ans et plus
- inclus dans le dispositif IMPACT entre 2014 et 2024
- présentant l'une des pathologies suivantes : cardiopathie ischémique, infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque, maladie cérébrovasculaire (accident vasculaire cérébral ou accident ischémique transitoire), maladie artérielle périphérique (comme artériopathie oblitérante des membres inférieurs), diabète, dyslipidémie, hypertension artérielle, obésité, tabagisme
- peu importe leur motif d'admission

CATÉGORISATION DES PATIENTS

Les patients avec au moins 2 dates de consultations seront catégorisés en 3 groupes :

GROUPE 1	GROUPE 2	GROUPE 3
'diabète'	'risque CV en prévention primaire'	'risque CV en prévention secondaire et/ou IRC'

Les patients avec une seule date de consultation (mais avec plusieurs données cliniques ou biologiques de suivi) seront aussi catégorisés en 3 groupes :

GROUPE 4	GROUPE 5	GROUPE 6
'diabète'	'risque CV en prévention primaire'	'risque CV en prévention secondaire et/ou IRC'

Objectifs et données recueillies

OBJECTIF PRINCIPAL

Mesurer au sein du dispositif IMPACT entre l'entrée dans le dispositif et la dernière valeur recueillie

GROUPE 1 'DIABÈTE' — L'évolution de l'**HbA1C**

GROUPE 2 'RISQUE CV EN PRÉVENTION PRIMAIRE' — Le changement de catégorie de risque CV **SCORE2**

OBJECTIFS SECONDAIRES

- Evaluer l'évolution temporelle de la pression artérielle et du cholestérol dans le **groupe 1** 'diabète', **groupe 2** 'risque CV en prévention primaire' et **groupe 3** 'risque CV en prévention secondaire'

Pression artérielle systolique (seulement si HTA*)

Pression artérielle diastolique (seulement si HTA*)

Cholestérol total (seulement si dyslipidémie**)

HDL cholestérol (seulement si dyslipidémie**)

LDL cholestérol (seulement si dyslipidémie**)

* patients avec HTA définis selon les antécédents
** patients avec dyslipidémie définis selon:
- les antécédents
- et/ou LDL cholestérol 2.6 ≥ mmol/L pour **groupe 1** et **groupe 2**, ou LDL cholestérol 1.8 ≥ mmol/L pour **groupe 3**

- Evaluer l'évolution temporelle de ces paramètres chez les patients qui n'ont consulté qu'une fois (**groupes 4, 5, 6**)

AUTRES DONNÉES RECUEILLIES

Poids corporel et taille pour identification des patients obèses

Statut tabagique pour identification des patients tabagiques actifs et calcul du SCORE2

eGFR pour identification des patients insuffisants rénaux chroniques (exclusion du groupe en prévention CV primaire)

TIMEPOINTS DES VARIABLES UTILISÉS

ENTRÉE Première occurrence de la variable la plus **proche** de la première consultation dans IMPACT

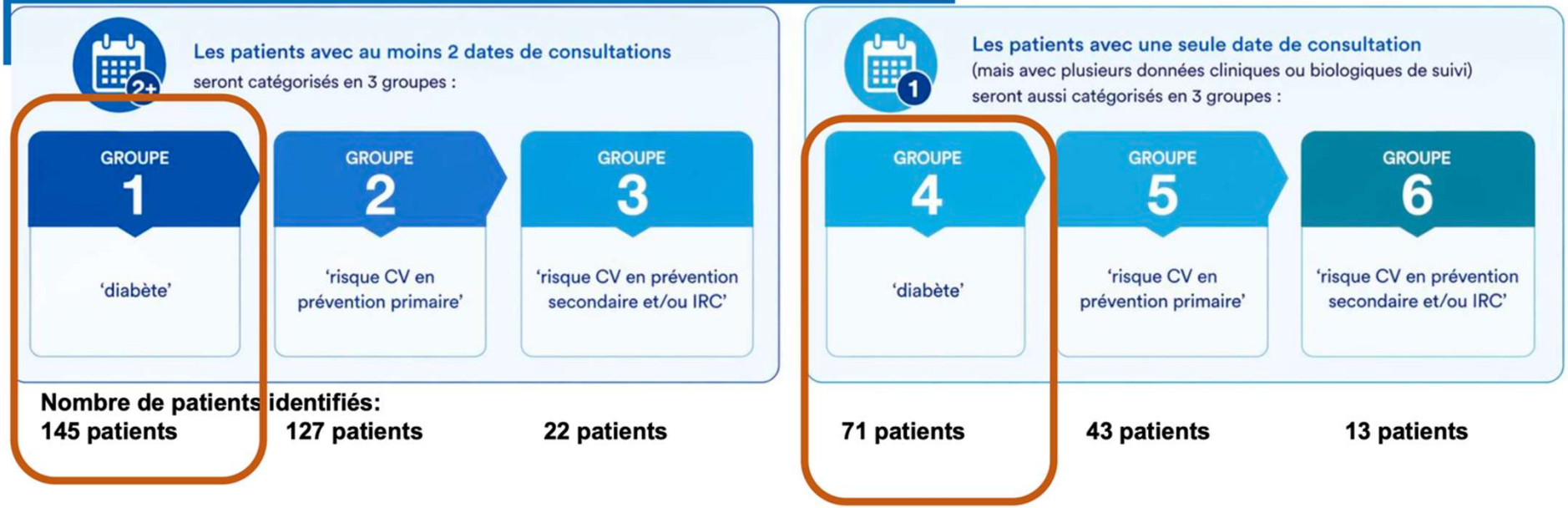
SORTIE Dernière occurrence de la variable même si à distance de la dernière consultation

¥ : On a plutôt défini les patients au dessus de leur objectif de LDL cholestérol. Seuils décidés en se basant sur la littérature en considérant un risque au minimum 'modéré' pour les groupes 1 et 2, et au minimum 'élevé' pour le groupe 3. Toutefois, ces groupes restent hétérogènes, avec des objectifs de LDL-cholestérol potentiellement plus stricts pour certains patients. Absence de recueil des traitements hypolipémiants.

Modalités de prise en charge des dyslipidémies, Recommandation de bonne pratique médicale 2025, Conseil scientifique domaine de la santé : https://conseil-scientifique.public.lu/dam-assets/publications/risques-vasculaires/dyslipidemies-2025-valide-par-cs.pdf

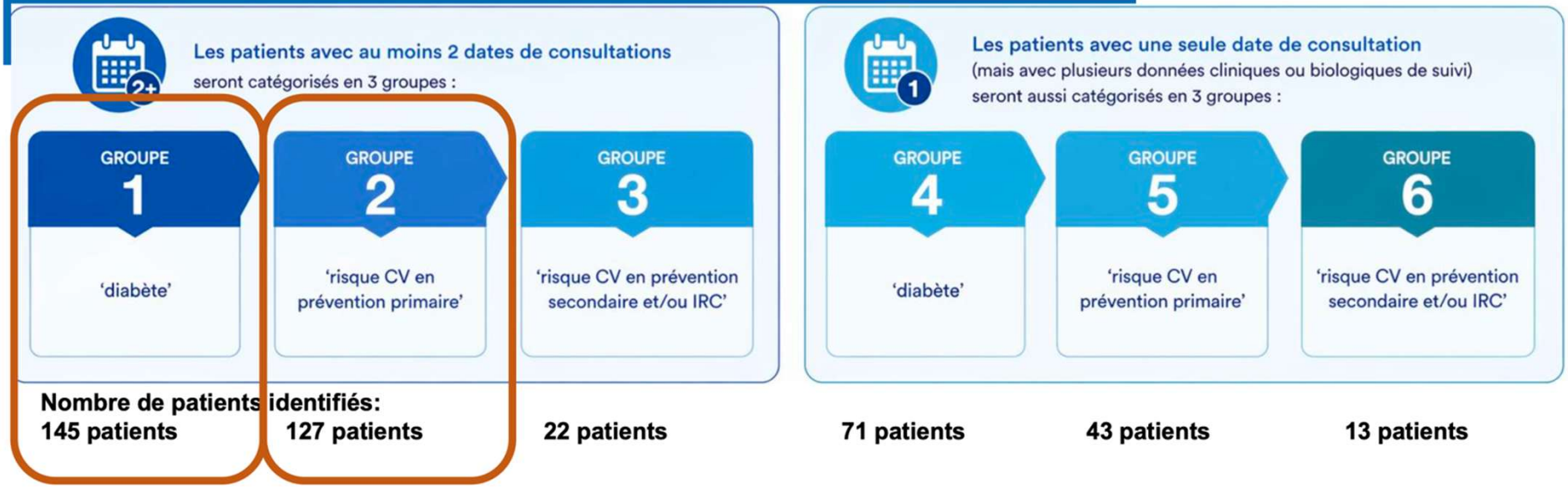
& SFE 2025 – Nouveau consensus français sur les dyslipidémies de l'adulte (en attente de publication): https://www.univadis.fr/viewarticle/sfe-2025-nouveau-consensus-fran%C3%A7ais-dyslipid%C3%A9mies-2025a1000rtx

Synthèse des résultats HbA1C



Diabétiques sévères (HbA1c ≥ 8% à l'entrée)	Évolution quantitative	Significativité Statistique	Pertinence Clinique
	Diminution moyenne de 0,67 % (suivi médian : 2 ans)	Non significatif	Cliniquement pertinent
	48,1% des patients sévères avec diminution HbA1c ≥ 0,5%	Non significatif	Cliniquement pertinent
	Tendance à une dernière HbA1c mesurée plus faible si ≥ 2 consult. vs 1 seule consult.	Non significatif	Suggère un potentiel effet-dose du suivi dans le dispositif à confirmer

Synthèse des résultats de pression artérielle systolique



Profil Patient	Évolution quantitative	Significativité Statistique	Pertinence Clinique
Diabétiques (tous profils)	**Diminution moyenne PAS de -7,1 mmHg**	Significatif	Cliniquement pertinent : associé à une ↓ du risque d'événements CV majeurs
Diabétiques (tous profils)	**39,2 % des patients avec diminution ≥ 10 mmHg de la PAS entre entrée et dernière valeur mesurée**	Significatif	Cliniquement pertinent : associé à ↓ du risque d'évt CV, maladie coronaire et insuffisance cardiaque
Prévention CV primaire	**Diminution moyenne PAS de -5,9 mmHg**	Non significatif	Cliniquement pertinent
Prévention CV primaire	**43,2 % des patients avec diminution ≥ 10 mmHg de la PAS entre entrée et dernière valeur mesurée**	Non significatif	Cliniquement pertinent

Mise en perspective des résultats de pression artérielle systolique

Profil Patient	Évolution quantitative	Significativité Statistique	Pertinence Clinique
Diabétiques (tous profils)	**Diminution moyenne PAS de -7,1 mmHg**	Significatif	Cliniquement pertinent : associé à une ↓ du risque d'événements CV majeurs
Diabétiques (tous profils)	**39,2 % des patients avec diminution ≥ 10 mmHg de la PAS**	Significatif	Cliniquement pertinent : associé à ↓ du risque d'évt CV, maladie coronaire et insuffisance cardiaque
Prévention CV primaire	**Diminution moyenne PAS de -5,9 mmHg**	Non significatif	Cliniquement pertinent
Prévention CV primaire	**43,2 % des patients avec diminution ≥ 10 mmHg de la PAS**	Non significatif	Cliniquement pertinent

💊 **Interventions Médicamenteuses**
Cible intensive (< 120 mmHg) : baisses brutes de -18 à -26 mmHg (*ACCORD, 2010 ; Bi, 2025 ; Wang, 2025*).
Innovations récentes (Baxdrostat, Aprocitentan) : Baisses brutes de ~-14,-15 mmHg à court terme (*Aziz, 2026 ; Schlaich, 2022*).
Quadrithérapie (Ultra-faible dose) : -6,9 à -7,7 mmHg vs contrôle (*Chow, 2021*).

🍎 🪶 **Mode de vie**
Substitut de sel : -3,3 mmHg vs contrôle à 60 mois (-4,6 mmHg à 12 mois) (*Neal, 2021*).
Régime DASH seul : -2,2 à -5,9 mmHg; baisse sodium seule : -1,3 à -4,6 mmHg (*Sacks, 2001*).
Activité physique seule : -6,32 à -9,22 mmHg selon le type d'exercice (*Edwards, 2023*).
Programme intensif C-LIFE (4 mois) : -12,5 mmHg PA clinique, -7,0 mmHg MAPA 24h vs groupe témoin (*Blumenthal, 2021*).

🏥 **Programmes intégrés multidisciplinaires**
Méta-analyses : -2,3 mmHg (*Lim, 2018*), -3,3 mmHg vs soins courants (*Zarora, 2022*), -6,26 mmHg vs contrôle (*Zhao, 2022*).
Etude coordination multidisciplinaire avec coordination des soins : -1,93 mmHg vs contrôle, optimisé à -3,7 mmHg (vs contrôle) avec incitations financières (*Zhang, 2017*).
Suivi structuré tous les 6 mois en Médecine Générale : -6,0 mmHg à 24 mois vs -1,24 mmHg en soins courants (*Pouchain, 2013*).

Un enjeux central

L’accompagnement méthodologique Pour le déploiement du dispositif IMPACT

Pôle Santé Chambéry



IMPACT
Itinéraire Médico-social
Programme d'Accompagnement
sur un Territoire

Se former en équipe de soins coordonnés pour répondre aux situations médico-sociales complexes

Public

Acteurs de santé de l'exercice coordonné

MSP/CPTS

Centre de santé

Objectifs

Préciser les enjeux des situations médicosociales complexes

Connaitre les dimensions de la santé participative et savoir comment la développer

Comprendre les principes d'intervention d'IMPACT

Programme de formation

Module 1 : **Les indications d'application d'IMPACT**
- Cas cliniques
- Formaliser les situation médico-sociales complexes /situations d'urgence
- Les registres d'activité du dispositif IMPACT

Module 2 : **La construction du dispositif**
- Le parcours du patientLes conditions de départ et les perspectives de développement
- Le partage de l'information, la traçabilité et l'évaluation
- Transposer ces éléments dans votre structure

Module 3 : La mobilisation de l'équipe et des partenaires
- Les valeurs
- L'argumentaire

Module 4 : **Le développement du pouvoir d'agir individuel et collectif des patient.es**
- Les principes de l'intervention en promotion de la santé
- Objectifs et leviers de la participation des patient.es et des professionnel.les/ l'importance d'un lieu dédié

Module 5 : **Le partenariat intersectoriel**
- Comment développer réellement un partenariat – l'outil GUIDE UP Partenariat

Module 6 : **Les modes de financement**
- Pistes pratiques pour financer le développement du dispositif IMPACT



Qualiopi
processus certifié
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

TRANSFERABILITE du dispositif IMPACT

Proposer un accompagnement aux structures d'exercice coordonné

MSP, CPTS, Centre de santé

Format de l'accompagnement - en 3 temps

A. **Deux jours d'ateliers collectifs en présentiel**

B. **Une rencontre collective en distanciel sur une demi-journée**

C. **Possibilité de se rendre dans votre structure** pour une présentation de la démarche à l'équipe et/ou vos partenaires

Coût : L'accompagnement (Ateliers-formation et rencontre en distanciel) **est gratuit** pour les participants, car pris en charge par Promotion Santé ARA – financements ARS Emergence

Engagement : L'implication dans la démarche suppose **au moins 3 personnes par structure** aux ateliers et rencontres



Merci pour votre écoute !

- Pour nous contacter

Espace Ressource Santé
57 place du Forum, Hauts-de-Chambéry

0479716919

contact@polesantechambery.fr

Site internet www.polesantechambery.fr



VARIATION

ARSi PUBLICATION

L'objectif, les bénéfices et la faisabilité de la consommation contrôlée dans la prise en charge des patients ayant des troubles de l'usage d'alcool : une revue narrative de la littérature

The objectives, benefits, and feasibility of controlled drinking in the management of patients with alcohol use disorders: A narrative literature review

Jiafen LEGRAND, infirmière en pratique avancée, centre hospitalier Annecy Genevois, Annecy, France

Anthony BESSON, infirmier en pratique avancée, centre hospitalier spécialisé de la Savoie, Bassens, France

Benoît CHALACON, infirmier, Ph.Dc, centre hospitalier le Vinatier, Bron, France

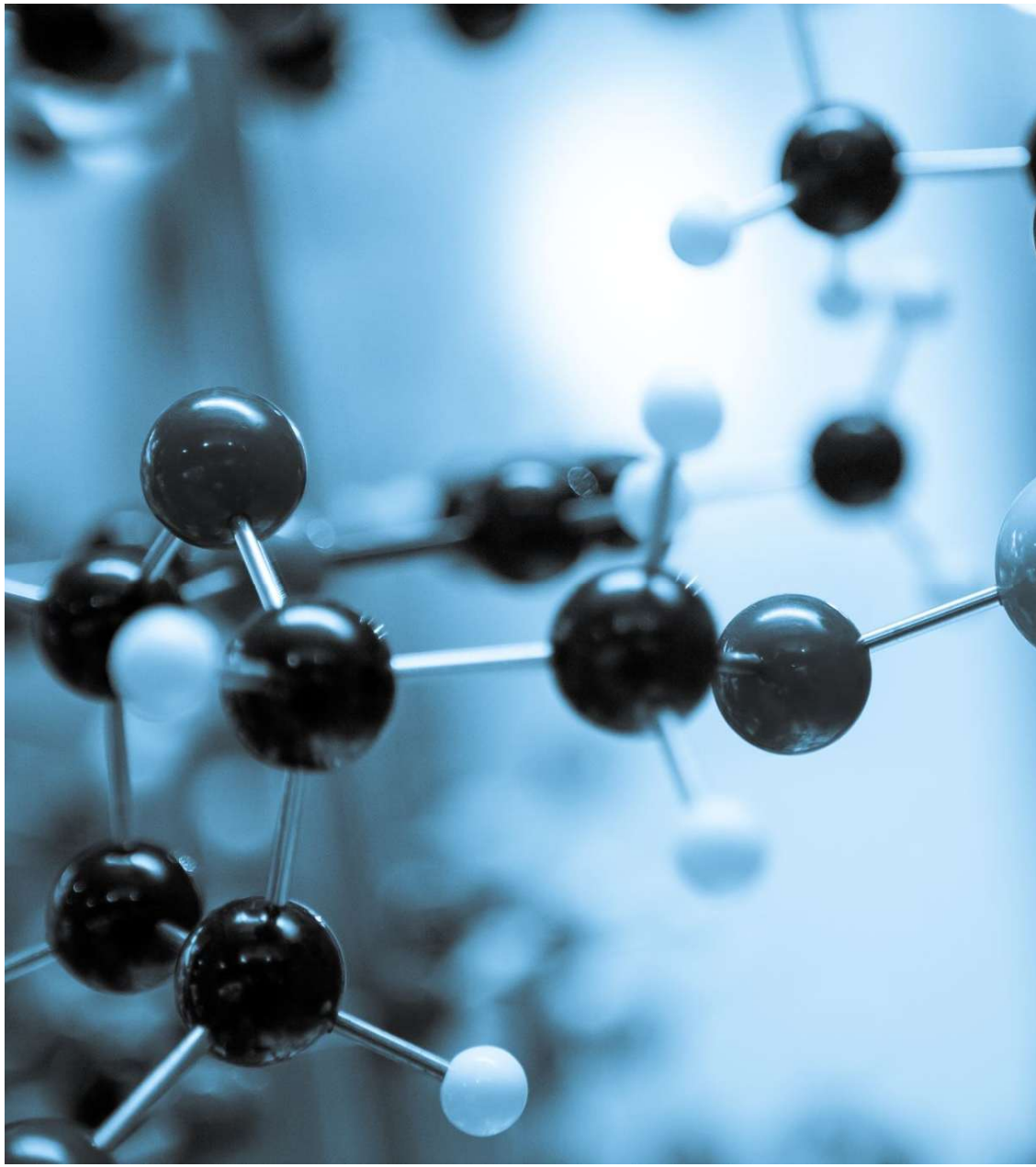
Florence POLICARD, infirmière, Ph.D, Maitre de conférences Sciences infirmières, Université Clermont Auvergne, Laboratoire ACTé - EA4281, Clermont-Ferrand, France



Préambule

- D'un travail de fin d'étude Master
- A une publication scientifique

- Legrand J, Besson A, Chalancon B, Policard F. L’objectif, les bénéfices et la faisabilité de la consommation contrôlée dans la prise en charge des patients ayant des troubles de l’usage d’alcool : une revue narrative de la littérature. Rech Soins Infirm. 2025 Sep;(162):62-79.



Introduction



- Trouble de l'usage d'alcool (TUA)*

Les 11 critères diagnostic du DSM- 5 des troubles de l'usage
• Besoin impérieux et irrépressible de consommer la substance (craving) • Perte de contrôle sur la quantité et le temps dédié à la prise de substance • Beaucoup de temps consacré à la recherche de substances • Augmentation de la tolérance au produit addictif • Présence d'un syndrome de sevrage, c'est-à-dire de l'ensemble des symptômes provoqués par l'arrêt brutal de la consommation • Incapacité de remplir des obligations importantes • Usage même lorsqu'il y a un risque physique • Problèmes personnels ou sociaux • Désir ou efforts persistants pour diminuer les doses ou l'activité • Activités réduites au profit de la consommation • Poursuite de la consommation malgré les dégâts physiques ou psychologiques
Ces critères permettent de caractériser le degré de sévérité de l'addiction : • Présence de 2 à 3 critères : addiction faible • Présence de 4 à 5 critères : addiction modérée • Présence de 6 critères ou plus : addiction sévère

Selon l'OMS, on estimait en 2019 qu'environ 400 millions de personnes âgées de 15 ans et plus présentaient un TUA, **soit 7% de la population adulte mondiale.

En Europe, la prévalence du TUA est environ 10,7%. Celle de la dépendance à l'alcool est 5,8%.

Mission Interministérielle de Lutte Contre les Drogues et les Conduites Addictives (MILDECA). (2015). Qu'est-ce qu'une addiction ?
***World Health Organization. Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders. (2024)*

Introductio

< 10 % des personnes alcoolodépendantes sont traitées par des psychothérapies, seules ou combinées avec des médicaments en Europe[4]

Une partie de ces personnes alcoolodépendantes sont dans le deni[1]

L'abstinence fait peur[2,3]



1. Sobell LC, Ellingstad TP, Sobell MB. Natural recovery from alcohol and drug problems: Methodological review of the research with suggestions for future directions. Addiction. 2000 mai;95(5):749-64.
2.Keyes KM, Hatzenbuehler ML, McLaughlin KA, Link B, Olfson M, Grant BF, et al. Stigma and treatment for alcohol disorders in the United States. Am J Epidemiol. 2010 déc;172(12):1364-72.
3. Pescosolido BA, Martin JK, Long JS, Medina TR, Phelan JC, Link BG. « A disease like any other »? A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence. Am J Psychiatry. 2010 nov;167(11):1321-30.
4.Rehm J, Shield KD, Rehm MX, Gmel G, Frick U. Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe: potential gains from effective interventions for alcohol dependence.2013

Introduction

La difficulté d'atteindre une abstinence complète est démontrée par de nombreuses études[5,6,7].

La consommation contrôlée d'alcool (CC) est considérée comme une approche alternative qui pourrait encourager les individus ayant un TUA à adhérer aux soins[8].

CEPENDANT

Peu de pratique ! [9,10]

?

5.Gual A, Lligoña A, Colom J. Five-year outcome in alcohol dependence. A naturalistic study of 850 patients in Catalonia. Alcohol Alcohol. 1999;34(2):183-92.

6. Van den Brink W. Evidence-based pharmacological treatment of substance use disorders and pathological gambling. Curr Drug Abuse Rev. 2012 mars;5(1):3-31.

7.Merkx MJM, Schippers GM, Koeter MWJ, Vuijk PJ, Oudejans SCC, Stam RK, et al. Guidelines for allocating outpatient alcohol abusers to levels of care: Predictive validity. Addict Behv. 2011 juin;36(6):570-575.

8.Sobell MB, Sobell LC. Controlled drinking after 25 years: how important was the great debate? Addiction. 1995 sept;90(9):1149-53; discussion 1157-1177.

9. Van Amsterdam J, Van den Brink W. Reduced-risk drinking as a viable treatment goal in problematic alcohol use and alcohol dependence. J Psychopharmacol. 2013 nov;27(11):987-97.

10.Luquiens A, Reynaud M, Aubin HJ. Is controlled drinking an acceptable goal in the treatment of alcohol dependence? A survey of French alcohol specialists. Alcohol Alcohol. 2011;46(5):586-91.

Introduction

-- une définition non consensuelle

	Dénomination	Définition
European medicines agency	**EMA** [11]	**Consommation modérée significative**	Une réduction de consommation d'alcool cliniquement significative qui induit une réduction de risque : -diminution de la consommation mensuelle mesurée en gramme d'alcool pur/jour ; -diminution du nombre de jours de consommation excessive ; -consommation excessive est définie par une consommation de plus de 40 grammes d'alcool pur pour les femmes et 60 grammes pour les hommes pour une occasion.
Food and drug administration	**FDA** [12]	**Sans consommation excessive (consommation à bas risque)**	Ne dépasse jamais 3 verres (femme) ou 4 verres (homme) pour une occasion
National institute on alcohol abuse and alcoholismn	**NIAAA** [13]	**Consommation modérée à bas volume**	1 verre ou moins (femme) et 2 verres ou moins (homme) par jour
		Consommation modérée à bas risque	Ne dépasse jamais 3 verres (femme) ou 4 verres (homme) par jour

11. European medicines agency. Guideline on the development of medicinal products for the treatment of alcohol dependence [Internet]. London: European medicines agency; 2010.

12. Food and drug administration. Alcoholism : developing drugs for treatment. Maryland: Food and drug administration; 2015.

*13.National institute on alcohol abuse and alcoholism. Alcohol's Effects on Health: research-based information on drinking and its impact [Internet]. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism; 201***1.**

Objectifs de l'étude

objectif principal

- Les définitions du concept de consommation contrôlée d'alcool (CCA) ;

- Leurs bénéfices

Objectifs secondaires

- La faisabilité de la CCA ;

- Les caractéristiques des patients qui choisissent et réussissent la CCA;

- Les traitements recommandés

Méthode



- Revue narrative de la littérature ;

- Mots-clés définis via la méthode PICO :

trouble de l'usage d'alcool - consommation contrôlée - réduction des risques et des dommages - abstinence - thérapie.

- Les bases de donées

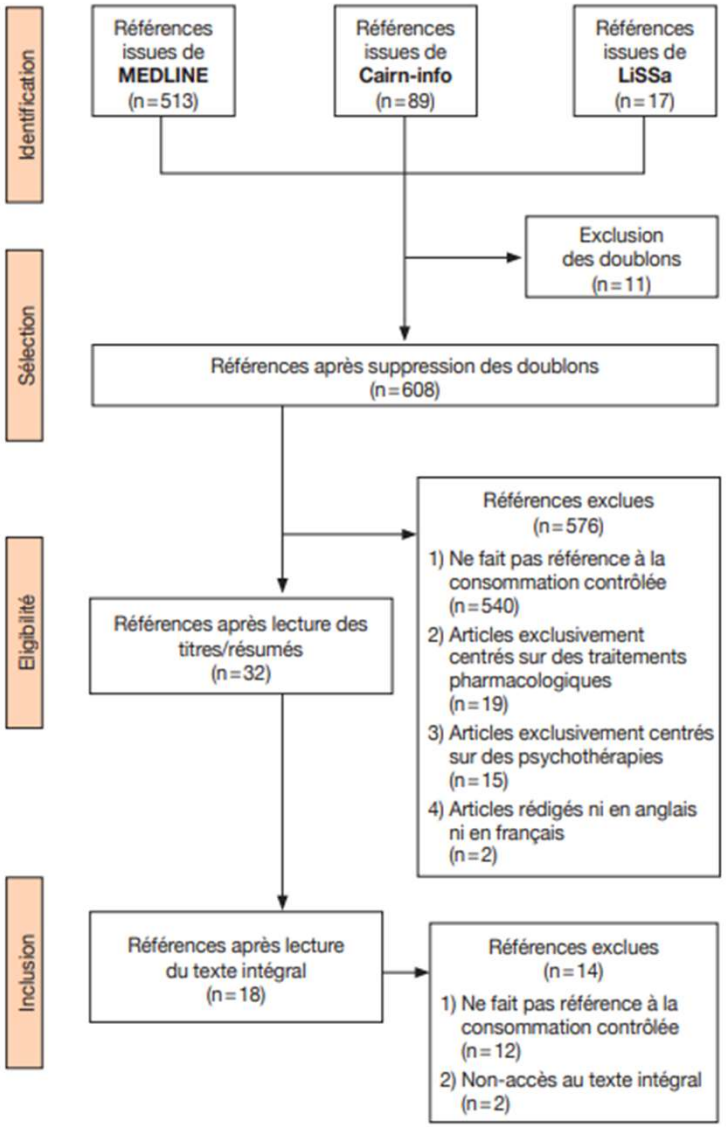
Medline, LiSSa, CAIRN.

- Un filtre de 10 ans

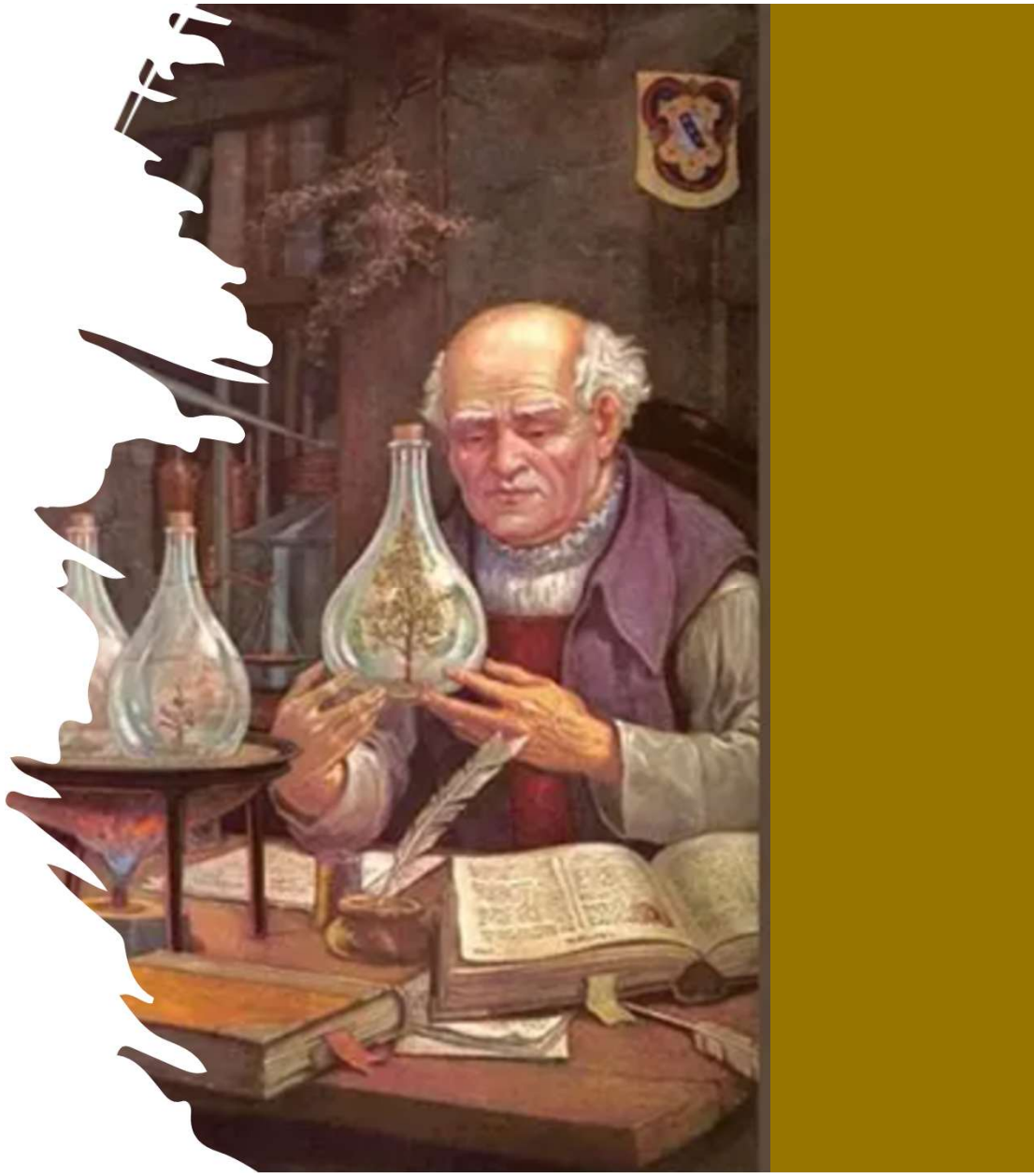
décembre 2013 à décembre 2023.

PICO : population, intervention, comparaison, outcomes.

Méthode


Identification
Références issues de MEDLINE (n=513)
Références issues de Cairn-info (n=89)
Références issues de LiSSa (n=17)
Sélection
Exclusion des doublons (n=11)
Références après suppression des doublons (n=608)
Eligibilité
Références exclues (n=576)
1) Ne fait pas référence à la consommation contrôlée (n=540)
2) Articles exclusivement centrés sur des traitements pharmacologiques (n=19)
3) Articles exclusivement centrés sur des psychothérapies (n=15)
4) Articles rédigés ni en anglais ni en français (n=2)
Références après lecture des titres/résumés (n=32)
Inclusion
Références après lecture du texte intégral (n=18)
Références exclues (n=14)
1) Ne fait pas référence à la consommation contrôlée (n=12)
2) Non-accès au texte intégral (n=2)

RESULTATS



DEUX STRATEGIES DISTINCTES

Réduction des dommages

Elle cherche à soutenir les projets personnels des individus, à améliorer leur qualité de vie et à réduire les dommages liés à la consommation (black-out, symptômes de sevrage à cause de manque de moyens pour se procurer de l'alcool).

La réduction des dommages n'a pas la même intention thérapeutique que celle de la réduction de consommation.

*Consommation à bas risque

La CCA

-Une approche axée sur une réduction de la quantité d'alcool consommée.
- un « retour à une consommation non dommageable pour la santé»[14]

14 .Dano C, Le Geay F, Brière M. Diagnostic et prise en charge des troubles de l'usage d'alcool : données récentes. Encephale. 2014.

UNE DEFINITION DE CONSOMMATION UTILISE EN RECHERCHE

NIAAA [13]
National institute on alcohol abuse and alcoholism
Ne dépasse jamais 3 verres (femme) ou 4 verres (homme) par jour.

Définition selon le critère de l'OMS [15]

Niveau de risque	Consommation de pure d'alcool en gramme par jour
Abstinence (0 risque)	0 gramme
Bas risque	1-40 grammes (homme) / 1-20 grammes (femme)
Moyen risque	41-60 grammes (homme) / 21-40 grammes (femme)
Haut risque	61-100 grammes (homme) / 41-60 grammes (femme)
Très haut risque	> 101 grammes (homme) / > 61 grammes (femme)

15 .World health organization. International guide for monitoring alcohol consumption and related harm [Internet]. Geneva: World health organization; 2000.



LA CONSOMMATION CONTROLEE : UNE STRATEGIE QUI MARCHE

La **méta-analyse de Henssler** et al.[17]a utilisé les critères de bas et moyen risque de l'OMS, ainsi que le critère de bas risque de NIAAA, pour définir une CCA.

- Les résultats montrent qu'il n'y a pas de différences significatives entre les groupes traité pour un objectif d'abstinence et ceux traités pour un objectif de CCA. Cependant, ce résultat est basé sur un petit nombre d'essais cliniques randomisés avec un faible effectif.
- Les critères de l'étude : obtenir une CCA ou l'abstinence ; amélioration du fonctionnement social, la proportion des patients qui maintiennent l'abstinence, le taux de rechute et le taux d'abandons.

16. Henssler.J, Müller M, Carreira H, Bschor T, Heinz A, Baethge C. Controlled drinking-non-abstinent versus abstinent treatment goals in alcohol use disorder: a systematic review, meta-analysis and meta-regression. Addiction. 2021 août;116(8):1973-87.



LA CONSOMMATION CONTROLEE : UNE STRATEGIE QUI MARCHE

- L'étude de Witkiewitz et al.(17) a utilisé les critères de bas risque comme < 5 verres par jour pour les hommes et < 4 verres par jour pour les femmes.
- Les résultats montrent qu'il n'y a pas de différences significatives entre un groupe abstinent et un groupe de CCA.
- Les critères de l'étude : les conséquences négatives liées à l'alcool et le fonctionnement psychosociale.

17. Witkiewitz K, Kirouac M, Roos CR, Wilson AD, Hallgren KA, Bravo AJ, et al. Abstinence and loz risk drinking during treatment: association with psychosocial functioning, alcohol use, and alcohol problems 3 years follozing treatment. Psychol Addict Behav. 2018 Sep;32(6):639-46



LA CONSOMMATION CONTROLEE : UNE STRATEGIE QUI MARCHE

L'étude de Kline-simon et al.[19] a utilisé les critères de bas risque comme < 5 verres par jour pour les hommes et pour les femmes.

- Les résultats montrent que les patients abstinents ont des meilleurs résultats de consommation que ceux qui boivent à un niveau de bas risque. Néanmoins, au sujet de la santé psychiatrique et de la situation sociao-familiale, les résultats ne diffèrent pas significativement après 9 ans de suivi.

19. Kline-Simon AH, Litten RZ, Weisner CM, Falk DE. Posttreatment low-risk drinking as a predictor of future drinking and problem outcomes among individuals with alcohol use disorders: a 9-years follow-up. Alcohol Clin Exp Res. 2017 mars;41(3):653-8.

UN OBJECTIF DE SOINS GLOBALEMENT FAISABLE, DURABLE

- L'étude de Stevenson et al.(18)(critère de l'OMS) : les réductions sont maintenues dans le groupe de CCA après un an de suivi (63% pour 3 paliers de réduction et 80% pour un palier de réduction).
- L'étude de Witkiewitz et al.(17) (critère de l'OMS) : les réductions sont maintenues dans le groupe de CCA après 3 ans de suivi (73% pour 2 paliers de réduction et 82% pour un palier de réduction).
- L'étude de Kline-Simon et al.(19)(critère de < 5 verres/j): les individus ont réussit à atteindre l'objectif de la CCA à bas risque à 6 mois après le traitement, 94% parmi eux peuvent maintenir ce type de consommation à 9 ans.

18. Stevenson BL, Anker J, Thuras P, Rinehart L, Kushner MG. World health organization (WHO) risk level reductions in inpatients with alcohol use disorder and comorbid anxiety disorders. Psychol Addict Behav. 2023 août;37(5):713-22.
17. Witkiewitz K, Kranzler HR, Hallgren KA, Hasin DS, Aldridge AP, Zarkin GA, et al. Stability of drinking reductions and long-term functioning among patients with alcohol use disorder. J Gen Intern Med. 2021 févr;36(2):404-12.
19. Kline-Simon AH, Litten RZ, Weisner CM, Falk DE. Posttreatment low-risk drinking as a predictor of future drinking and problem outcomes among individuals with alcohol use disorders: a 9-years follow-up. Alcohol Clin Exp Res. 2017 mars;41(3):653-8.

UN CHOIX REGULIEREMENT FAIT PAR LES PATIENTS

- Les pourcentages du choix de CCA *vs* abstinence parmi les participants dans les articles inclus sont :
  - •86,9 % *vs* 13,1 % dans l'étude d'Enggasser[20]
  - •61 % *vs* 39 % dans l'étude de Demartini [21].
- Parmi les patients qui ont initialement choisi l'abstinence, une partie d'entre eux (entre 30 % et 75 %) ont modifié leurs objectifs vers une stratégie de CCA dans les mois suivant.



20. Enggasser JL, Hermos JA, Rubin A, Lachowicz M, Rybin D, Brief DJ, et al. Drinking goal choice and outcomes in a Web-based alcohol intervention: results from VetChange. Addict Behav.2015 Mar; 42:63-8.
21.DeMartini KS, Devine EG, DiClemente CC, Martin DJ, Ray LA, O'Malley SS. Predictors of pretreatement commitment to abstinence: results from the COMBINE study. J Stud Alcohol Drugs. 2014 May;75(3):438-46.

POUR QUELS PATIENTS ?



L'étude de Kline-Simon[19] : il y a plus de femme dans le groupe de la CCA en comparaison avec le groupe d'abstinence.

L'étude d'Enggasser[20] : ceux qui ont choisi la CCA ont plus de jours de consommation excessive avant le traitement. Ceux qui ont choisi l'abstinence sont plus âgés et ont une plus grande probabilité d'avoir suivi un traitement pour un TUA.

L'étude de DeMartini[21], les prédicteurs du choix d'une CCA sont :

- Moins de conséquences liées à l'alcool ;
- Moins de préparation au changement ;
- Moins de traitements antérieurs ;
- Plus de connaissances dans l'entourage qui boivent ;
- Un plus haut revenu ;
- Une absence d'engagement aux Alcooliques anonymes.

QUI VA REUSSIR ?



- Si cet objectif est issue d'une prescription, les patients réussissent moins bien que lorsqu'ils choisissent eux-même leurs objectifs.
- Les facteurs qui pourraient prédire la réussite d'une CCA :
  - La sévérité des conséquences sur leur santé[22].
  - La capacité d'autocontrôle[23]
  - L'état d'abstinence une semaine avant l'intervention[24]

22. Lappalainen-Lehto R, Koistinen n, Aalto M, Huhtala H, Sand J, Nordback I, et al. Goal-related outcome after acute alcohol-pancreatitis – a two-year follow-up study. Addict Behav. 2013 Dec;38(12):2805-9.
23. Stein E, Witkiewitz K, Trait self-control predicts drinking patterns during treatment for alcohol use disorder and recovery up to three years following treatement. Addict Behav. 2019 Dec;99:1060-83.
24.Sundströme C, Eék N, Kraepelien M, Kaldo V, Berman AH. What predicts treatment adherence and low-risk drinking? An exploratory study of Internet interventions for alcohol use disorders. Eur Addict Res. 2023;29(1):34-43.

QUELS MOYENS THERAPEUTIQUES ?

- La **TCC** est l'approche thérapeutique la plus utilisée dans les recherches incluses.
  - Parmi les 15 essais cliniques inclus, les approches ciblant l'abstinence sont majoritaires (n=9), suivies par des approches non spécifiques (n=3). Il y a qu'une étude portant sur des programmes thérapeutiques de la TCC destinés à la CCA.
- Dans la méta-analyse d'Henssler et al.[16], les auteurs estiment que plus les patients reçoivent une thérapeutique spécifique qui cible la CCA, plus la CCA pourrait avoir une efficacité similaire à l'abstinence. Les approches thérapeutiques visant spécifiquement la CCA avaient une meilleure efficacité si le suivi durait deux ans ou plus.

POUR L'HEURE, seulement une recommandation d'accompagnement

Au niveau du suivi, Benyamina et Reynaud[25] recommandent :

- une phase d'initiation d'un mois, une fois tous les 15 jours
- une phase de consolidation de 5 à 6 mois, une fois par mois
- une phase de maintien de 6 mois à un an et plus, une fois tous les 6 mois.

25. Benyamina A, Reynaud M. Stratégie de prise en charge de l'alcoolodépendance en ambulatoire : quel suivi et quelle durée de traitement ? L'encéphale. 2016 Jan;42:67-73.

DISCUSSION


L'alcool tue...
Mais n'oublions pas
combien de gens
sont nées grâce
à lui...

VERS UNE DEFINITION CONSENSUELLE ?

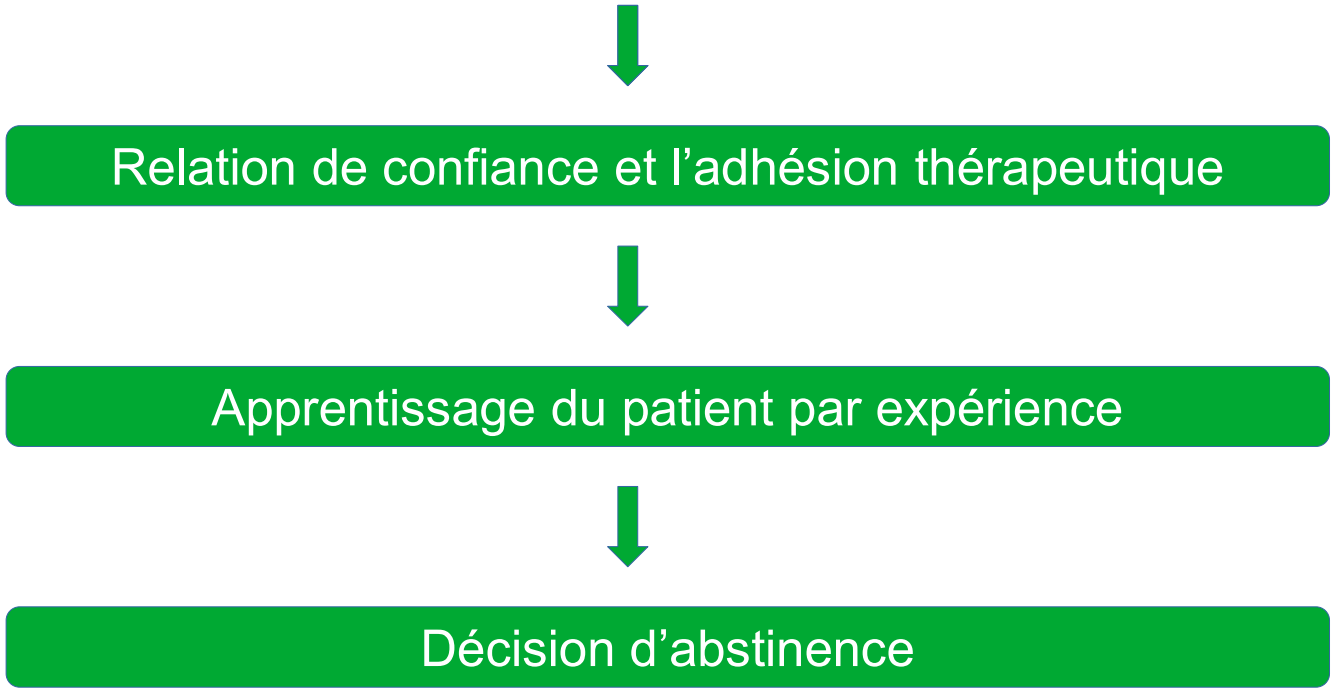
- La définition de la consommation contrôlée la plus fréquement retrouvée :

1) consommation hebdomadaire ≤ 14 verres standars (homme) et ≤ 7 verres standars (femme);
2) consommation journalière ≤ 4 verres standars (homme) et ≤ 3 verres standars (femme).
Ceci se rapproche du critère de l'OMS pour une consommation à bas risque.

-- Outil pour établir un protocole de réduction étape par étape vers un objectif de consommation ;
-- Outil d'autoévaluation.

STRATEGIES SOIGNANTES

- Le repérage des prédicteurs du choix de la CCA chez les patients pourrait aider les soignant à mieux comprendre cette décision de la CCA.



LE SEVRAGE, DESUET ?

- La place de sevrage pour un objectif de la consommation contrôlée :

L'étude de Sundström et al.[24] montre que l'état d'abstinence une semaine avant la TCC prédit la réussite de la CCA six mois après ce traitement.



Un sevrage aurait été bénéfique même si l'objectif n'est pas une abstinence.

Limites

- Les bases de données spécialisées en psychiatrie n’ont pas été explorées dans le cadre de ce travail.
- Les biais des études incluses ne sont pas contrôlées et traités dans ce travail de revue de littérature.



Rôle IPA dans l’approche de la consummation contrôlée

- Utilisation de ces données pour savoir ou, quand et comment proposer cette stratégie de soins.
- Construction/ coordination du projet de soins.
- Ajustement thérapeutique médicamenteuse.
- Renforcement des stratégies comportementale.
- Renforcement du sentiment d'efficacité personnelle.

Implication au niveau local




Merci!

APRÈS-MIDI

Après-midi — Pratiques & intégrations

13h00 – 13h45 | Pratique clinique avancée

Diabète et corticothérapie : sécuriser le suivi des patients

Marcelline L., IPA PCS CHMS

13h45 – 14h15 | Organisation territoriale

Intégrer une IPA en CPTS : enjeux, leviers, réalités

Sandrine F., EIPA & Cécile L., Directrice opérationnelle CPTS GHT Savoie Belley

🔄 14h30 – 15h45 | Ateliers immersifs

15h45 – 16h15 | Restitution dynamique

Ce qu'il faut retenir

Made with GAMMA



CENTRE HOSPITALIER
MÉTROPOLE SAVOIE

EVOLUTION DU PARCOURS DES PATIENTS DIABETIQUES TRAITES PAR CORTICOTHERAPIE DANS LE CADRE D'UNE PATHOLOGIE CANCEREUSE

Marcelline LOMBARDI
IPA en diabétologie, CHMS Chambéry
25/09/2026

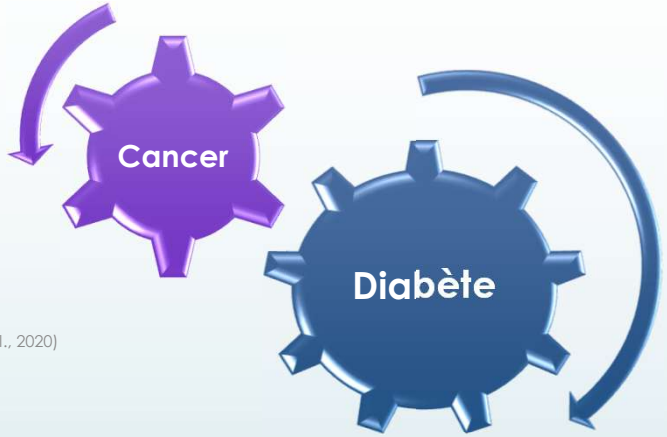
CONTEXTE



- **DIABETE** (en France) :
  - Diagnostic :
    - Glycémie veineuse à jeun : 2 fois > 1,26 g/L
    - Glycémie veineuse : > 2g à n'importe quel moment
  - Diabète de type 2 ++ : 90% des diabètes
  - 4,3 millions de diabétiques identifiés par l'assurance maladie (2022) (Chiffres Assurance maladie)
  - 3,8 millions de diabétiques traités par médicaments soit 5,6% de la population (2023) (Chiffres Santé Publique France)
  - Prévalence du diabète non diagnostiqué : 1,7% chez les adultes âgés de 18 à 74 ans (Enquête Esteban 2014-2016 Santé Publique France)
  - Prévalence du pré diabète : 9,9% des adultes (Enquête Esteban 2014-2016 Santé Publique France)



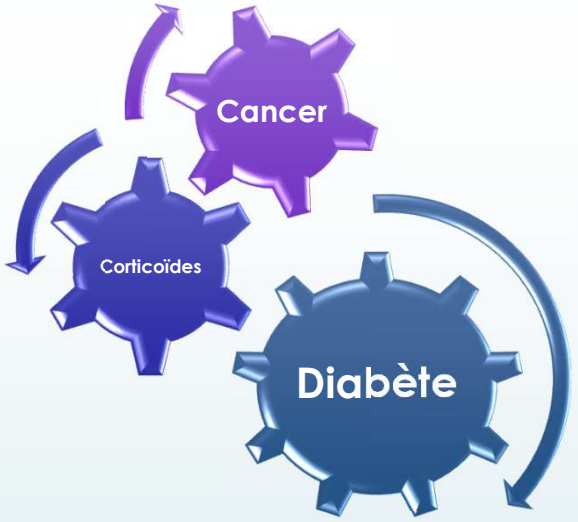
- **CANCER** (en France) :
  - 433 136 nouveaux cas de cancer en 2023 en France (Chiffres Institut National du Cancer))



- **DIABETE et CANCER :**
  - 8 à 18 % des patients en oncologie ont un diabète (Gallo et al., 2020)
  - CHMS : 9,5% soit 244 patients (2022)

  - Problématiques :
    - Surmortalité des patients diabétiques par cancer
    - Certains traitements pour le cancer sont diabétogènes (Référentiels soins oncologiques de support, 2018, s. d.)
    - Priorisation du traitement du cancer sur la gestion du diabète autant par les patients que par les soignants
    - Confusion entourant les rôles et les responsabilités des professionnels de santé dans la PEC des comorbidités chez les patients atteints de cancer -> Rupture dans la coordination des soins par rapport aux maladies chroniques. Peu de consultations auprès du médecin traitant pendant la PEC du cancer.





e du cancer

ne augmentation de la néoglucogénèse au

du diabète -> **HYPERGLYCEMIE** :

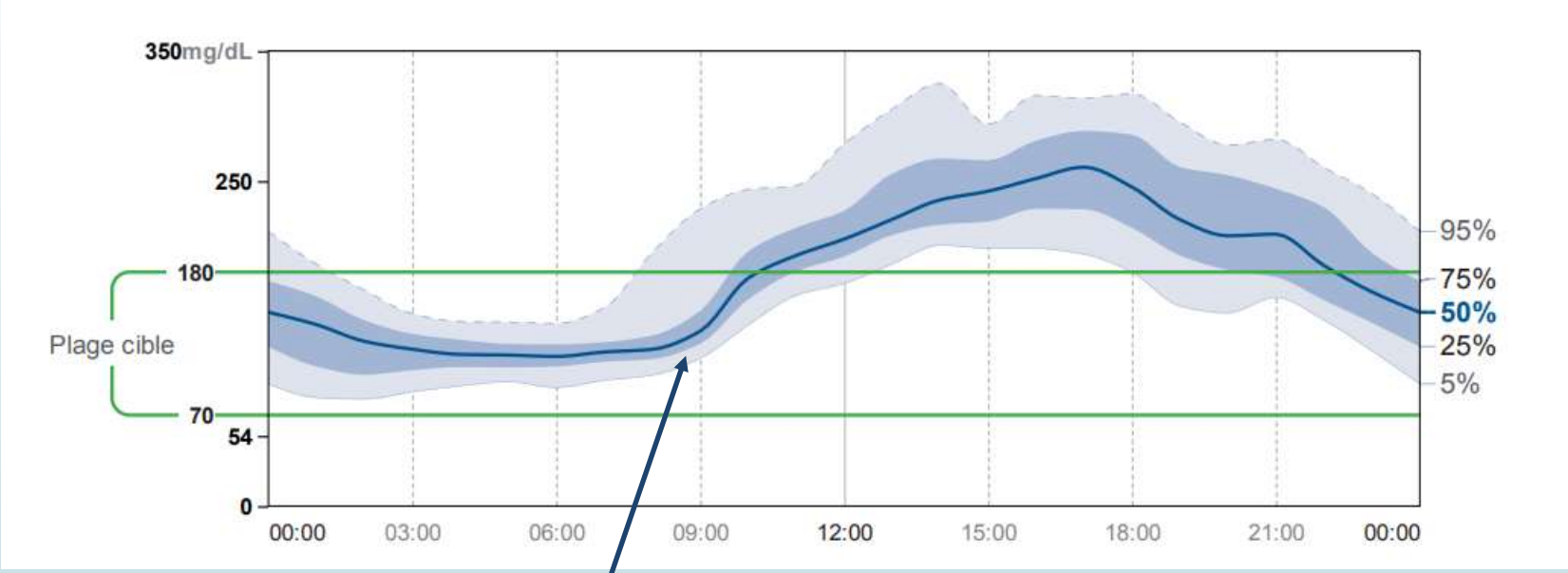
rexie, perte de poids, nausées…, parfois confondus
ments anticancéreux.

ection plus élevés, périodes de rémission plus courtes,
de mortalité plus élevés (Psarakis, 2006)

patient et perte de chance oncologique

EVOLUTION DES GLYCÉMIES SOUS CORTICOTHÉRAPIE

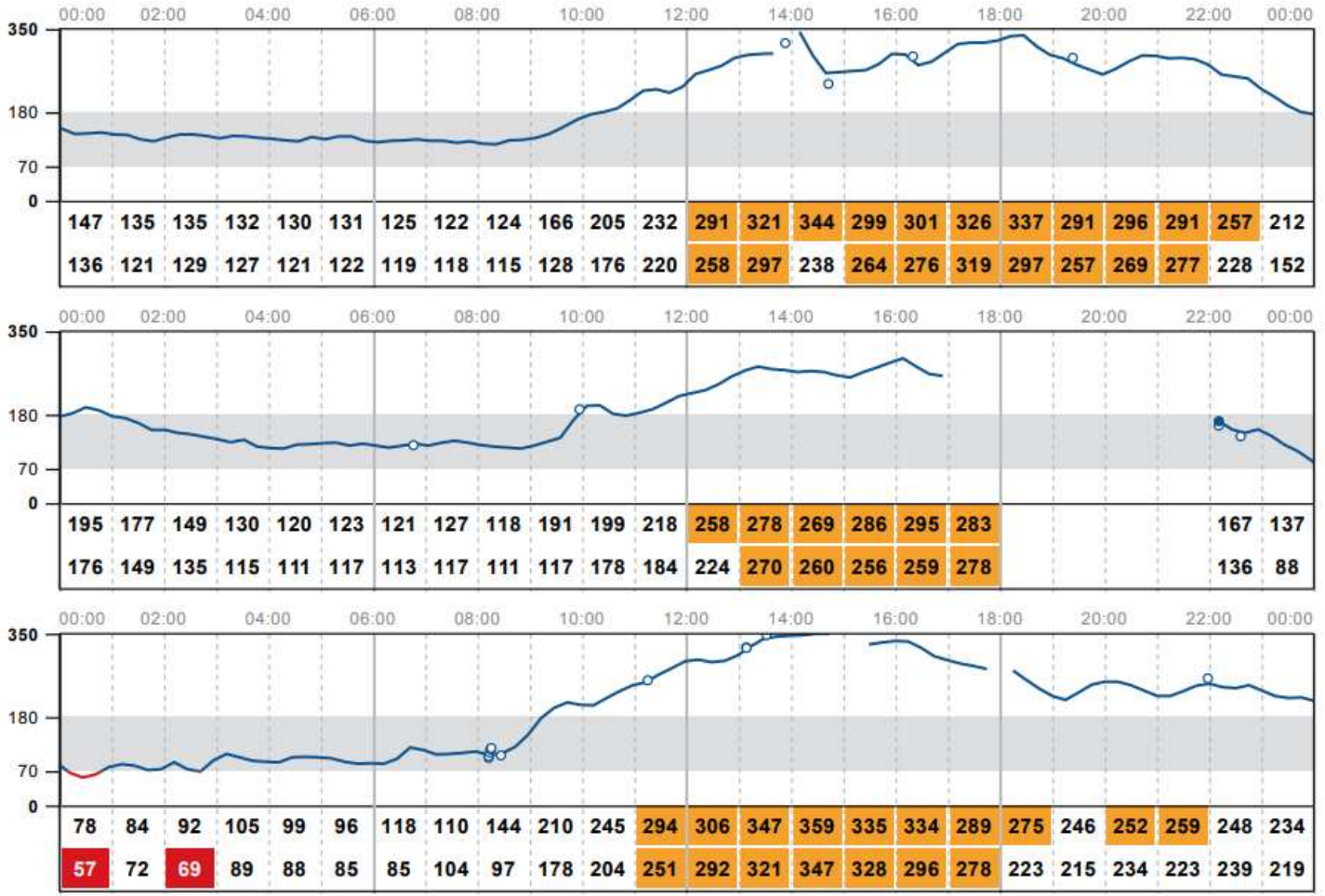
Profil de glucose sur 14 jours d'un patient sous corticoïdes.
Données LIBREVIEW/FREESTYLE





Prise des corticoïdes

Données journalières d'un patient sous corticoïdes. Données LIBREVIEW/FREESTYLE



- Intérêt de la surveillance glycémique capillaire **midi et soir**.

Cible glycémique individualisée -> HbA1c

- Adaptation de la prise en charge du diabète selon le pronostic oncologique

TABLEAU I

Objectifs d'HbA1c à individualiser selon le profil du patient

Profil du patient		HbA1c cible
Personnes âgées de moins de 75 ans	Patients vivant avec un DT2 : – avec une espérance de vie supérieure à 5 ans – ET sans comorbidité(s) sévère(s) – ET sans IRC sévère ou terminale (stade 4 ou 5)[1]	≤ 7 % voire ≤ 6,5 % à condition que cet objectif soit atteignable grâce aux modifications thérapeutiques du mode de vie et/ou à des traitements n'augmentant pas le risque d'hypoglycémie
	Patients vivant avec un DT2 : – avec une espérance de vie limitée (< 5 ans) – ET/OU une (ou plusieurs) comorbidité(s) sévère(s) – ET/OU une IRC sévère ou terminale (stade 4 ou 5) [1] – OU ayant une longue durée d'évolution du diabète (> 10 ans) et pour lesquels la cible de 7 % s'avère difficile à atteindre, en particulier lorsque l'intensification thérapeutique expose au risque d'hypoglycémies sévères	≤ 8 % en restant au-dessus de 7 % en cas de traitement par sulfamide[2], glinide ou insuline[3]
Personnes âgées de plus de 75 ans[4]	Dites « en bonne santé », bien intégrées socialement et autonomes d'un point de vue décisionnel et fonctionnel et dont l'espérance de vie est jugée satisfaisante	≤ 7 %[5] en évitant au maximum les hypoglycémies en cas de traitement par sulfamide[2], glinide ou insuline[3]
	Dites « fragiles » à l'état de santé intermédiaire et à risque de basculer dans la catégorie des « dépendants et/ou à la santé très altérée »[6]	≤ 8 %[7] en restant au-dessus de 7 %[7] en cas de traitement par sulfamide[6], glinide[6] ou insuline[3]
	Dites « dépendantes et/ou à la santé très altérée », en raison d'une polypathologie chronique évoluée génératrice de handicaps et d'un isolement social[6,8]	< 9 % [7] en restant au-dessus de 7,5 %[7] en cas de traitement par insuline[3]
Patientes enceintes ou envisageant de l'être[9]	Avant d'envisager la grossesse	≤ 6,5 %
	Durant la grossesse	≤ 6,5 % et glycémies capillaires < 0,95 g/L à jeun et < 1,20 g/L en postprandial à 2 h

[1]Stade 4 : débit de filtration glomérulaire (DFG) entre 15 et 29 mL/min/1,73 m² ; stade 5 : DFG < 15 mL/min/1,73 m².
[2]Les sulfamides hypoglycémiants sont contre-indiqués en cas d'IRC sévère ou terminale.
[3]Chez les patients traités par insuline, la surveillance par mesure en continu du glucose permet de dépister les hypoglycémies et contribue à prévenir leur survenue.
[4]De manière générale, chez les sujets âgés, il est essentiel de minimiser le risque d'hypoglycémie, notamment d'hypoglycémie sévère, pouvant survenir sous sulfamide, glinide ou insuline ; le risque hypoglycémique est plus important lorsque l'HbA1c est inférieure à 7 % mais existe également si l'HbA1c est plus élevée.
[5]Une attention particulière sera portée au risque d'hypoglycémie en cas de traitement par sulfamide, glinide ou insuline, avec une sensibilisation de l'impact que le choix de ces traitements aura sur la validité du permis de conduire.
[6]Il est recommandé d'éviter de prescrire un sulfamide ou un glinide chez les sujets âgés « fragiles » et de ne jamais les utiliser chez les sujets âgés « dépendants ».
[7]Ces valeurs pourront être modulées en fonction du degré de fragilité et de dépendance.
[8]Chez les personnes âgées « dépendantes et/ou à la santé très altérée », des glycémies préprandiales comprises entre 1,00 et 2,00 g/L constituent un objectif raisonnable.
[9]Diabète préexistant à la grossesse.

Recos SFD 2025

- Nécessité d'accompagner les patients diabétiques sous corticothérapie lors des traitements anticancéreux pour :
  - Limiter les complications
  - Améliorer la qualité de vie
  - Eviter les pertes de chance au niveau oncologique

- Pas de cadre de référence dans la littérature internationale.
- En France : recommandations de l'AFSOS en 2018 sur « diabète et cancer chez l'adulte».

Au CHMS



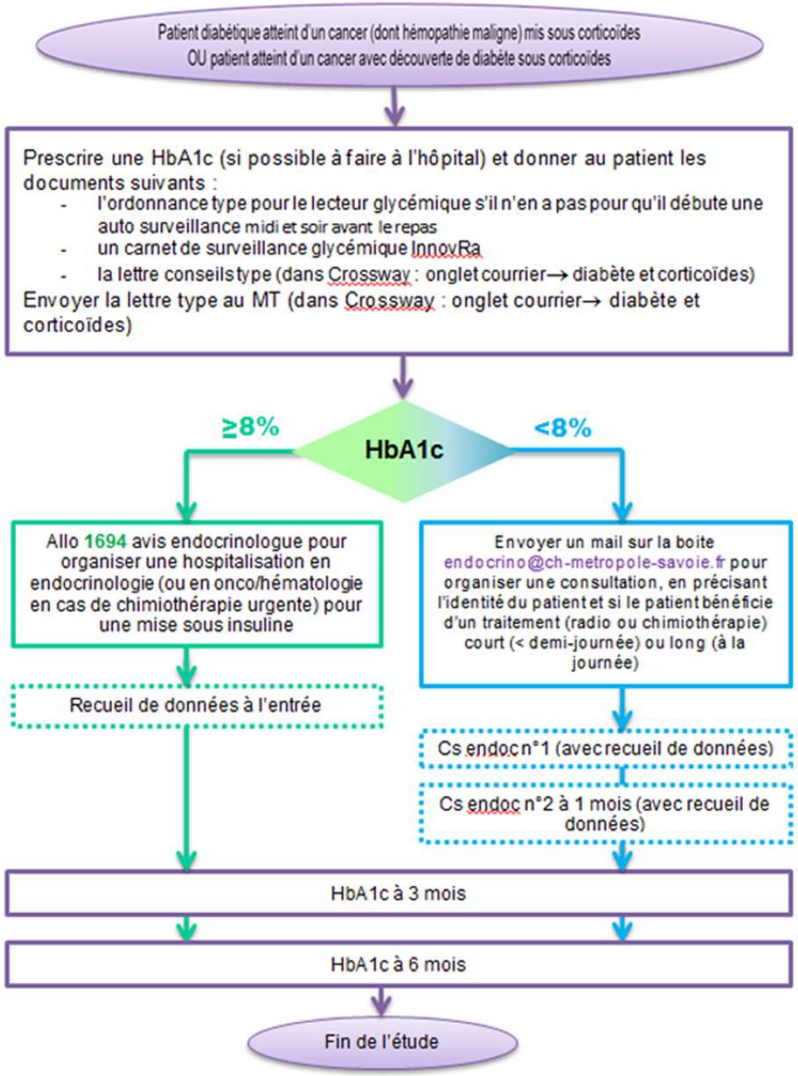
2015 : constat des endocrinologues

- Hospitalisations souvent tardives de patients atteints de cancer dont le diabète était déséquilibré dans un contexte de corticothérapie
- Patients avec une qualité de vie altérée par une décompensation diabétique sévère
- Absence de recommandations sur la prise en charge des patients diabétiques lors de l'introduction d'une corticothérapie
- Méconnaissance par les professionnels des prises en charge dans les autres spécialités :
  - Traitements oncologiques pour les diabétologues
  - Gestion du diabète lors d'une corticothérapie pour les oncologues

Projet INNOV'RA 2016/2017

- Etude descriptive prospective INNOV'RA
- Menée en 2016-2017 au CHMS par les endocrinologues
- Objectifs :
  - Décrire l'évolution de la maladie diabétique (DT1 et DT2) chez le patient atteint de cancer devant prendre des corticoïdes
  - Définir un parcours de soins

PROCEDURE D'INCLUSION ET PARCOURS DE SOINS



Résultats INNOV'RA

- 100 patients inclus (75% par oncologues)
- Age moyen: 67 ans
- 58% avec un diabète de plus de 10 ans.

	A l'inclusion	A 3 mois	A 6 mois
Patients ayant eu une HbA1c	100%	69%	82%
Résultats HbA1c			
Patients avec HbA1c < 7%	41%	63%	61%
Patients avec 7% < HbA1c < 8%	26%	15%	20%
Patients avec HbA1c > 8%	33%	22%	19%
% de patients avec modifications thérapeutiques selon HbA1c			
HbA1c initiale <7%	34%		
7% < HbA1c initiale < 8%	42%		
8% < HbA1c initiale < 10%	82%		
HbA1c initiale > 10%	100%		

Résultats INNOV'RA

- **Modification thérapeutique : 53% à la consultation initiale**, 37% à 1 mois

- Modifications thérapeutiques effectuées :
  - Introduction d'ADO 40%
  - Introduction d'insuline 19%
  - Ajout d'injections d'insuline 19%
  - Modification des doses d'insuline 25%

- **Amélioration significative de l'équilibre glycémique à 6 mois**

- 11% des patients hospitalisés en endocrinologie (HbA1c moyenne : 9,3%)

Conclusion INNOV'RA

- L'intervention systématique de l'endocrinologue permet d'améliorer l'équilibre glycémique.
- L'étude a permis une amélioration du lien transversal endocrinologues/oncologues et hématologues.
- A l'issue de l'étude, en 2019, élaboration de recommandations internes pour l'introduction d'une corticothérapie chez le patient diabétique :
  - **Hba1c systématique lors de l'institution des corticoïdes**
  - **Valeurs seuil nécessitant un avis endocrinologique**

2015

- Constat des endocrinologues des difficultés de PEC des patients diabétiques traités pas corticothérapie dans un contexte de traitement pour le cancer

2016-2017

- Etude Innov-RA

2019

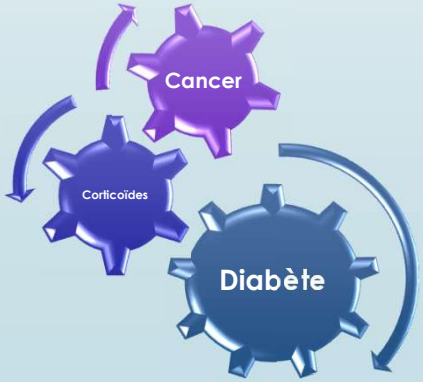
- Elaboration de recommandations au CHMS pour l'introduction d'une corticothérapie chez le patient diabétique

2023

- Recos moins appliquées
- Projet IPA en diabétologie
- Parcours personnel en oncologie



- Thème de mémoire M2 IPA sur diabète/cancer/corticothérapie



Quelle place pour l'IPA de diabétologie du CHMS dans le parcours de soins des patients diabétiques traités par corticothérapie dans le cadre d'une pathologie cancéreuse ?

- Souhait de pérenniser une prise en charge optimale du patient diabétique traité par corticothérapie dans le contexte du cancer au CHMS

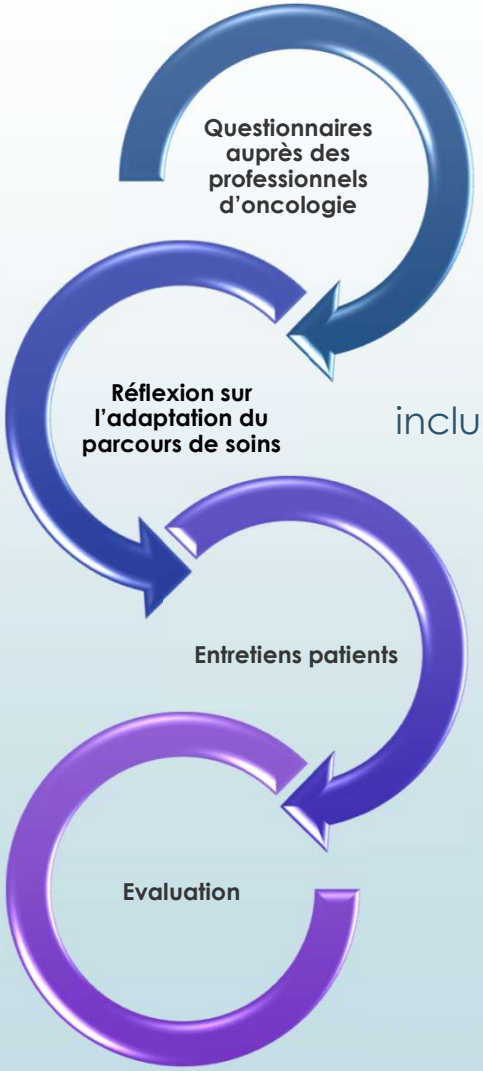
- Contribuer à la réflexion sur mon projet d'implantation IPA
  - Identifier les missions possibles de l'IPA dans ce parcours
  - Identifier la plus-value de l'IPA dans ce parcours

OBJECTIFS de l'étude

- Réaliser une évaluation des pratiques professionnelles par rapport aux recos de 2019 en identifiant les difficultés et les besoins des professionnels en oncologie
- Identifier les axes d'amélioration possibles grâce à l'intégration d'une IPA en diabétologie

- Critères d'évaluation principaux :
  - Connaissance des recos du CHMS
  - Taux d'application des recos
  - Difficultés exprimées
  - Besoin d'aide à la PEC exprimé

METHODE



- Etude INNOV'RA, recommandations de 2019
- Etat des lieux des pratiques
- Contraintes et freins
- Attentes et besoins
- Propositions d'action de la diabétologie

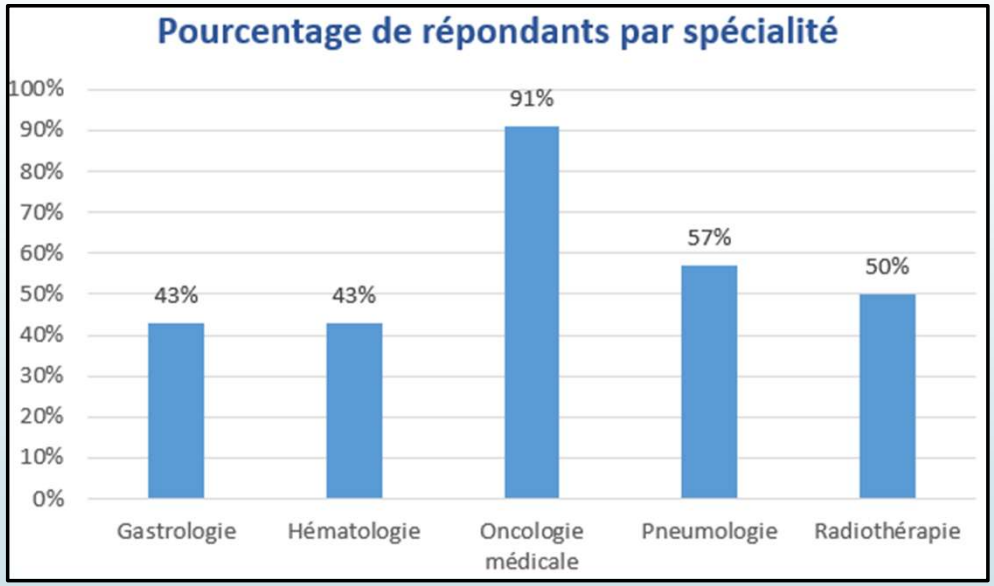
incluant l'IPA en diabétologie

Entretiens semi-directifs : 2 patients diabète + cancer + corticoïdes en cours de ttt, 1 patient expert diabète

Oncologues = oncologues médicaux, pneumologues, gastro-entérologues, radiothérapeutes, hématologues, médecins généralistes des services concernés, IPA en oncologie.

RESULTATS

- Taux de réponse au questionnaire : 60,5 % (23 répondants/37 questionnaires distribués)



- 100 % (6/6) de réponses pour les IDE du dispositif d'annonce

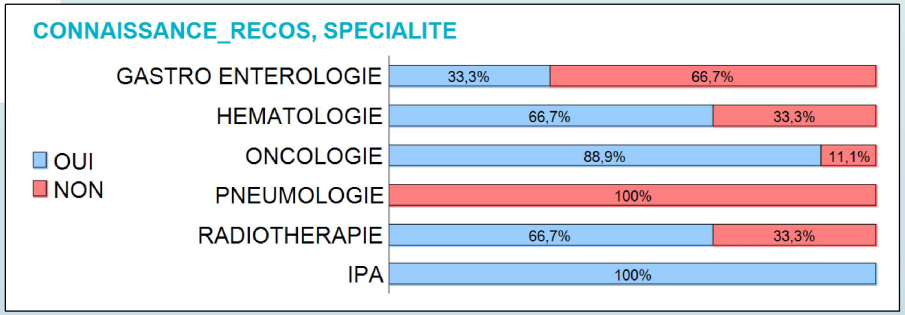
- Une attention particulière est portée à la gestion du diabète mais grande variabilité selon les services et l'ancienneté

- Un besoin de remobiliser les soignants en oncologie sur le diabète et les corticoïdes

8. Connaissez-vous les recommandations du CHMS de 2019 concernant l'introduction d'une corticothérapie longue ?

Taux de réponse : **100,0%**

	Nb	% obs.
OUI	**14**	**60,9%**
NON	**9**	**39,1%**
Total	**23**	**100,0%**



Un besoin de formation

20.
Lors de la PEC d'un patient ayant un diabète connu, mis sous corticoïdes dans le cadre d'un traitement anticancéreux, vous êtes-vous déjà senti en difficulté ?

Taux de réponse : **100,0%**
Moyenne = **2,43** Médiane = **3,00** Ecart-type = **0,66**
Min = **1,00** Max = **3,00**

	Nb	% obs.
Jamais	**2**	**8,7%**
Rarement	**9**	**39,1%**
Souvent	**12**	**52,2%**
Toujours	**0**	**0,0%**
Total	**23**	**100,0%**

« Après une formation on est toujours plus vigilant et puis le temps passe... » (verbatim IDE)

- 78,3 % des oncologues souhaitent avoir plus d'informations sur le diabète et les corticoïdes
- 95,7 % des oncologues souhaitent être informés concernant ce projet
- 83,5 % des IDE du dispositif d'annonce souhaitent une formation

Un souhait de continuer la collaboration entre la diabétologie et l'oncologie

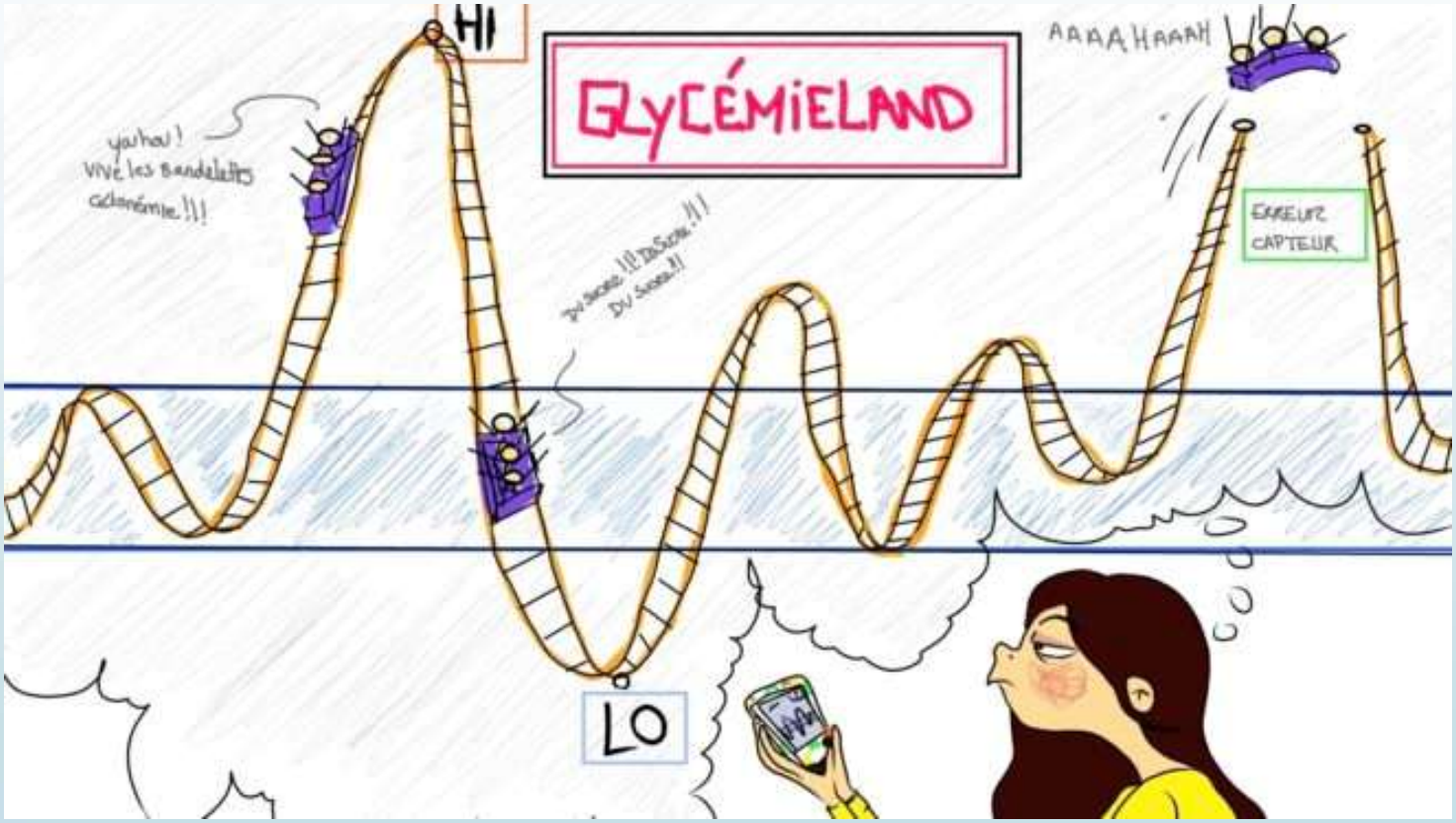
15. Pour une HbA1c supérieure à 8%, demandez-vous l'avis de l'endocrinologue ?

Taux de réponse : **100,0%**
Moyenne = **3,26** Médiane = **3,00** Ecart-type = **0,69**
Min = **2,00** Max = **4,00**

	Nb	% obs.
Jamais	**0**	**0,0%**
Rarement	**3**	**13,0%**
Souvent	**11**	**47,8%**
Toujours	**9**	**39,1%**
Total	**23**	**100,0%**

Propositions intégrant l'IPA de diabétologie : aucune réponse négative.

- La nécessité d'accompagner les patients diabétiques traités en oncologie



- Un manque de médecin traitant



- La nécessité de mettre à jour et à disposition les outils nécessaires à ce parcours de soins

DIABETE et CORTICOÏDES : ordo HbA1c + information patient

Faire pratiquer au laboratoire d'analyse :

HbA1c avant le traitement par corticoïdes,

Puis tous les 3 mois

Merci d'envoyer les résultats au médecin traitant.

QSP 9 mois

CENTRE HOSPITALIER MÉTROPOLE SAVOIE

Document d'information à l'attention des patients
Service endocrinologie - diabétologie

Vous êtes diabétique et un traitement par corticoïdes (PREDNISOLONE, SOLUMEDROL, CORTANCYL, SOLUPRED, MEDROL...) va vous être prescrit, que vous prendrez tous les jours ou par séquences de quelques jours répétées.
Cela peut faire monter votre taux de sucre et donc risque de déséquilibrer votre diabète.

Il est recommandé de connaître l'équilibre de votre diabète dès le début de votre traitement par une prise de sang : l'**HbA1c** (ou hémoglobine glycosylée). Cela permet de vous guider pour la surveillance de votre diabète pendant cette période où vous recevrez des corticoïdes. En effet, une modification de votre traitement pour le diabète sera peut-être nécessaire.

Attention :

- Une soif importante,
- Une fatigue importante,
- Plusieurs levers la nuit pour uriner

Peuvent être liés à un taux de sucre trop élevé. Contrôlez votre taux de sucre et parlez-en à votre médecin.

- Des fringales,
- Des sueurs,
- Des tremblements

Peuvent être liés à un taux de sucre trop bas. Contrôlez votre taux de sucre et parlez-en à votre médecin.

N'hésitez pas à solliciter les soignants, ils sont à votre écoute.

DIABETE et CORTICOÏDES : ordonnance lecteur de glycémie + tableau de surveillance glycémique

NON SUBSTITUABLE

Lecteur de glycémie au choix du patient :

1 kit de glycémie **ACCU-CHECK GUIDE**
Bandelettes ACCU-CHECK GUIDE (boîte de 100) : 2 contrôles par jour
Stylo auto piqueur FASTCLIX
Boites de barillets ACCU-CHECK FASTCLIX : 2 contrôles par jour

OU

1 kit de glycémie **ONE TOUCH VERIO REFLECT**
Bandelettes ONE TOUCH VERIO (boite de 100) : 2 contrôles par jour
Stylo auto-piqueur ONE TOUCHE DELICA PLUS
Lancettes ONE TOUCHE DELICA PLUS

1 collecteur de déchets

QSP 6 mois



SURVEILLANCE DES GLYCEMIES CAPILLAIRES

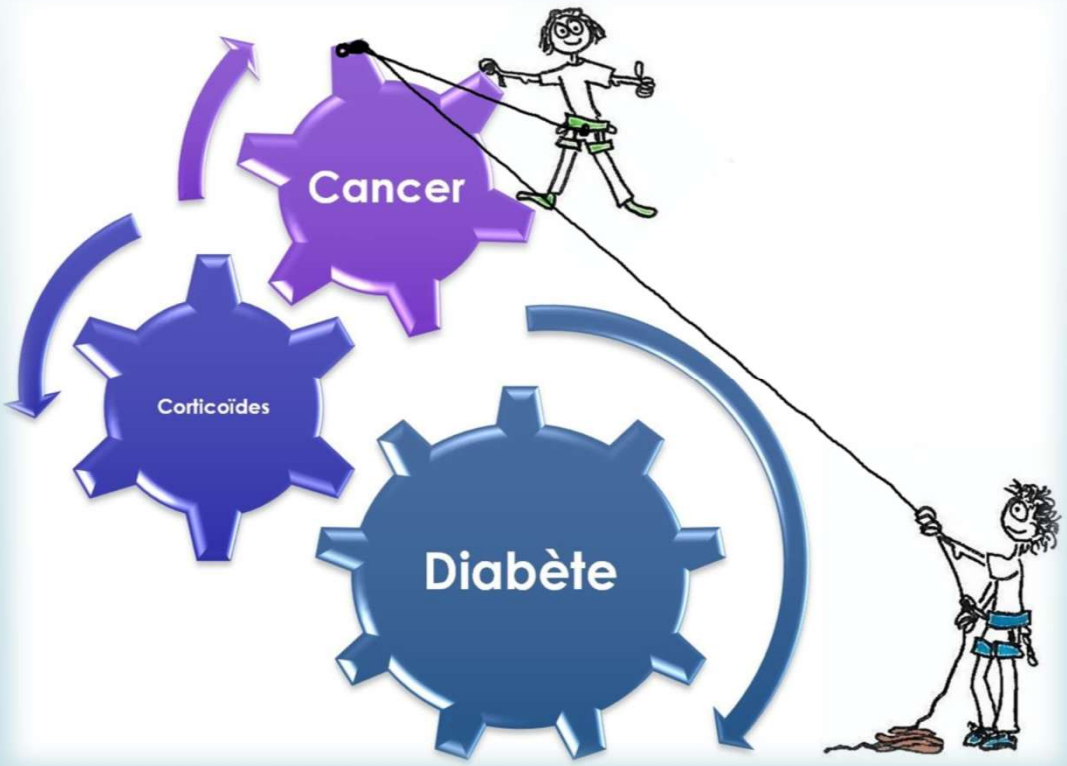
Un contrôle de la glycémie est à réaliser **à jeun avant le repas de midi et avant celui du soir.**
Noter les résultats chaque jour dans le tableau ci-dessous et les amener lors des consultations (médecin traitant, spécialiste, endocrinologue).

Si votre glycémie dépasse 200 mg/dl (2g/l) à 2 reprises, nous vous conseillons de voir votre médecin généraliste pour envisager les modifications de traitement. Votre médecin contactera un médecin endocrinologue si nécessaire.

	MATIN	**MIDI**	**SOIR**		**Observations**
	Glycémie au réveil	**Glycémie avant le déjeuner**	**Glycémie avant le dîner**	Glycémie au coucher	(goûter, repas riche, activité physique, fièvre…)
LUNDI					
MARDI					
MERCREDI					
JEUDI					
VENDREDI					
SAMEDI					
DIMANCHE					

Collaboration

- Interdisciplinarité = « processus d'articulation entre plusieurs disciplines qui ne se résume pas à une simple addition de savoirs hétérogènes » (Darbellay, 2011)
- Définition des rôles de chacun



- IPA = faire du lien

MISSIONS IPA

Prise de décision éthique

Collaboration

Consultation



Pratique clinique

Recherche

Conseil, formation

Leadership clinique

L'accompagnement des patients diabétiques dans le contexte du cancer

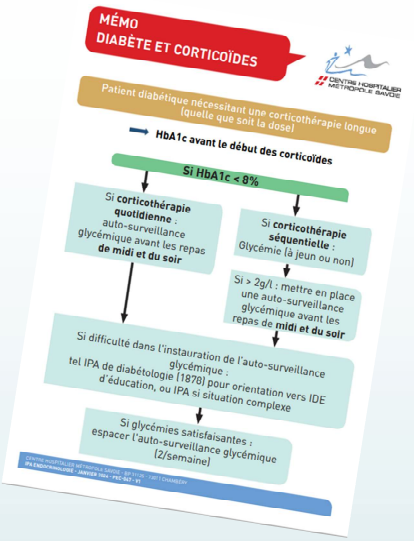
- Théorie de la transition de MELEIS
- Alliance thérapeutique favorisée par le Caring (théorie de Watson)

« On est dans une position de faiblesse supplémentaire parce qu'en plus du diabète, il y a le cancer »
(verbatim patient)

« Besoin d'un « cadre sécurisant » où on ose poser des questions »
(verbatim patient)

« Dans la maladie chronique, on nous rend tellement acteurs de notre parcours de soins que si à un moment on ne nous outille pas, je pense que ça peut être compliqué »
(verbatim patient)

2024 : élaboration d'un mémo « diabète et corticoïdes »



- Formation des praticiens en hémato, onco, pneumo, radiottt (2024), médecine interne (2025), néphro (2026)
- Formation des équipes soignantes à ERMIOS et en HC onco-hémato (2024)

MÉMO
DIABÈTE ET CORTICOÏDES

CENTRE HOSPITALIER MÉTROPOLE SAVOIE

Patient diabétique nécessitant une corticothérapie longue (quelle que soit la dose)

→ **HbA1c avant le début des corticoïdes**

Si HbA1c < 8%

Si **corticothérapie quotidienne** : auto-surveillance glycémique avant les repas **de midi et du soir**

Si **corticothérapie séquentielle** : Glycémie (à jeun ou non)

Si > 2g/l : mettre en place une auto-surveillance glycémique avant les repas de **midi et du soir**

Si difficulté dans l'instauration de l'auto-surveillance glycémique :
tel IPA de diabétologie (1878) pour orientation vers IDE d'éducation, ou IPA si situation complexe

Si glycémies satisfaisantes : espacer l'auto-surveillance glycémique (2/semaine)

Si HbA1c > 8% ou situation complexe
-> Avis diabétologique rapide

8% < HbA1c < 9%

Mail pour avis à endocrino@ch-metropole-savoie.fr

HbA1c > 9%

Tel endocrinologue d'avis poste 1694

En hospitalisation : faire une surveillance glycémique avant les repas de midi et du soir chez tout patient diabétique sous corticothérapie

Pour tous les patients diabétiques, quelle que soit l'HbA1c :
- Surveillance HbA1c /3 mois
- Possibilité de demander une consultation IPA pour faire le point sur le diabète

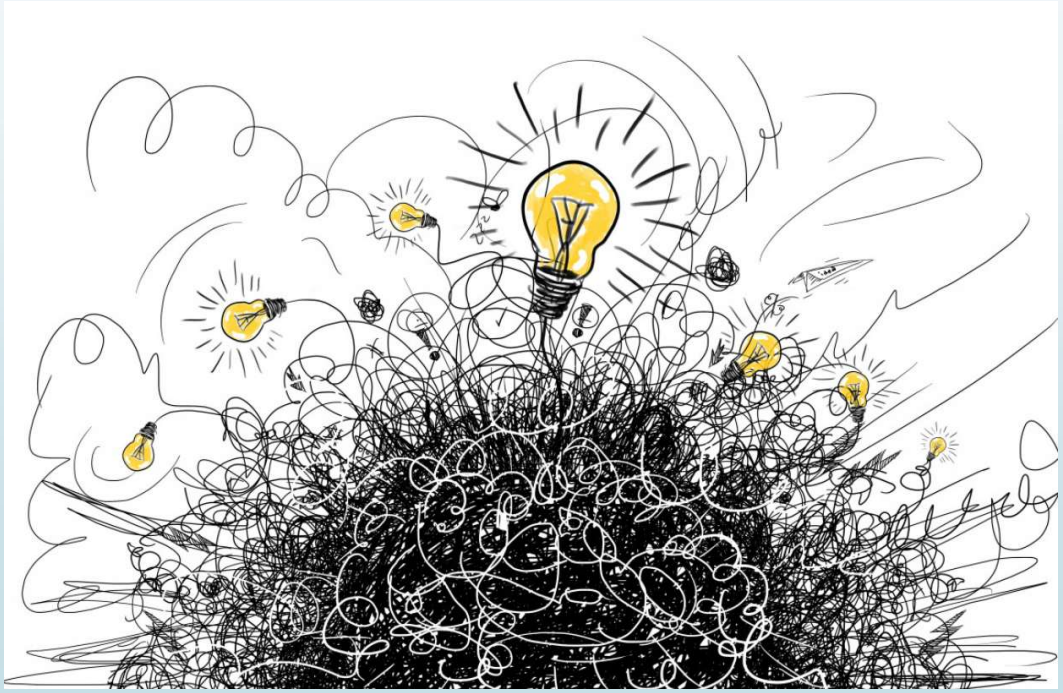
Outils dans Crossway (courrier → "DIABÈTE ET CORTICOÏDES") :
- Ordonnance HbA1c + plaquette d'information patient
- Ordonnance lecteur de glycémie + tableau de surveillance glycémique

Equipe "parcours diabète et corticoïdes" :

- Endocrinologue d'avis : poste 1694
- IPA : marcelline.lombardi@ch-metropole-savoie.fr, poste 1878
- IDE d'éducation : ide.diabete@ch-metropole-savoie.fr, poste 1241
- Secrétariat : endocrino@ch-metropole-savoie.fr, poste 8731

- **2015** : Constat des endocrinologues des difficultés de PEC des patients diabétiques traités pas corticothérapie dans un contexte de traitement pour le cancer
- **2016-2017** : Etude Innov-RA
- **2019** : Elaboration de recommandations au CHMS pour l'introduction d'une corticothérapie chez le patient diabétique
- **2023** : Etude mémoire M2 IPA
- **2024** : Elaboration du mémo « diabète et corticoïdes » + formation

Début 2026 : réflexion sur une évaluation des pratiques professionnelles



Etude rétrospective de la prise en charge des patients diabétiques traités par corticoïdes en hématologie-oncologie

- Objectif : évaluation des pratiques professionnelles en identifiant les écarts de pratiques par rapport aux recommandations de 2019.
- Population cible : patients pris en charge au CHMS, diabétiques, initiant un traitement par corticoïdes (en séquentiel ou en continu) associé au traitement d'un cancer ou d'une hémopathie maligne.
- Données rétrospectives de l'année 2025
- Analyse de données (HbA1c, traitement du diabète, suivi du diabète, traitements oncologiques) collectées dans le dossier médical de patients

Recueil de données en cours…

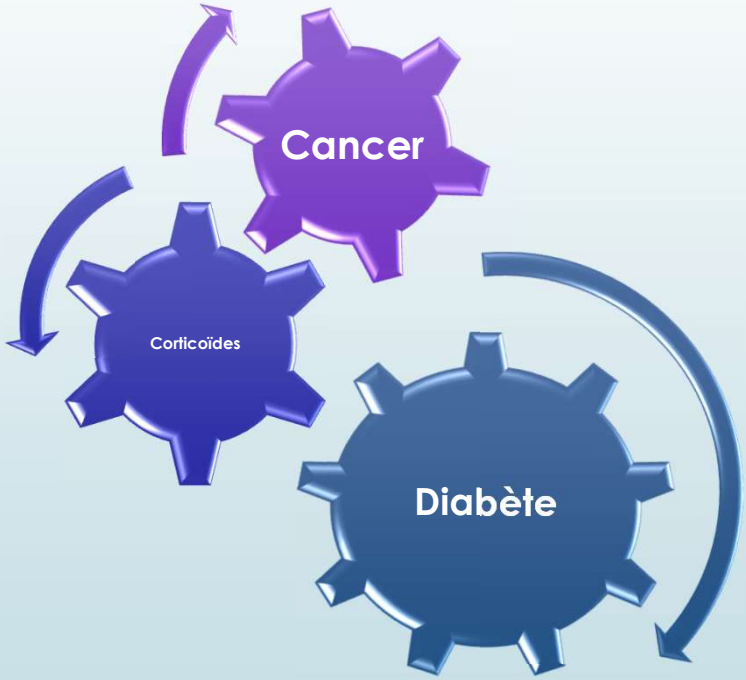


- **2015** : Constat des endocrinologues des difficultés de PEC des patients diabétiques traités pas corticothérapie dans un contexte de traitement pour le cancer
- **2016-2017** : Etude Innov-RA
- **2019** : Elaboration de recommandations au CHMS pour l'introduction d'une corticothérapie chez le patient diabétique
- **2023** : Etude mémoire M2 IPA
- **2024** : Elaboration du mémo « diabète et corticoïdes » + formation
- **2026** : Etude d'analyse des pratiques sur l'année 2025
- A suivre…

BIBLIOGRAPHIE

- **Articles :**
  - Gallo, M., Clemente, G., Cristiano Corsi, D., Michelini, M., Suraci, C., Farci, D., Chantal Ponziani, M., Candido, R., Russo, A., Musacchio, N., Pinto, C., Mannino, D., & Gori, S. (2020). An integrated care pathway for cancer patients with diabetes : A proposal from the Italian experience. *Diabetes Research and Clinical Practice*, *159*, 107721. https://doi.org/10.1016/j.diabres.2019.04.036
  - Darbellay, F. (2011). Vers une théorie de l'interdisciplinarité ? Entre unité et diversité. Nouvelles perspectives en sciences sociales, 7(1), 65-87. https://doi.org/10.7202/1007082a
  - Laporte, P., & Vonarx, N. (2016). Le « bien mourir » perçu dans une approche de l'auto-transcendance et de la transition : Deux théories de soin utiles pour l'infirmière: Recherche en soins infirmiers, N° 125(2), 6-19. https://doi.org/10.3917/rsi.125.0006
- **Sites internet :**
  - Santé Publique France : www.santepubliquefrance.fr

DES QUESTIONS ?



Merci
pour votre attention !

L'implantation des IPA dans les CPTS

Un nouveau maillon de l'accès aux soins dans les territoires

Infirmier·e en pratique avancée · Communauté professionnelle territoriale de santé

LE POINT DE DÉPART

Un problème d'accès aux soins

6 millions

de Français sans médecin traitant

Les déserts médicaux progressent et le vieillissement fait exploser le suivi des maladies chroniques.

Le territoire Bugey Sud

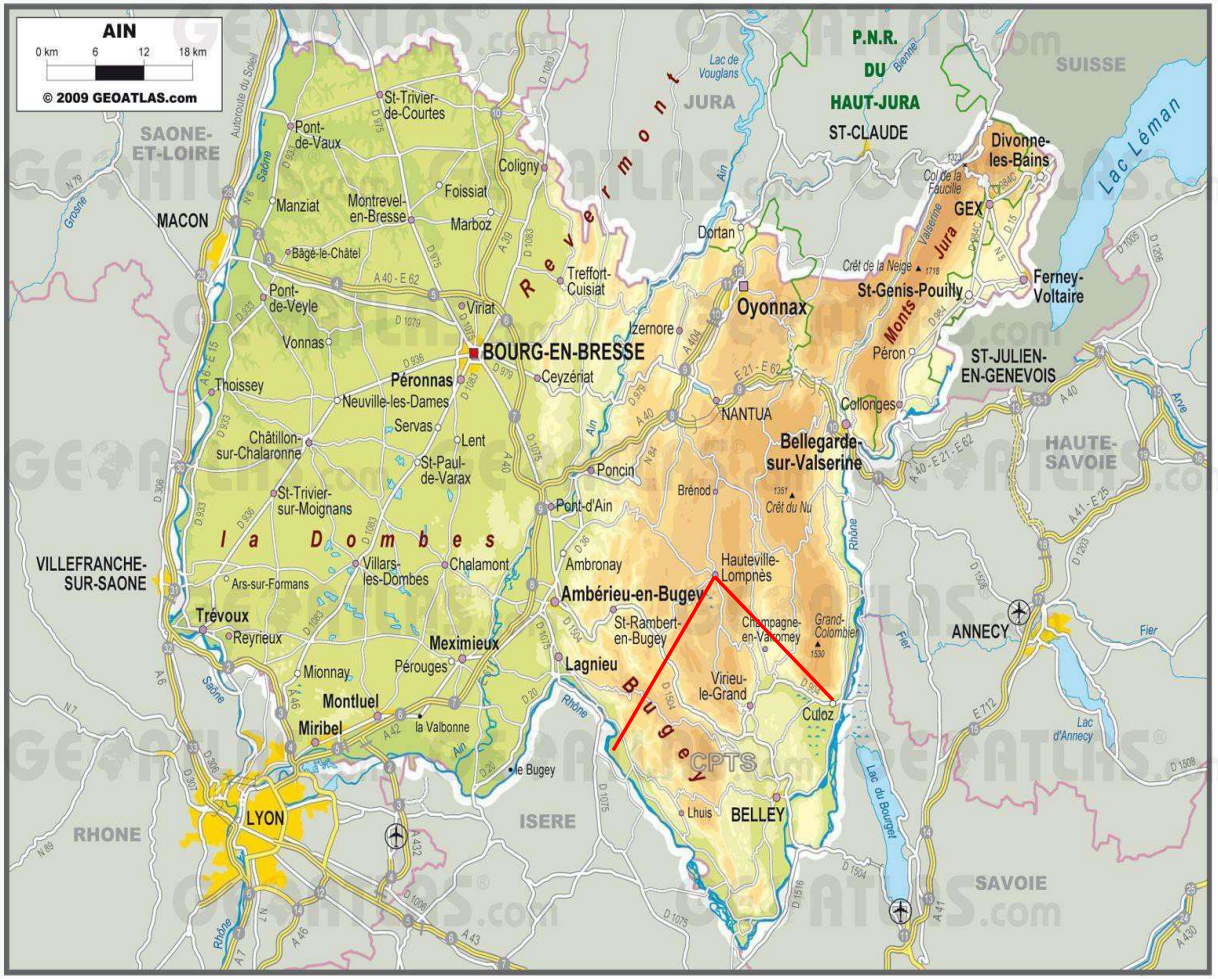
Caractéristiques démographiques

Le territoire présente plusieurs éléments qui influencent les besoins en santé :
une **population vieillissante**, avec une proportion importante de personnes de 60 ans et plus ;
une prévalence élevée des **maladies chroniques** (diabète, insuffisance cardiaque, pathologies respiratoires) ;
une population dispersée sur un vaste territoire rural, ce qui peut compliquer l'accès aux soins ;
une augmentation progressive des besoins liés au maintien à domicile et à la prise en charge de la perte d'autonomie.

. **9 médecins généralistes pour 10 000 habitants** (densité inférieure à la moyenne nationale).

. Environ **un médecin généraliste sur deux a plus de 60 ans**,

Cartographie



L'AUTRE PIÈCE DU PUZZLE

Qu'est-ce qu'une CPTS ?

Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

Un regroupement de professionnels de santé d'un même territoire — médecins, infirmiers, pharmaciens, kinés… — qui s'organisent ensemble pour améliorer l'accès et la coordination des soins.

À l'échelle d'un bassin de vie

- Portée par les professionnels eux-mêmes
- Projet de santé validé par l’ARS et la CPAM
- Financée par l'Assurance Maladie

CE QUE FAIT UNE CPTS

Quatre missions socles

1

Accès aux soins

Faciliter l'accès à un médecin traitant et aux soins non programmés

2

Parcours

Organiser les parcours pluriprofessionnels autour du patient

3

Prévention

Mener des actions de prévention à l'échelle du territoire

4

Répondre aux crises exceptionnelles

Contribuer à la mise en place d’une réponse collective

CE QUE FAIT UNE CPTS

Deux missions optionnelles

1

Accompagnement des professionnels de santé

Aider à l'installation et à l'attractivité du territoire

2

Amélioration de la qualité et de la pertinence des soins

Echange de bonnes pratiques médicales et la création de protocoles partagés.

3

4

POURQUOI LES RÉUNIR

Un rapprochement logique



L'IPA apporte une expertise clinique rare ; la CPTS lui offre un cadre d'exercice coordonné et une patientèle à l'échelle du bassin de vie.

La loi Rist 2 (mai 2023)

Loi du 19 mai 2023

« amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé »

Son ambition : ouvrir l'ACCÈS DIRECT — permettre à un patient de consulter un IPA sans passer d'abord par le médecin traitant.

UN RENDEZ-VOUS MANQUÉ

Le paradoxe des CPTS

Ce que prévoyait le texte initial

Les CPTS comptent parmi les structures d'exercice coordonné ouvrant droit à l'accès direct.

Ce qu'a fait le Sénat

Les CPTS sont RETIRÉES du dispositif.
Reste une seule concession :
une expérimentation limitée.

COMPRENDRE L'ENJEU

L'accès direct, concrètement

SANS accès direct

Patient → Médecin traitant → IPA

Un passage obligé par le médecin, qui rallonge les délais.

AVEC accès direct

Patient → IPA

Le patient consulte directement l'IPA — gain de temps, désengorgement.

PREMIÈRE OUVERTURE

Le décret du 20 janvier 2025

2025

L'accès direct devient possible…
mais à une condition stricte.

Il faut exercer en structure d'exercice coordonné « stricte » : maison de santé, centre de santé, établissement de santé. La CPTS seule ne suffit pas.

LA BRÈCHE

Une expérimentation ciblée

5 ans

6 dépts

- Mayotte
- Martinique
- Loiret
- Hérault
- Val-d'Oise
- Yonne

CE QUE ÇA DÉBLOQUE

Le vrai changement

Dans ces départements, TOUTE IPA adhérant à une CPTS peut recevoir en accès direct — même sans exercer en maison de santé.

C'est LA configuration de terrain la plus fréquente :
l'IPA installée en ville, en cabinet, qui adhère à une CPTS sans être dans une MSP.
Souvent en zone rurale.

LE POINT DE FRICTION

Un blocage qui inquiète

⚠ **L'administration (DGOS) voudrait réserver l'expérimentation aux IPA exerçant AVEC des médecins spécialistes.**

Les représentants IPA dénoncent une restriction « abusive » :
le décret d'application risque de vider la mesure votée d'une partie de sa portée.

LE NERF DE LA GUERRE (1/3)

Financer la formation

Aide de l'ARS

Jusqu'à 22 500 €/an

pour les libéraux (variable selon les régions ; davantage pour les salariés).

Avenant 10 (CPAM)

+ 15 000 € au total

cumulables avec l'aide ARS pour financer la formation.

→ La CPTS est la structure qui porte la candidature aux appels à projets.

LE NERF DE LA GUERRE (2/3)

Financer l'activité : l'avenant 11

Mars 2026	Signature de l'avenant 11 entre la Cnam et les syndicats infirmiers
Consultation	La séance de soins requalifiée en consultation : 16 € → 21 €
Forfaits	De nouveaux forfaits de suivi (initiation, trimestriel, suivi rapproché)
503 M€	Engagés sur 2026-2029 pour les infirmiers libéraux

LES PROCHAINES AVANCÉES

Ce qui se joue en 2026

1

Décret

Rendre l'accès direct en CPTS effectif dans les 6 départements

2

Champ PCS

Élargir les compétences : intégration de la sclérose en plaques

3

Logique populationnelle

Sortir de l'approche « par pathologie »

4

MDPH & prescription

Certificats MDPH et renouvellements facilités

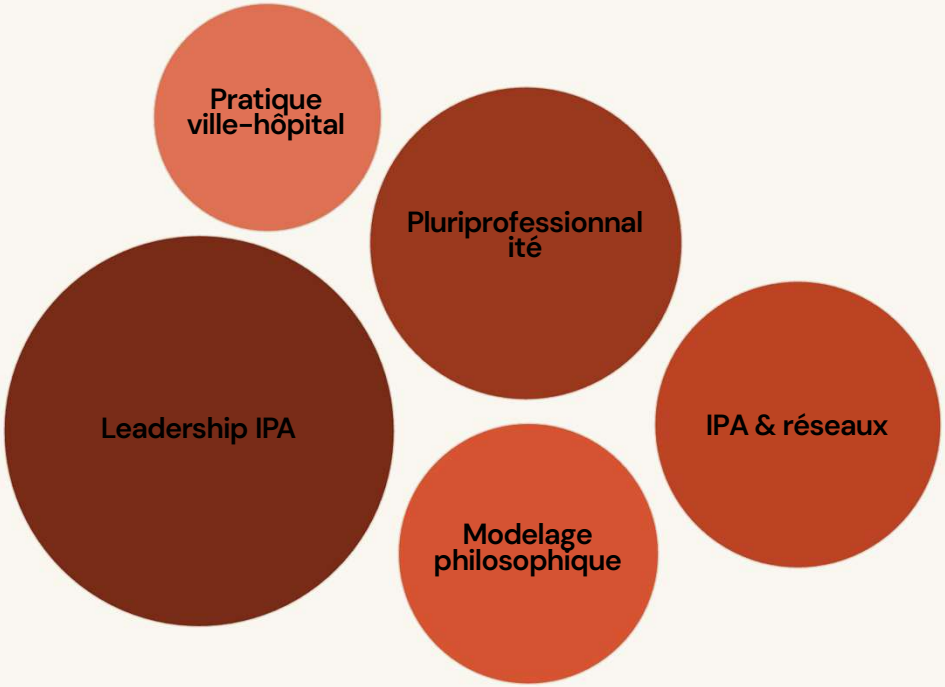
EN UNE PHRASE

Une réponse d'avenir, un cadre encore à consolider

Les IPA en CPTS incarnent une réponse concrète aux déserts médicaux. Les briques — accès direct, financement, compétences — se mettent en place. Reste à transformer l'expérimentation en droit commun.

Merci de votre attention.

🔄 14h30 – 15h45 | Ateliers immersifs



01

Leadership IPA

Moteur de transformation de la filière infirmière — comment l'IPA incarne un leadership clinique et organisationnel au service du changement.

ĆČ

Pluriprofessionnalité

Comment l'IPA trouve (et crée) sa place dans les équipes pluriprofessionnelles ? Partage d'expériences et outils pratiques.

03

IPA & réseaux

Travailler autrement avec les partenaires : construire des coopérations durables avec les acteurs du territoire.

04

Modelage philosophique

Regards croisés vers un modelage philosophique d'un métier en mutation : une expérience de pensées collective et prospective.

05

Parcours & lien ville-hôpital

La pratique avancée au cœur des parcours de santé et dans le lien ville-hôpital : réalités, obstacles et leviers.

Made with GAMMA

⏱️ 15h45 – 16h16 | POP CORN DES ATELIERS

Restitution en 180 secondes

01

Leadership IPA

Moteur de transformation de la filière infirmière — comment l'IPA incarne un leadership clinique et organisationnel au service du changement.

ĆČ

Pluriprofessionnalité

Comment l'IPA trouve (et crée) sa place dans les équipes pluriprofessionnelles ? Partage d'expériences et outils pratiques.

03

IPA & réseaux

Travailler autrement avec les partenaires : construire des coopérations durables avec les acteurs du territoire.

04

Modelage philosophique

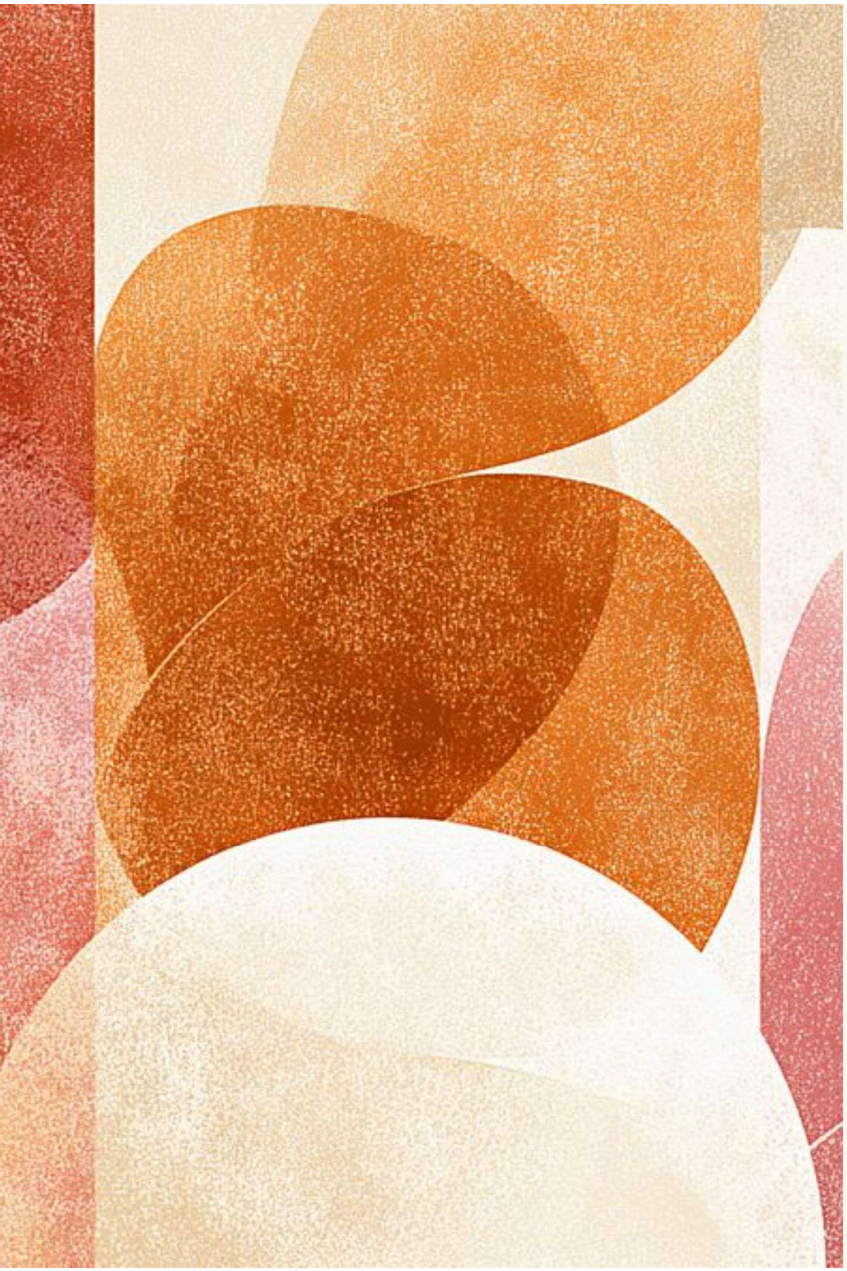
Regards croisés vers un modelage philosophique d'un métier en mutation : une expérience de pensées collective et prospective.

05

Parcours & lien ville-hôpital

La pratique avancée au cœur des parcours de santé et dans le lien ville-hôpital : réalités, obstacles et leviers.

Made with GAMMA



16h15 | Clôture inspirante

Et maintenant ? Perspectives pour les IPA

Merci pour votre participation

A bientôt !

Made with GAMMA