



Formation & Recherche en Soins

L'accompagnement au
développement de pratiques
avancées infirmières dans un
établissement de santé.



Marie GENERAU

MTMOS 2014-2015



« (...) à travers les nombreux changements dont nous sommes les témoins et parfois les acteurs, nous nous sentons entraînés vers un temps prospectif. Et la meilleure façon de s'adapter à ce temps prospectif est d'anticiper, de prévoir l'état futur »

Jean-Pierre BOUTINET (1990). *Anthropologie du projet* (Broché). Paris: 464p. PUF. P6

REMERCIEMENTS

Au terme de ce travail, je tiens à remercier :

Mme Isabelle ROBINEAU-FAUCHON et M. LETOURNEAU, enseignants responsables du projet managérial, pour leur accompagnement et leurs conseils avisés,

Madame JOVIC, directrice des soins de l'ARS Ile de France, pour ses réponses à mes nombreuses questions, le partage de sa riche expérience et le temps précieux qu'elle m'a accordé,

Madame Isabelle FROMANTIN, infirmière PhD expert en plaies et cicatrisation de l'Institut Curie, qui m'a ouvert les portes de son univers de la recherche en soins infirmiers et pour toutes les personnes rencontrées grâce à elle sur le sujet des pratiques avancées,

Amélie, Arlette, Catherine, Caroline, Estelle et Judith mes collègues et équipes de l'Hôpital Privé des Peupliers pour avoir pris les temps de ces discussions autour des pratiques avancées et de la place de l'infirmière,

Mon frère, pour sa disponibilité pour répondre à mes nombreux questionnements et les pistes de réflexions vers lesquelles il m'a orienté,

Mes parents, famille et amis et tout particulièrement Amandine, Anne-Sophie, Armelle, maman et Maud, pour leurs relectures attentives et leurs critiques,

Toute l'équipe de la « Master Compagnie » pour la richesse de cette grande aventure partagée ensemble,

Thomas et Jules, mes enfants chéris,

David pour son soutien sans faille et pour tout ce qu'il m'apporte au quotidien.

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES.....	1
LISTE DES SIGLES UTILISES.....	3
INTRODUCTION	4
1 EN QUOI LES PRATIQUES AVANCEES REPONDENT-ELLES A UN BESOIN ?.....	7
1.1 LA MUTATION DU CONTEXTE MEDICO-SOCIOECONOMIQUE :	7
1.1.1 <i>Le contexte médico-socioéconomique français :</i>	<i>7</i>
1.1.2 <i>L'impact de l'environnement sur l'établissement de santé :</i>	<i>27</i>
1.1.3 <i>Conclusion :</i>	<i>28</i>
1.2 LES PRATIQUES AVANCEES.....	30
1.2.1 <i>Situer les pratiques avancées infirmières dans leur champ d'activité : les soins infirmiers :.....</i>	<i>30</i>
1.2.2 <i>Qu'est-ce que les pratiques avancées infirmières ?.....</i>	<i>31</i>
1.2.3 <i>Préciser la pratique avancée :</i>	<i>32</i>
1.2.1 <i>Les différents types d'exercice en pratiques avancées :.....</i>	<i>34</i>
1.2.2 <i>Les pratiques avancées dans le monde :</i>	<i>34</i>
1.2.3 <i>Contexte ayant entraîné le développement des pratiques avancées à l'international :.....</i>	<i>36</i>
1.2.4 <i>Articulation dans le contexte français :.....</i>	<i>36</i>
1.2.5 <i>Une avancée pour la profession :.....</i>	<i>46</i>
1.2.6 <i>Les enjeux de pratiques avancées :.....</i>	<i>46</i>
2 LE PROJET	48
2.1 L'ACCOMPAGNEMENT AU CHANGEMENT :	48
2.1.1 <i>L'organisation comme système politique :.....</i>	<i>48</i>
2.1.2 <i>La culture, la création de sens</i>	<i>49</i>
2.1.3 <i>Qu'est-ce que le changement ?.....</i>	<i>54</i>
2.1.4 <i>Le rôle du consultant :.....</i>	<i>61</i>

2.2	LE PROJET D'ORGANISATION :.....	62
2.2.1	<i>Une nécessité, travailler en mode projet :.....</i>	62
2.2.2	<i>La phase préparatoire :.....</i>	64
2.2.3	<i>La phase d'implémentation :.....</i>	68
	CONCLUSION :	73
	ANNEXES.....	75
	ANNEXE 1.....	76
	ANNEXE 2.....	77
	ANNEXE 3.....	78
	ANNEXE 4.....	79
	ANNEXE 5.....	80
	ANNEXE 6.....	81
	ANNEXE 7.....	85
	ANNEXE 8.....	89
	ANNEXE 9.....	92
	ANNEXE 10.....	93
	ANNEXE 11.....	94
	ANNEXE 12.....	96
	ANNEXE 13.....	97
	ANNEXE 14.....	98
	ANNEXE 15.....	100
	BIBLIOGRAPHIE.....	102

LISTE DES SIGLES UTILISES

ARS : Agence régionale de santé

ASIP Santé : Agence nationale des systèmes d'information partagés de santé

CII : Conseil international des infirmières

CMU : Couverture maladie universelle

CMU-C : Couverture maladie universelle complémentaire

CRSA : Conférence régionale de la santé et de l'autonomie

CRUQ-PC : Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge

CSG : Contribution sociale généralisée

EBN : Evidence based nursing

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

DPI : Dossier patient informatisé

DMP : Dossier médical personnel

HAS : Haute autorité de santé

INED : Institut national d'études démographiques

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

IRDES : Institut de recherche et documentation en économie de la santé

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONDAM : Objectif national de dépenses de l'assurance maladie

PIB : Produit intérieur brut

PLFSS : Projet de loi de financement de la Sécurité Sociale

PMSI : programme médicalisé des systèmes d'information

PRS : Projet régional de santé

SIH : système d'information hospitalier

T2A : tarification à l'activité

INTRODUCTION

Si la vocation du système de santé est de garantir une offre de soins adaptée aux besoins de santé de la population tout en assurant son financement, il s'avère que la question de sa pérennité se pose déjà depuis quelques temps. Comme le souligne BERLAND¹, les trente dernières années ont permis de grandes avancées en matière de santé publique mais les mutations actuelles et projetées entraînent la nécessité de s'adapter à de nouveaux enjeux. Les besoins de santé et de soins de la population augmentent (vieillesse, maladies chroniques, dépendance, demande sociétale, etc.) et dans un même temps l'offre de soins a de plus en plus de difficultés à y répondre (démographie médicale, inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire, crise du financement, etc.).

Toutes ces problématiques ont fait l'objet de rapports qui visaient à proposer des solutions pour accroître la performance du système de santé (financement et maîtrise des dépenses) tout en garantissant une réponse adaptée aux besoins sanitaires de la population. Une des solutions mise en avant tient dans le développement des compétences des professionnels de santé et des coopérations entre professionnels. C'est ainsi que suite à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique², la possibilité de coopération entre professionnels de santé a été développée.

Au-delà, se profile aussi l'apparition de nouvelles formes de pratiques pour les paramédicaux, des pratiques « avancées ». En effet, comme l'indique un document de l'agence régionale de santé (ARS) Ile de France³, il faut s'orienter vers des « *transformations majeures des modèles*

¹ BERLAND, Y., et al. (2011). Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer (p. 57). Paris: Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, Secrétariat d'État chargé de la Santé. Retrieved from [HTTP://WWW.SANTE.GOUV.FR/IMG/PDF/RAPPORT_RELATIF_AUX_METIERS_EN_SANTE_DE_NIVEAU_INTERMEDIAIRE - PROFESSIONNELS D AUJOURD HUI ET NOUVEAUX METIERS - DES PISTES POUR AVANCER.PDF](HTTP://WWW.SANTE.GOUV.FR/IMG/PDF/RAPPORT_RELATIF_AUX_METIERS_EN_SANTE_DE_NIVEAU_INTERMEDIAIRE_-_PROFESSIONNELS_D_AUJOURD_HUI_ET_NOUVEAUX_METIERS_-_DES_PISTES_POUR_AVANCER.PDF) P3

² Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Retrieved from <HTTP://LEGIFRANCE.GOUV.FR/AFFICHTEXTE.DO?CIDTEXTE=JORFTEXT000000787078&DATETEXTE=&CATEGORIELIEN=ID>

³ ARS Ile de France. (2013). Infirmière clinicienne spécialisée : éléments de cadrage pour les missions, la formation et l'emploi (p. 74). ARS Ile de France. P5

professionnels ». Le plan cancer 2014-2019⁴, puis le projet de loi relatif à la santé⁵ ont donc proposé le développement des pratiques avancées des paramédicaux.

Ce sujet est donc interpellant. Alors que le concept des pratiques avancées semble être une évolution pour la qualité de prise en charge des patients et pour la profession infirmière, ses contours demeurent cependant obscurs. Suite à des recherches effectuées, plusieurs constats apparaissent.

Tout d'abord, force est de constater que les connaissances relatives à l'exercice en pratiques avancées sont très hétérogènes. Ainsi, en questionnant des collègues cadres, infirmiers, gestionnaires, si certains ont entendu ce terme de « pratiques avancées », aucun ne sait le définir. Un questionnaire réalisé par AMBROSINO et al.⁶ auprès d'infirmier libéraux indique sensiblement la même chose. Par ailleurs, au regard de la littérature professionnelle et en questionnant des professionnels de santé touchant à la recherche en soins infirmiers, il semble qu'au-delà d'une connaissance fine du concept des pratiques avancées, la question de leur intérêt ne doit plus se poser. Le plan cancer et le projet de loi de santé vont d'ailleurs dans ce sens. Selon, la directrice des soins de l'ARS Ile de France⁷, la volonté de développement des pratiques avancées est liée à une multitude de facteurs qui font qu'aujourd'hui nous n'avons plus le choix ; le développement de ces pratiques est nécessaire.

Si l'on se place à l'échelle d'un établissement de santé, on ne peut trouver de modèle d'intégration de ces pratiques car elles n'ont pas encore d'existence légale en France. De plus, comme l'avance Fayol⁸, « (...) Prévoir, c'est à la fois supputer l'avenir et le préparer ; prévoir, c'est déjà agir. ». En tant que cadre supérieur de santé, une partie de mon rôle est d'organiser, de coordonner les soins et par-delà, de prévoir. Ainsi, si ces pratiques sont vouées à se développer, n'est-il pas nécessaire de réussir à anticiper leur arrivée ?

⁴ Plan Cancer 2014-2019. (2014, Février). Ministère des Affaires Sociales et de la Santé - Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche - Institut National du Cancer. Retrieved from [HTTP://WWW.SOCIAL-SANTE.GOUV.FR/IMG/PDF/2014-02-03_PLAN_CANCER.PDF](http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/PDF/2014-02-03_PLAN_CANCER.PDF) P43

⁵ Projet de loi relatif à la santé, Pub. L. No. 2302 (2014). Retrieved from [HTTP://S3-EU-WEST-1.AMAZONAWS.COM/STATIC.HOSPIMEDIA.FR/DOCUMENTS/175987/1062/PROJET_DE_LOI_SANTE.PDF?1414685115](http://s3-eu-west-1.amazonaws.com/static.hospimedia.fr/documents/175987/1062/PROJET_DE_LOI_SANTE.PDF?1414685115)

⁶ AMBROSINO, F., et al. (2012). L'Infirmière de Pratique Avancée expliquée aux infirmières (Mémoire de Master 1 Sciences Cliniques Infirmières). EHESP, France. 35p. Retrieved from [HTTP://WWW.INFIRMIERS.COM/PDF/RECHERCHE-FLORENCE-AMBROSINO.PDF](http://www.infirmiers.com/pdf/recherche-florence-ambrosino.pdf) P6

⁷ JOVIC, L. (2015, Janvier). Interview. Les pratiques avancées infirmières.

⁸ BOISVERT, J. (1994). Les grands esprits du management. Presses de l'université du Québec. P58

Dès lors, une autre question fondamentale est celle de la temporalité dans laquelle pourrait s'inscrire un projet. Comme l'avance BOUTINET⁹, « *tout l'art dans la conduite d'un projet réside dans l'harmonisation ou au moins la conciliation de temporalités paradoxales* ». Celui-ci semble se situer au moment propice, dans un entre-deux permettant d'avoir le temps de mener une réflexion avant l'inscription légale des pratiques avancées sans que cela soit néanmoins prématuré.

Au regard des différents constats, la problématique est de donc de savoir comment passer d'un modèle conceptuel à une intégration concrète dans un établissement de santé.

Par conséquent, comment accompagner le développement des pratiques avancées au sein d'un établissement de santé ?

L'objet de ce projet est donc de se placer en tant que consultant, comme « *traducteur* »¹⁰ des pratiques avancées et de proposer un dispositif d'accompagnement au développement des pratiques avancées infirmières pour un établissement de santé. Ce projet se situe donc dans une démarche prospective et concerne uniquement la profession infirmière.

La première partie de ce travail vise à comprendre, au regard du contexte médico-socio-économique actuel et projeté, pourquoi les pratiques avancées deviennent un sujet mis en avant. Pour se faire, les principaux enjeux et défis liés à l'environnement seront analysés, ainsi que leurs impacts sur les établissements de santé.

Le concept des pratiques avancées infirmières sera également défini. Elles seront étudiées à partir de l'existant à l'international jusqu'à leur articulation dans notre système de santé français.

La deuxième partie a pour objet de proposer un projet de développement des pratiques avancées en menant une réflexion sur l'accompagnement des acteurs et leurs rôles et perceptions au sein de l'établissement de santé.

Une proposition de projet organisationnel pour la mise en place de pratiques avancées infirmières dans un établissement de santé sera également présentée.

⁹ BOUTINET, J.-P. (1990). *Anthropologie du projet* (Broché). Paris. 464p: PUF. P 333

¹⁰ CALLON, M. (1986). *Éléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques dans la Baie de Saint-Brieuc*. *L'Année sociologique*, 36, 40p.

1 EN QUOI LES PRATIQUES AVANCEES REPONDENT-ELLES A UN BESOIN ?

Le contexte actuel et sur les mutations à venir qui vont impacter notre système de santé, notre offre de soins et par là-même entraîner des modifications dans la demande de soins va donc être précisé.

Il s'agira dans un premier temps d'aborder l'épidémiologie de la population française comme base de la demande de soins qui sera ensuite posée au regard des réponses qui peuvent être apportées et des éléments modifiant le modèle actuel.

Enfin, nous verrons en quoi toutes ces transformations vont directement ou indirectement modifier l'entité qui nous intéresse dans ce projet, à savoir les établissements de santé.

La deuxième partie visera à préciser en quoi les pratiques avancées peuvent être une réponse à tous ces enjeux.

Il s'agira tout d'abord de les définir là où elles existent, c'est-à-dire à l'international.

Ensuite, leur articulation dans le contexte français sera étudiée.

1.1 LA MUTATION DU CONTEXTE MEDICO-SOCIOECONOMIQUE :

Les différentes problématiques abordées devront être prises en compte dans leur interdépendance. Il s'agit là d'avoir une vision globale puisqu'une seule des données ne suffit pas à expliquer la mutation profonde qui est en train de s'opérer.

1.1.1 Le contexte médico-socioéconomique français :

1.1.1.1 *L'épidémiologie de la population française :*

Afin de comprendre l'épidémiologie de la population française, deux types de données seront mises en lien : des indicateurs démographiques et des marqueurs de la maladie.

1.1.1.1.1 Les indicateurs démographiques :

La France compte 66,3 millions d'habitants au 1^{er} janvier 2015¹¹. C'est environ 300 000 personnes de plus qu'au 1^{er} janvier 2014, soit une hausse de 0,4 %¹². Elle était de 40 millions au début du 20^{ème} siècle et la pente s'accroît beaucoup plus depuis les années 1950 que par le passé.

(ANNEXE 1)

Ce phénomène est lié à plusieurs facteurs mais contrairement à ce que l'on pourrait penser, le taux de natalité, même s'il reste élevé, n'en constitue pas la seule explication : l'effet migratoire en est une autre. Mais c'est surtout une forte augmentation de l'espérance de vie¹³ qui est à l'origine de ce phénomène qui semble se poursuivre d'après les projections réalisées par l'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). En 2013, l'espérance de vie à la naissance était de 85 ans chez les femmes et 78,7 ans chez les hommes.

Depuis le 19^{ème} siècle, l'espérance de vie a augmenté de manière spectaculaire (ANNEXE 2). Selon de Kersvadoué¹⁴ : « *ce n'est jamais arrivé au cours de l'histoire de l'humanité* ». Il n'a jamais existé d'évolution plus notable.

Au final, l'espérance de vie augmente et continue d'augmenter de 3 mois chaque année. En 2075, elle sera, à la naissance, de 90 ans.

Plus précisément, si l'on s'intéresse aux structures d'âges de la population, on remarque que la part des personnes âgées de 65 ans et plus augmente (ANNEXE 3).

Notons d'ailleurs que ce seuil déterminé pour parler des personnes âgées est un seuil historique. L'évolution de l'espérance de vie tend à le remettre en question puisque le « 3^{ème} âge » d'hier n'est pas le même que celui d'aujourd'hui. On commence aussi à entendre la notion de « 4^{ème} âge » pour les patients les plus âgés. Quoiqu'il en soit, ce seuil de 65 ans étant toujours utilisé, il sera notre référence.

La question sous-tendue par ce constat est de préciser comment cette population âgée vit du point de vue de la santé.

¹¹ INSEE. (2015, January). Bilan démographique 2014. Retrieved from [HTTP://WWW.INSEE.FR/FR/THEMES/DOCUMENT.ASP?REG_ID=0&REF_ID=IP1532](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=IP1532)

¹² Ibid

¹³ INSEE. (2015). Espérance de vie - Définition. Retrieved from [HTTP://WWW.INSEE.FR/FR/METHODES/DEFAULT.ASP?PAGE=DEFINITIONS/ESPERANCE-VIE.HTM](http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/esperance-vie.htm)

¹⁴ DE KERVASDOUÉ, J. (2010). Réformer les systèmes de santé?. Paris. Retrieved from [HTTP://WWW.DAILYMOTION.COM/VIDEO/XE5JRO_JEAN-DE-KERVASDOUE-REFORMER-LES-SYS_WEBCAM](http://www.dailymotion.com/video/XE5JRO_JEAN-DE-KERVASDOUE-REFORMER-LES-SYS_WEBCAM)

C'est à l'aide de l'indicateur démographique de l'espérance de vie en bonne santé (ou espérance de vie sans incapacités) que nous pouvons l'analyser. C'est un calcul permettant de définir combien d'années une personne va vivre sans incapacité, ni limitations¹⁵.

Cet indicateur permet de comprendre et anticiper les besoins de soins de la population. « *Les espérances de vie sans incapacité en France - Une tendance récente moins favorable que dans le passé* »¹⁶ est le titre d'un document de l'institut national d'études démographiques (INED) qui résume parfaitement l'évolution de cet indicateur. En 2010, l'espérance de vie sans incapacité est de 61,9 ans chez les hommes et 63,5 ans chez les femmes¹⁷. Tout ceci permet de comprendre, qu'au-delà du fait que l'on vive de plus en plus vieux, on vit de plus en plus longtemps avec des incapacités. Il faut donc pouvoir répondre aux besoins de soins et de santé de ces personnes.

De même, en utilisant un autre indicateur, économique cette fois-ci qui comporte les déterminants individuels de la consommation de soins, on observe que la demande de soins est liée à l'âge. C'est ce que l'on appelle la *courbe en U*¹⁸ : après un fort besoin de soins dans la toute petite enfance, cette demande reste basse pour ré-augmenter à partir de 60 à 70 ans puisque les problèmes de santé sont plus fréquents à partir de ces âges.

Ainsi, tous les facteurs abordés indiquent que les besoins de soins et de santé vont continuer à s'accroître.

1.1.1.1.2 Un marqueur de la maladie : les maladies chroniques

Abordons maintenant la question des maladies chroniques en ce qu'elles semblent directement impacter les besoins de soins de la population.

Selon STEIN et PERRIN¹⁹, une maladie chronique peut être définie comme la « *présence d'un substratum organique, psychologique ou cognitif, d'une ancienneté de **trois mois à un an**, (...), accompagnée d'un **retentissement sur la vie quotidienne** des personnes atteintes (...), pouvant*

¹⁵ INSEE. (2015). Espérance de vie en bonne santé - Définition. Retrieved from <HTTP://WWW.INSEE.FR/FR/METHODES/DEFAULT.ASP?PAGE=DEFINITIONS/ESPERANCE-VIE-BONNE-SANTE.HTM> P1

¹⁶ SIEURIN, A., et al. (2011). Les espérances de vie sans incapacité en France: une tendance récente moins favorable que dans le passé (p. 42). INED. Retrieved from <HTTP://WWW.COR-RETRAITES.FR/IMG/PDF/DOC-2234.PDF>

¹⁷ RAIMONDEAU, J. (2013). L'épreuve de santé publique : Concours administratifs dans les secteurs de la santé et du médico-social (Broché). Paris. 204p: Presses de l'EHESP. P61

¹⁸ VIDEAU, Y. (2013). Micro-économie de la santé - Support de cours Master 1 Management et Santé. IAE-UPEC.

¹⁹ HAUT CONSEIL DE LA SANTE PUBLIQUE. (2009). La prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladie chronique (p. 72). Paris: HCSP. Retrieved from <HTTP://WWW.HCSP.FR/EXPLORE.CGI/AVISRAPPORTSDOMAINE?CLEFR=95> P18

induire une **limitation fonctionnelle** des activités ou de la participation, une dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime, d'une technologie médicale, d'un appareillage, ou d'une assistance personnelle, et **nécessitant des soins** médicaux ou paramédicaux, d'aide psychologique, ou d'adaptation. ».

Les maladies chroniques sont en augmentation en France. On vit plus vieux mais pas nécessairement plus longtemps en bonne santé. Les progrès des multiples déterminants de la santé et particulièrement ceux de la médecine font que de plus en plus de maladies jusqu'alors rapidement létales se chronicisent.

De plus, même si elles ne sont pas uniquement liées au vieillissement de la population, l'âge a un impact négatif sur celles-ci. En effet, l'âge augmentant, la fréquence des maladies augmente et par là-même les risques de comorbidités. Les prises en charge sont donc globalement plus complexes car elles doivent prendre en compte les éventuelles interactions entre plusieurs pathologies et les altérations fonctionnelles concomitantes.

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS)²⁰, l'accroissement des maladies chroniques entraîne des modifications de prise en charge pour les professionnels de santé ; ils doivent répondre à de nouveaux besoins. Pour permettre une prise en charge adaptée, les professionnels de santé doivent développer des compétences « *plus étendues* ». A savoir, non uniquement centrées sur un organe mais sur les processus altérés lors de maladies chroniques.

Il semble aussi nécessaire de sortir d'un modèle biomédical curatif pour accentuer la prévention. Dans le cas des maladies chroniques, il s'agit de développer la prévention tertiaire, à savoir mettre en place des actions visant à diminuer la prévalence des incapacités. Le rapport FLAJOLET²¹ fait mention de la nécessité de développer la « *prévention globale* », c'est-à-dire un mode de prévention englobant aussi bien la « *gestion du capital santé* » que la participation de l'utilisateur.

Ce sont donc souvent des maladies au long cours, nécessitant des prises en charges spécifiques et qui représentent des dépenses de santé élevées.

En effet, une partie des patients souffrant de maladies chroniques peut prétendre, en France, à une prise en charge spécifique par l'Assurance Maladie, au titre de l'affection longue durée (ALD).

²⁰ PRUITT, S., et al. (2005). Former les personnels de santé du 21ème siècle : le défi des maladies chroniques. Genève. 80p: Organisation mondiale de la santé. Pp 15-20

²¹ FLAJOLET, A. (2008). Les disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire - Annexes du rapport (p. 89). Ministère de la Santé, de la jeunesse et des sports et de la vie associative. Retrieved from <HTTP://WWW.SANTE.GOUV.FR/IMG/PDF/ANNEXES.PDF> P3

Selon Ameli²² les ALD sont des « (...) affections dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, et pour lesquelles le ticket modérateur est supprimé. ».

Selon l'institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES)²³, l'augmentation du nombre d'ALD est liée à l'aggravation de certaines pathologies, à l'augmentation de l'espérance de vie et à l'amélioration des dépistages. Selon le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP)²⁴, « le cancer, le diabète et les maladies cardio-vasculaires représentent avec les maladies psychiques les trois quarts des personnes en affection de longue durée (ALD) en 2006 ».

Enfin, concernant le financement de ce dispositif, c'est un enjeu majeur puisque, selon l'IRDES²⁵, en 2013, les ALD concernaient 15 % des assurés du régime général mais 60% des dépenses remboursées. Elles concernent également une population de patients plus âgés (ANNEXE 4). D'ailleurs, selon une projection réalisée dans le Rapport du Trésor²⁶, près de 20 % de la population bénéficierait du dispositif ALD en 2025.

On comprend ainsi que si le nombre de personnes atteintes de maladies chroniques augmente, le financement de ce dispositif va devenir de plus en plus problématique.

²² AMELI. (2012, Décembre). Qu'est-ce qu'une affection de longue durée ? Retrieved from [HTTP://WWW.AMELI.FR/PROFESSIONNELS-DE-SANTE/MEDECINS/EXERCER-AU-QUOTIDIEN/LES-AFFECTIONS-DE-LONGUE-DUREE/QU-EST-CE-QU-UNE-AFFECTION-DE-LONGUE-DUREE/LES-ALD-EXONERANTES.PHP](http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/les-affections-de-longue-duree/qu-est-ce-qu-une-affection-de-longue-duree/les-ald-exonerantes.php) P1

²³ DOURGNON, P., et al. (2013). L'impact du dispositif des affections de longue durée (ALD) sur les inégalités de recours aux soins ambulatoires entre 1998 et 2008. Questions D'économie de La Santé, 183, 6p. Retrieved from [HTTP://SURMEDICALISATION.FR/BLOG/WORDPRESS3/WP-CONTENT/UPLOADS/2014/05/ALD-ET-NON-ALD-FRANCE-2013.PDF](http://surmedicalisation.fr/blog/wordpress3/wp-content/uploads/2014/05/ald-et-non-ald-france-2013.pdf) P2

²⁴ HAUT CONSEIL DE LA SANTE PUBLIQUE. (2009). La prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladie chronique (p. 72). Paris: HCSP. Retrieved from [HTTP://WWW.HCSP.FR/EXPLORE.CGI/AVISRAPPORTSDOMAINE?CLEFR=95](http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=95) P19

²⁵ DOURGNON, P., et al. (2013). L'impact du dispositif des affections de longue durée (ALD) sur les inégalités de recours aux soins ambulatoires entre 1998 et 2008. Questions D'économie de La Santé, 183, 6p. Retrieved from [HTTP://SURMEDICALISATION.FR/BLOG/WORDPRESS3/WP-CONTENT/UPLOADS/2014/05/ALD-ET-NON-ALD-FRANCE-2013.PDF](http://surmedicalisation.fr/blog/wordpress3/wp-content/uploads/2014/05/ald-et-non-ald-france-2013.pdf) P2

²⁶ Ministère des Finances et des Comptes publics et Ministère de l'Économie de l'Industrie et du Numérique. (2015). Quel avenir pour le dispositif de prise en charge des affections de longue durée (ALD) ? (Trésor-éco No. N°145) (p. 8). Paris: Ministère des Finances et des Comptes publics et Ministère de l'Économie de l'Industrie et du Numérique. Retrieved from [HTTP://WWW.TRESOR.ECONOMIE.GOUV.FR/FILE/411847](http://www.tresor.economie.gouv.fr/File/411847) P4

1.1.1.2 Les professionnels médicaux :

Les besoins de soins vont aller grandissant et à l'intérieur de cette population, il y a aussi ceux qui soignent : médecins, infirmiers, aides-soignants, etc. En faisant le lien avec la démographie de la population, les soignants d'aujourd'hui seront les patients de demain²⁷.

La structure démographique de la profession médicale est en corrélation avec celle de la population générale. En ce qui concerne les médecins, la moyenne d'âge en exercice est de 51,3 ans²⁸. Nombre de ceux-ci partiront en retraite d'ici peu. Le numérus clausus qui a été revu à la hausse risque de ne pas suffire à compenser rapidement le nombre de départs et surtout l'augmentation des besoins de la population.

A cela s'ajoute un autre phénomène (plus ou moins lié), celui de la densité médicale. En 2013, on compte environ 218 000 médecins²⁹ (toutes spécialités confondues). Ce nombre est plus important que par le passé mais, au vu de projections démographiques et de la moyenne d'âge des médecins, le nombre de médecin par habitants risque de diminuer. En 2006, la France comptait 327 médecins pour 100 000 habitants. Selon les projections réalisées par l'INSEE³⁰, elle sera de 277 pour 100 000 en 2019 et 292 pour 100 000 en 2030.

De plus, la répartition des médecins sur le territoire français est très inégale (ANNEXE 5) et elle ne représente pas nécessairement la densité de population. On compte ainsi, en 2006³¹, une densité de 255 médecins pour 100 000 habitants en Picardie (taux le plus bas pour la métropole) pour 400 médecins pour 100 000 habitants en Provence-Alpes-Côte d'Azur (taux le plus élevé). Dans une même région, la répartition peut elle-même être inégale. C'est le cas en Ile de France avec une densité médicale très disparate entre Paris et la Seine Saint-Denis. Il y a donc dans certaines zones, une réelle problématique d'accès aux soins pour la population³².

²⁷ MARCHAND, X. (2014, 2015). Analyse de l'activité et gestion des métiers et des compétences - Support de cours Master 2 MOS. IAE-UPEC.

²⁸ SICARD, D. (2013, Avril). Les médecins au 1er janvier 2013 - document de travail - SÉRIE STATISTIQUES N°179. DREES. Retrieved from [HTTP://WWW.DREES.SANTE.GOUV.FR/IMG/PDF/SERIESTAT179.PDF](http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/PDF/SERIESTAT179.PDF) P26

²⁹ Ibid. P26

³⁰ BARLET, M., et al. (2010). Quelles perspectives pour la démographie médicale ? Insee. Retrieved from [HTTP://WWW.INSEE.FR/FR/FFC/DOCS_FFC/REF/FSR10G.PDF](http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ref/fsr10g.pdf) P3

³¹ Ibid. P3

³² Institut Montaigne. (2013). Accès aux soins : en finir avec la fracture territoriale (p. 90). France. Retrieved from [HTTP://WWW.INSTITUTMONTAIGNE.ORG/RES/FILES/PUBLICATIONS/ETUDE%20RENSEIGNEMENT%20JUILLET%202014.PDF](http://www.institutmontaigne.org/res/files/publications/etude%20renseignement%20juillet%202014.pdf)

1.1.1.3 *Le financement du système de santé, l'ère de la régulation :*

1.1.1.3.1 Le système de santé :

Le système de santé se divise en trois entités³³ : les bénéficiaires des soins, les prestataires de soins : (professionnels de santé et établissements de santé (sanitaire, sociale, médico-sociale) et la gestion de ce système (régulation et financement).

1.1.1.3.2 Quelques chiffres :

1.1.1.3.2.1 *Les dépenses :*

Les dépenses du système de santé peuvent être décrites par plusieurs indicateurs. Néanmoins, les deux indicateurs les plus représentatifs sont la dépense courante de santé (DCS) et la consommation de soins et biens médicaux (CSBM).

La DCS permet de mesurer la part des dépenses affectées à la santé sur l'année étudiée. Elle comprend la dépense pour les malades (dont la CSBM), les dépenses pour le système de santé, les dépenses de prévention et le coût de gestion de la santé.

Selon les comptes nationaux de la santé de 2013³⁴, le montant des dépenses courantes de santé s'élève à 247,7 milliards d'euros en 2013, soit 11,7% du produit intérieur brut (PIB). A titre de comparaison, la DCS aux États-Unis correspond à 16,2 % du PIB et 10,9% du PIB en Allemagne et en Belgique.

La CSBM représente selon ce même rapport³⁵, les trois quarts de la DCS, est de 186,7 milliards d'euros en 2013, soit 8,8 % du PIB.

Elle comprend les dépenses liées aux soins hospitaliers (46,4 % de la CSBM), aux soins de ville (26,2% de la CSBM), aux transports sanitaires et les dépenses en biens médicaux (17,9 % de la CSBM).

³³ LETOURNEAU, D. (2014). Les politiques de santé - Support de cours Master. ESM-IAE-UPEC.

³⁴ ZAIDMAN, C., et al. (2014). Comptes nationaux de la santé 2013 - Edition 2014 (p. 247). France: DREES. Retrieved from [HTTP://WWW.DREES.SANTE.GOUV.FR/IMG/PDF/COMPTES_SANTE_2013_EDITION_2014.PDF](http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/PDF/COMPTES_SANTE_2013_EDITION_2014.PDF) P9

³⁵ Ibid. P9

1.1.1.3.2 Le financement du système de santé :

Le financement du système de santé français est réparti entre 4 grands acteurs. En 2013³⁶, la répartition du financement est distribuée comme ceci :

- L'assurance maladie à hauteur de 76% (majoritairement issu du financement socialisé mais aussi de contribution sociale généralisée (CSG) et de diverses taxes).
- L'Etat et CMU-C à hauteur de 1,4%.
- Les organismes d'assurance complémentaire à hauteur de 13,8%.
- Les ménages à hauteur de 8,8%.

1.1.1.3.3 La protection sociale en France et sa régulation :

Le droit à la protection de la santé est une liberté fondamentale inscrite dans la Constitution Française. A l'alinéa 11 du préambule de la constitution de 1946³⁷, on peut donc lire « *Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé (...)* ». D'un autre côté, l'équilibre du système de protection sociale est lui aussi inscrit comme objectif à valeur constitutionnelle dans l'article 34³⁸ de la Constitution Française. Il semble donc exister un certain paradoxe entre ces deux objectifs à valeur constitutionnelle³⁹. Il y a ainsi une réelle tension entre la protection de la santé de la population et une nécessaire maîtrise des coûts liés à cette protection.

Pour rappel, à la fin de la seconde guerre mondiale, la protection sociale en France n'existe que de part quelques régimes d'assistance ou de prévoyance. La volonté, au sortir de la guerre, est de permettre à tous une protection de la santé. Et c'est suite au Plan Laroque que la Sécurité Sociale est créée en 1945. Ses objectifs sont l'universalité, la protection des travailleurs, l'organisation d'un système solidaire et la mise en place d'un régime obligatoire. Gérée par des partenaires sociaux, son financement repose majoritairement sur les cotisations des travailleurs.

³⁶ Ibid. Pp 87-100

³⁷ FORMERY, S.-L. (2014). La Constitution commentée article par article. 40p: Hachette Éducation. Retrieved from [HTTP://BOOKS.GOOGLE.COM/BOOKS?HL=EN&LR=&ID=-XGgAGAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT2&dq=%22DE+LA+SOUVERAINET%C3%A9+NATIONALE+ET+DE+LA%22+%22EST+LE+GARANT+DE+L%27IND%C3%A9PENDANCE+NATIONALE,+DE+L%27INT%C3%A9GRIT%C3%A9+DU+TERRITOIRE+ET%22+%22DU+NOUVEAU+PR%C3%A9SIDENT+A+LIEU+VINGT+JOURS+AU+MOINS+ET+TRENTE-CINQ%22+&ots=LZC3uTYEXU&sig=EOLAZPY_x0K286iHGAN4xSkSPX8](http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=-XGgAGAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT2&dq=%22DE+LA+SOUVERAINET%C3%A9+NATIONALE+ET+DE+LA%22+%22EST+LE+GARANT+DE+L%27IND%C3%A9PENDANCE+NATIONALE,+DE+L%27INT%C3%A9GRIT%C3%A9+DU+TERRITOIRE+ET%22+%22DU+NOUVEAU+PR%C3%A9SIDENT+A+LIEU+VINGT+JOURS+AU+MOINS+ET+TRENTE-CINQ%22+&ots=LZC3uTYEXU&sig=EOLAZPY_x0K286iHGAN4xSkSPX8) P36

³⁸ Ibid. P10

³⁹ ZACHARIE, C. (2013). Droit de la Santé - Support de cours Master 1 Management et Santé. IAE-UPEC.

Pour garantir l'accès à la protection sociale à tous, des mesures de solidarité se développent au fil des années, comme par exemple l'assurance chômage en 1958, le revenu minimal d'insertion (RMI) en 1988 (remplacé par le revenu de solidarité active (RSA) en 2009), la couverture maladie universelle (CMU) et la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) en 1999.

Mais face à toutes ces mesures ayant pour objectif l'universalité de la protection sociale et permettant à la France de se situer, selon l'OMS, parmi les meilleurs systèmes de santé au monde, certains phénomènes engendrent un problème d'équilibre entre recettes et dépenses. En effet, en tant que système reposant sur la contribution des travailleurs, l'augmentation du chômage, le vieillissement de la population et le manque de croissance économique ont entraîné, dès la fin des années 1970, une crise du financement de ce système.

De nombreuses réformes verront donc le jour pour tenter de contenir les dépenses. Elles porteront ainsi aussi bien sur les conditions d'accès aux prestations de la population, que sur le mode de financement (exemple de la mise en place de la GSC en 1990 qui est un impôt).

Elles porteront également sur des mesures de régulation ou de contrôle⁴⁰. A titre d'exemple l'Ordonnance JUPPE⁴¹ de 1996 sur les lois de financement de la sécurité sociale a instauré un droit de regard du Parlement sur le financement de la Sécurité Sociale par le vote, chaque année, du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS). C'est dans ce PLFSS que se trouve l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) qui est le montant prévisionnel des dépenses de l'année à venir.

On notera également le développement de l'analyse médico-économique : efficacité, efficience, service médical rendu (SMR) et amélioration du service médical rendu (ASMR) pour le médicament, etc.

Enfin, ces mesures porteront aussi sur les établissements de santé : mise en place de contrats d'objectifs (dès la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière), mise en place du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) suite aux ordonnances JUPPE du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée⁴², de l'équilibre prévisionnel des recettes et

⁴⁰ LETOURNEAU, D. (2014). Les politiques de santé - Support de cours Master. ESM-IAE-UPEC.

⁴¹ Loi constitutionnelle n° 96-138 du 22 février 1996 instituant les lois de financement de la sécurité sociale. Repéré à [HTTP://WWW.LEGIFRANCE.GOUV.FR/AFFICHTEXTE.DO?JSESSIONID=D4A19E3F8E3C335FBED5441E085B78A8.TPDILA23V3?CIDTEXTE=JORFTEXT000000741468&CATEGORIELIEN=ID](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?jSESSIONID=D4A19E3F8E3C335FBED5441E085B78A8.TPDILA23V3?CIDTEXTE=JORFTEXT000000741468&CATEGORIELIEN=ID)

⁴² Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée (1996). Retrieved from [HTTP://WWW.LEGIFRANCE.GOUV.FR/AFFICHTEXTE.DO?CIDTEXTE=LEGITEXT000005620817](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?CIDTEXTE=LEGITEXT000005620817)

des dépenses (EPRD) avec l'ordonnance du 2 mai 2005⁴³ simplifiant le régime juridique des établissements de santé. Et enfin, le financement des séjours hospitaliers est passé du prix de journée à la dotation globale dès 1984 puis à la tarification à l'activité (T2A) en 2004.

Bien que gérée par des partenaires sociaux, l'Etat assure néanmoins le contrôle de la Sécurité Sociale. Ainsi, selon l'Article L281-1 du code de la Sécurité Sociale⁴⁴ : « *La gestion des organismes du régime général est soumise au contrôle de l'Etat.* ».

A cela s'ajoute, d'une part, une croissance de participation de la majorité des patients (le ticket modérateur, la participation forfaitaire de 1€ ou encore la franchise sur les médicaments de 0.50€) et d'autre part, le développement de la place des organismes d'assurance complémentaires (mutuelles, sociétés d'assurances et institutions de prévoyance). Par exemple, la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie place les organismes complémentaires comme acteurs incontournables du système de santé. La part du financement par les organismes complémentaires est d'ailleurs passée de 13% en 2006 à 13,8% en 2013⁴⁵.

Au final, malgré toutes ces mesures la croissance des dépenses de santé est toujours effective. Ainsi, le PLFSS 2015 propose de poursuivre des mesures d'économies sur les dépenses hospitalières, le développement de l'ambulatoire, les produits de santé et la pertinence des soins.

1.1.1.3.4 Les effets de la mondialisation :

A l'ère de la mondialisation, est-il encore possible de penser ces questions uniquement sur le territoire français ? En effet, les effets de la libre circulation, des échanges, de l'économie de marché lancent aussi de nombreux défis sur la pérennité de notre système.

Selon un rapport de l'OMS⁴⁶, la mondialisation a des impacts directs et indirects sur la santé. Ils semblent se poser sur un plan national avec les effets de l'économie de marché, du commerce

⁴³ Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. Retrieved from [HTTP://WWW.LEGIFRANCE.GOUV.FR/AFFICHTEXTE.DO;JSESSIONID=D4A19E3F8E3C335FBED5441E085B78A8.TPDILA23V_3?CIDTEXTE=JORFTEXT000000606537&CATEGORIELIEN=ID](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=D4A19E3F8E3C335FBED5441E085B78A8.TPDILA23V_3?CIDTEXTE=JORFTEXT000000606537&CATEGORIELIEN=ID)

⁴⁴ Code de la sécurité sociale. - Article L281-1. Retrieved from [HTTP://WWW.LEGIFRANCE.GOUV.FR/AFFICHCODEARTICLE.DO?IDARTICLE=LEGIARTI000006742223&CIDTEXTE=LEGITEXT00006073189](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?IDARTICLE=LEGIARTI000006742223&CIDTEXTE=LEGITEXT00006073189)

⁴⁵ ZAIDMAN, C., et al. (2014). Comptes nationaux de la santé 2013 - Edition 2014 (p. 247). France: DRESS. Retrieved from [HTTP://WWW.DREES.SANTE.GOUV.FR/IMG/PDF/COMPTES_SANTE_2013_EDITION_2014.PDF](http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/PDF/COMPTES_SANTE_2013_EDITION_2014.PDF) Pp 95-96

⁴⁶ WOODWARD, D., et al. (2002). Mondialisation et santé: un cadre pour l'analyse et l'action. Bulletin de l'Organisation Mondiale de La Santé, 6, 36-41. Retrieved from [HTTP://WHQLIBDOC.WHO.INT/RECUEIL_ARTICLES/2002/RA_2002_6_36-42_FRE.PDF](http://whqlibdoc.who.int/recueil_articles/2002/RA_2002_6_36-42_FRE.PDF) Pp 1-7

international qui peuvent impacter le système de santé (prix des médicaments par exemple) ou plus globalement sur l'économie générale de l'Etat. Par exemple, les effets de la crise économique mondiale de 2009 ont entraîné, en France mais aussi dans de nombreux pays de l'organisation de coopération et de développement économique (OCDE), une diminution du PIB national ce qui a mécaniquement augmenté la part du PIB consacré à la santé⁴⁷.

Cette question de la mondialisation peut aussi se poser sur les populations avec, par exemple, les risques sanitaires de transmission de maladies infectieuses favorisée par la circulation transfrontalière : le SRAS, la grippe H1N1 ou encore plus récemment le virus Ebola.

Il semble ainsi que les effets de la mondialisation impactent aussi très largement notre système de santé.

1.1.1.4 Une demande sociétale forte – l'ère de la démocratie sanitaire :

1.1.1.4.1 L'objet, c'est la santé !

Au 19^{ème} siècle, avec le développement des progrès de la médecine, la santé était définie comme une absence de maladie. A partir du 20^{ème} siècle, ses représentations ont changé. La santé n'est plus uniquement considérée comme liée à la médecine (au sens large du terme) mais aussi à de nombreux déterminants⁴⁸ comme par exemple l'environnement socio-économique (éducation, culture, revenus), l'environnement (pollution, potabilité de l'eau), les conditions de travail, ou encore des déterminants individuels biologiques (âge, genre, génétique), aux comportements (prévention ou comportements à risque).

Ainsi, les représentations de la santé sont multiples. Pour certains ce sera l'absence de maladie, pour d'autres ce pourra être aussi la possibilité de travailler, la possibilité de vivre sans trop de restrictions avec une pathologie chronique ou encore le bien être.

La santé peut se comprendre de nombreuses manières : comme un objet ou une ressource, dans une perspective statique ou dynamique.

⁴⁷ ZAIDMAN, C., & et al. (2014). Comptes nationaux de la santé 2013 - Edition 2014 (p. 247). France: DRESS. Retrieved from [HTTP://WWW.DREES.SANTE.GOUV.FR/IMG/PDF/COMPTES_SANTE_2013_EDITION_2014.PDF](http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/PDF/COMPTES_SANTE_2013_EDITION_2014.PDF) P10

⁴⁸ RAIMONDEAU, J. (2013). L'épreuve de santé publique : Concours administratifs dans les secteurs de la santé et du médico-social (Broché). Paris. 204p: Presses de l'EHESP. Pp 33-40

La définition qui semble la plus à même de refléter la dimension que nous lui attribuons est celle retenue par le HCSP⁴⁹ : « (...) *Etat physique et mental relativement exempt de gêne et de souffrances qui permet à l'individu de fonctionner aussi longtemps et efficacement que possible dans le milieu où le hasard ou le choix l'ont placé* ». C'est sur la base de cette vision de la santé multidimensionnelle, perçue comme une ressource, qu'elle est liée aux enjeux de ce projet.

1.1.1.4.2 Un changement sociétal :

Comme nous l'avons abordé plus haut, la fin des années 1970 est marquée par le début des problématiques de financement du système de santé. L'Etat n'a alors cessé de mettre en place de nombreuses réformes visant à contrôler les dépenses et améliorer la performance de ce système.

Dans les mêmes années, de nombreux scandales sanitaires éclatent avec par exemple, le Distilbène® à la fin des années 1970, le sang contaminé au milieu des années 1980, les hormones de croissance d'origine animale avec la transmission du prion (maladie de Creutzfeldt-Jakob) au début des années 1990, et plus récemment en 2010 les prothèses *PIP* et le Médiator®.

Dès lors, la confiance des patients et de la population envers le système de santé s'effrite. Tous ces scandales entraînent une certaine défiance envers la Médecine (professionnels de santé et Institutions de santé) et le système de santé.

A cela s'ajoutent le développement technologique et bio-médical ainsi que la croissance du nombre de patients atteints de maladies chroniques. Les traitements, les techniques, les pathologies sont de plus en plus complexes et la volonté de nombreuses personnes est de pouvoir se réapproprier les questions relatives à leur santé.

Le changement se situera sur deux plans. D'une part du côté des puissances publiques qui veulent redonner confiance au patient en le faisant participer aux questions relatives à la santé mais qui souhaitent aussi le responsabiliser, créant un « troisième acteur » capable de renverser le pouvoir ; ce sera la naissance de la démocratie sanitaire. De l'autre, du côté des patients et plus globalement de la population qui veulent des informations, de la transparence, une égalité dans leurs droits et donc être acteurs de leurs soins et même de leur santé plus globalement. Au final, de l'ancien modèle du patient « incompetent », émerge le modèle du patient expert qui renverse le pouvoir.

⁴⁹ RAIMONDEAU, J. (2013). L'épreuve de santé publique : Concours administratifs dans les secteurs de la santé et du médico-social (Broché). Paris. 204p: Presses de l'EHESP. P18

Certains de ces aspects seront développés afin d'appréhender la dynamique de ce changement sociétal.

La démocratie sanitaire est définie par l'ARS Ile de France⁵⁰ comme « (...) une démarche qui vise à associer, dans un esprit de dialogue, de concertation et de réflexion partagée, l'ensemble des acteurs et usagers du système de santé dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé. ». La notion de démocratie sanitaire émerge à la fin des années 1990 avec les Etats Généraux de la Santé et est formalisée en droit français par la loi du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé⁵¹. Comme le souligne ROSAVALLON⁵², définir la démocratie, c'est avant tout en relever deux idées essentielles : la participation démocratique et la société démocratique qui sous-tend le principe d'égalité. C'est sur cette base les principes de la démocratie sanitaire seront précisés.

1.1.1.4.2.1 L'inscription dans la loi des droits des patients :

C'est tout d'abord par l'inscription dans la loi des droits des patients que ce principe est posé, car comme l'avance COMTE-SPONVILLE, « ce n'est pas parce que les hommes sont égaux qu'ils ont les mêmes droits. C'est parce qu'ils ont les mêmes droits qu'ils sont égaux ». Cette inscription législative permet également plus de clarté car même si « nul n'est censé ignorer la loi », les divers droits des patients manquaient de lisibilité. Pour exemple, dans le cas de dommages liés aux soins, la notion de faute n'avait pas la même définition entre le Conseil d'Etat et la Cour de Cassation. Le législateur statue et suite à la Loi du 4 mars 2002, une définition claire est posée.

Le premier texte regroupant les droits et devoirs des patients (et par la même des professionnels) est la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. On y retrouve ainsi les principes de consentement du patient, le droit à l'information, le droit à l'auto-détermination ou encore le refus de soins. D'autres textes législatifs permettront de poursuivre cette égalisation des chances devant le système de santé.

⁵⁰ ARS Ile de France. (n.d.). Qu'est-ce que la démocratie sanitaire. Retrieved from [HTTP://WWW.ARS.ILEDEFRANCE.SANTE.FR/DEMOCRATIE-SANITAIRE.81526.0.HTML](http://www.ars.iledefrance.sante.fr/democratie-sanitaire.81526.0.html)

⁵¹ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (2002). Retrieved from [HTTP://WWW.LEGIFRANCE.GOUV.FR/AFFICHTEXTE.DO;JSESSIONID=FDC50B3AC6519A15765DF2C0D018CC55.TPDILA10V_1?CIDTEXTE=JORFTEXT000000227015&CATEGORIELIEN=ID](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionID=FDC50B3AC6519A15765DF2C0D018CC55.TPDILA10V_1?CIDTEXTE=JORFTEXT000000227015&CATEGORIELIEN=ID)

⁵² ROSANVALLON. (2010, janvier). Qu'est-ce qu'une société démocratique 1/2. Conférence du Collège de France. Baladodiffusion. Retrieved from [HTTP://WWW.COLLEGE-DE-FRANCE.FR/SITE/PIERRE-ROSANVALLON/COURSE-2010-01-06-10H00.HTM](http://www.college-de-france.fr/site/pierre-rosanvallon/course-2010-01-06-10h00.htm)

On peut toutefois souligner deux autres textes remarquables :

- Les lois de bioéthiques de 2004⁵³ puisque les avancées médicales dans la manipulation du vivant entraînent des questions sociétales et éthiques. Ce texte inscrit donc le nécessaire respect de la vie, de la mort et de la dignité humaine.
- La loi de 2005 sur les droits des malades et la fin de vie⁵⁴ qui a permis la définition du droit de mourir dans la dignité, de la désignation de la personne de confiance et de directives anticipées et encore le principe de non-obstination déraisonnable.

Par ailleurs, à l'impossibilité de favoriser la participation des usagers sur le territoire français dans son ensemble, la politique de démocratie sanitaire est confiée aux ARS. Ainsi, dans chacune d'entre elles, il existe une conférence régionale de santé et de l'autonomie (CRSA), organisme consultatif qui permet la définition et la mise en œuvre de la politique régionale de santé. Et à une échelle géographique plus petite, il existe également des organes participatifs au plus près des besoins locaux de santé, les conférences de territoire.

1.1.1.4.2.2 Le développement des associations de patients :

De plus, à partir de la loi du 4 mars 2002, les associations de patients prennent de plus en plus d'ampleur au sein du paysage de la santé en France. Ces associations sont non seulement plus présentes mais une place et un poids réel leur est donné. On notera la présence dans les établissements de santé de représentants des usagers et surtout leur présence en commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQ-PC).

1.1.1.4.2.3 La participation aux questions de santé :

Jusqu'à assez récemment, la participation des patients aux questions de santé n'existait pas réellement ; tout du moins, leur inscription légale n'existait pas. Si le patient avait un droit à la protection de la santé, cela ne le plaçait pas pour autant en tant qu'acteur-décideur. D'ailleurs jusque tard dans le 20^{ème} siècle, le patient était techniquement et juridiquement considéré comme incompetent dans les questions relatives aux décisions de santé⁵⁵. Le premier code de déontologie médicale de 1947 nous apporte une démonstration assez précise de cette relation puisqu'il fait mention du devoir du médecin d'imposer sa décision au malade et la notion de consentement ne concerne que les patients mineurs et les « incapables ». En 1979, la mention de « volonté du

⁵³ Loi n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique. Retrieved from [HTTP://WWW.LEGIFRANCE.GOUV.FR/AFFICHTEXTE.DO?CIDTEXTE=JORFTEXT000000441469](http://www.legifrance.gouv.fr/AFFICHTEXTE.DO?CIDTEXTE=JORFTEXT000000441469)

⁵⁴ Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (2005). Retrieved from [HTTP://WWW.LEGIFRANCE.GOUV.FR/AFFICHTEXTE.DO?CIDTEXTE=JORFTEXT000000446240&CATEGORIELIEN=ID](http://www.legifrance.gouv.fr/AFFICHTEXTE.DO?CIDTEXTE=JORFTEXT000000446240&CATEGORIELIEN=ID)

⁵⁵ ZACHARIE, C. (2013). Droit de la Santé - Support de cours Master 1 Management et Santé. IAE-UPEC.

patient » fait son apparition et ce n'est qu'en 1995, dans le Code de déontologie médicale qu'apparaissent les termes de « liberté du patient », « d'autonomie de sa volonté », du nécessaire « respect de la dignité du patient » et de l'information du malade.

La notion de « patient-expert » émerge. Il s'agit d'un patient capable de développer son propre savoir. Il développe des connaissances au-delà de celles communiquées par les soignants. Il veut limiter les risques liés à l'asymétrie d'information. La place du patient a changé et ce qui s'est observé dès l'émergence du SIDA a continué à se poursuivre et s'étendre. Lors de cette épidémie, nombre de personnes touchées étaient de classes socio-économiques moyennes et supérieures ce qui leur permettait de traiter les informations, de les comprendre, de remettre en question les modèles établis et donc d'être en capacité de choix et de négociation. Ils ont parallèlement développé un système associatif fort et médiatisé qui leur ont permis de partager l'information et de se faire entendre des pouvoirs publics. Enfin, le développement de ces technologies et particulièrement d'Internet a permis une démocratisation du savoir, l'ère de la « *Petite Poucette* » comme le souligne M. SERRES⁵⁶.

Cependant cela ne fonctionne pas uniquement dans un sens puisque les professionnels ont aussi besoin de ces nouveaux patients-acteurs. Une meilleure information permet une meilleure participation au traitement, une meilleure observance, une meilleure prévention (quel que soit le type de prévention : primaire, secondaire ou tertiaire), donc une meilleure prise en charge.

De plus, face à la judiciarisation de la médecine, le développement des contrats de soins (comme le programme personnalisé de soins (PPS) en cancérologie) est, au-delà du bénéfice direct pour les patients, un moyen de les engager et donc de protéger juridiquement les professionnels de santé.

1.1.1.4.2.4 La nécessité de transparence :

Le dernier point tient dans le développement des programmes de qualité et sécurité des soins. Suite aux ordonnances JUPPE de 1996⁵⁷, ont été mises en place des accréditations des établissements de santé. Ce dispositif s'est étendu et s'est développé vers de nouveaux indicateurs, comme la lutte contre les infections nosocomiales par exemple. Ainsi, il existe aujourd'hui de nombreux dispositifs visant à améliorer le respect des bonnes pratiques et développer la traçabilité des soins, des actes, des traitements et dispositifs médicaux. S'est aussi développée une volonté de

⁵⁶ SERRES, M. (2012). *Petite poucette* (Broché). France. 84p: Editions le Pommier.

⁵⁷ Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée (1996). Repéré à [HTTP://WWW.LEGIFRANCE.GOUV.FR/AFFICHTEXTE.DO?CIDTEXTE=LEGITEXT000005620817](http://www.legifrance.gouv.fr/affichetexte.do?cidtexte=legitext000005620817)

transparence de toutes ces données. Pour exemple, le site Scope-Santé⁵⁸ recense l'ensemble des indicateurs qualité de plus de 4000 établissements de santé.

1.1.1.4.2.5 Une nouvelle approche du patient, le consommateur de soins :

On assiste à une requalification du malade qui est devenu patient puis usager du système de soins. Il devient aussi consommateur de soins. Selon les théories économistes, la santé peut être analysée comme un capital : le « *capital santé* »⁵⁹. Celui-ci peut se déprécier dans le temps et en même temps peut se préserver ou se reconstituer en fonction des choix faits par les individus. L'individu choisit son capital santé désiré et va d'une part « consommer » du soin et d'autre part, investir dans sa santé.

Nous sommes donc face à un consommateur éclairé qui se renseigne, s'informe, va consulter plusieurs spécialistes ; il entre dans une logique de marché des soins. Il choisit son médecin, son établissement de santé, etc. Il a une exigence dans sa prise en charge.

Les patients veulent être acteurs de leur santé et non plus seulement traités lorsqu'ils ont besoin de soins. Ils ont besoin de santé et pour limiter les risques, ils développent de plus en plus une approche préventive en matière de bien-être, de préservation du *capital santé*. C'est le cas notamment avec le développement du bien-être et de la santé connectée.

1.1.1.5 Le développement biotechnologique :

Si le 19^{ème} siècle a marqué un tournant important dans la pratique médicale, de nombreuses évolutions techniques et technologiques ont continué de se développer. Au même titre que ces avancées avaient engendré un bouleversement à l'ère industrielle, c'est également le cas aujourd'hui à l'ère post-industrielle.

1.1.1.5.1 La technique :

Depuis une vingtaine d'année, de nombreux progrès médicaux ont été réalisés suite au développement de la recherche, des techniques médicales et des traitements.

Mais face à toutes ces avancées, les professionnels et les établissements de santé ont dû revoir leurs modes de fonctionnement et mettre en place de nouvelles prises en charge. On ne peut

⁵⁸ HAS & Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Scope Santé. Retrieved from [HTTP://WWW.SCOPESANTE.FR/#/](http://www.scopesante.fr/#/)

⁵⁹ VIDEAU, Y. (2013). Micro-économie de la santé - Support de cours Master 1 Management et Santé. IAE-UPEC.

pas surveiller de la même façon un patient avec une chimiothérapie intraveineuse dans un lit d'hôpital qu'un patient avec une chimiothérapie per-os à domicile : des risques iatrogènes existent pourtant dans les deux cas.

De même, la multiplication des traitements a entraîné la multiplication d'effets indésirables à connaître, à maîtriser, à prévenir. D'ailleurs, une préoccupation des professionnels médicaux est de réussir à suivre toutes les nouvelles études et nouvelles publications sur les nouveaux traitements. On comprend alors, pour eux, la nécessité, de s'instruire, d'apprendre et de s'organiser différemment.

Au développement des techniques médicales, s'est aussi adjoint un développement technologique. Apparaissent ainsi nombre d'appareils capables de surveiller les constantes du patient, de surveiller sa glycémie. Les dispositifs médicaux sont aussi plus précis, plus rapides, plus petits⁶⁰.

1.1.1.5.2 Le développement des technologies de l'information et de la communication (TIC) :

Si l'émergence des TIC, souvent appelée 3^{ème} révolution industrielle, a fortement impacté la société dans son ensemble, elle a aussi été perçue comme une opportunité pour moderniser le système de santé : les objectifs étant d'améliorer la prise en charge des patients et de maîtriser les coûts du système de santé.

Sont alors apparus, en France, de nombreux plans visant à développer les systèmes d'informations hospitaliers (SIH). Le SIH comprend aussi bien la production de soins et le dossier patient que toute la partie de gestion économique, logistique, administrative et financière de l'établissement. Notons, pour exemple : le PMSI, le dossier médical personnel (DMP), la création d'ASIP Santé⁶¹ dont la mission est « *développer, coordonner et participer à la régulation de la e-santé en France* », et enfin, les plan Hôpital 2007 et 2012 et à la suite de ce dernier, le programme hôpital numérique 2012-2016⁶².

⁶⁰ VINOT, D. (1999). Le projet d'établissement à l'hôpital : de la formalisation du concept à son instrumentalisation. (Thèse de doctorat es Sciences de Gestion). Business administration. Université Jean Moulin - Lyon III, 456p. Retrieved from [HTTPS://TEL.ARCHIVES-OUVERTES.FR/TEL-00477692/DOCUMENT](https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00477692/document)

⁶¹ ASIP Santé. Qui sommes-nous ? Repéré à [HTTP://ESANTE.GOUV.FR/ASIP-SANTE](http://esante.gouv.fr/asip-sante)

⁶² DGOS. (2014). Programme Hôpital Numérique - La politique nationale relative aux systèmes d'information hospitaliers 2012-2016 (p. 12). Retrieved from [HTTP://WWW.SANTE.GOUV.FR/IMG/PDF/ CP_DGOS_PROGRAMME_HOPITAL_NUMERIQUE - POLITIQUE_NATIONALE_RELATIVE_AUX_SIH - MAI_2012.PDF](http://www.sante.gouv.fr/IMG/PDF/CP_DGOS_PROGRAMME_HOPITAL_NUMERIQUE_-_POLITIQUE_NATIONALE_RELATIVE_AUX_SIH_-_MAI_2012.PDF)

Aujourd'hui, alors qu'internet est apparu il y a à peine 20 ans, on ne conçoit plus de ne pas travailler avec toutes les TIC : logiciel de gestion de paie, DPI, logiciel de sécurité transfusionnel, gestion documentaire informatisée avec la GED, ..., autant d'outils qui ont bouleversé les organisations et les pratiques.

Conjointement, d'autres technologies de l'e-santé⁶³ ont fait leur apparition. Prenons l'exemple de la télémédecine qui a été inscrite dans l'article 78 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires⁶⁴. Elle y est définie comme étant « (...) *une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé (...)* ». Le décret n° 2010 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine⁶⁵ a permis de fixer les domaines concernés (téléconsultation, téléexpertise, télésurveillance médicale, téléassistance médicale) ainsi que les conditions de mise en place de cette activité qui est obligatoirement réalisée par des professionnels de santé et avec le consentement du patient. En 2013, selon une enquête réalisée par la direction générale de l'offre de soins (DGOS), on compte 331 dispositifs de télémédecine. Le suivi et la prise en charge de plusieurs maladies chroniques y sont d'ailleurs déployés, comme pour l'insuffisance rénale, les plaies chroniques, les insuffisances cardiaques ou encore les accidents vasculaires cérébraux (AVC).

Les dispositifs médicaux, eux aussi, ont suivi ces mêmes évolutions technologiques : robots chirurgicaux, armoires à pharmacie sécurisées, etc. Au-delà, selon une enquête réalisée dans un service de réanimation⁶⁶ sur les armoires à pharmacie sécurisées, la mise en place de ces dispositifs permet de réaliser des économies financières et une réallocation des ressources infirmières. Ces deux exemples, mais il en existe nombre d'autres, permettent d'envisager les futures évolutions possibles dans l'organisation des soins. Tout ce qui pourra être automatisé au nom de la sécurité des soins va l'être et l'infirmière (pour ne citer que cette profession) va probablement voir son activité redéfinie vers des capacités analytiques ou relationnelles.

⁶³ PROMÉ, G. (2015, Février). e-santé, m-santé, DM connecté: la réglementation expliquée. Retrieved from [HTTP://WWW.QUALITISO.COM/E-SANTE-REGLEMENTATION-MEDICAL/](http://www.qualitiso.com/e-sante-reglementation-medical/)

⁶⁴ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (2009). Retrieved from [HTTP://WWW.LEGIFRANCE.GOUV.FR/AFFICHTEXTE.DO?JSESSIONID=E48B9E4B4B440F1285136704BBFFB871.TPDILA10V_1?CIDTEXTE=JORFTEXT000020879475&CATEGORIELIEN=ID](http://www.legifrance.gouv.fr/AffichTexte.do?JSESSIONID=E48B9E4B4B440F1285136704BBFFB871.TPDILA10V_1?CIDTEXTE=JORFTEXT000020879475&CATEGORIELIEN=ID)

⁶⁵ Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine. Retrieved from [HTTP://WWW.LEGIFRANCE.GOUV.FR/AFFICHTEXTE.DO?CIDTEXTE=JORFTEXT000022932449&CATEGORIELIEN=ID](http://www.legifrance.gouv.fr/AffichTexte.do?CIDTEXTE=JORFTEXT000022932449&CATEGORIELIEN=ID)

⁶⁶ KHENIENE et al. (2008). Impact économique de la mise en place d'un automate de distribution des médicaments dans un service de réanimation. *Revue française d'anesthésie et de réanimation*, 27(3), pp 208–215.

Cependant, avec ce patient souhaitant préserver son capital santé, se développent aussi d'autres technologies non médicales mais de bien-être avec par exemple l'émergence du « Quantified Self »⁶⁷ (la mesure de soi). Le champ concerné est assez large puisqu'il concerne aussi bien le suivi de l'activité physique, la qualité du sommeil, le suivi du poids, les habitudes alimentaires que la mesure de la tension artérielle ou du taux de glycémie. D'ailleurs, le Conseil National de l'Ordre des Médecins s'est lui aussi saisi de ce sujet et a publié en janvier 2015, un document sur la santé connectée⁶⁸. Il est dit ainsi que « *La e-santé – et désormais la m-santé – doivent être considérées non comme une fin mais comme un ensemble de moyens permettant d'améliorer l'accès aux soins, la qualité des prises en charge, l'autonomie des patients.* »

1.1.1.5.3 Le futur : la médecine personnalisée :

Tout ce qui a été abordé a déjà révolutionné de nombreuses choses dans la prise en charge des patients ainsi que dans l'organisation des soins et cela va très probablement se poursuivre.

De nombreuses recherches sont actuellement en cours dans le domaine des nanosciences par exemple⁶⁹. Si cette discipline existe depuis les années 1990, les avancées dans la recherche sont telles que des projets se précisent : nanoparticules dans la détection et le traitement des cancers, nanorobots capables de transporter, voire d'assembler des dispositifs médicaux à l'intérieur du corps humain.

Les technologies se précisent, vont plus vite. Ainsi, si le premier séquençage génétique a été réalisé en 2004 est a coûté 2,7 milliards de dollars⁷⁰, une société américaine le propose aujourd'hui moyennant quelques mille dollars et en un temps record de quelques heures⁷¹. Même si, en France, le séquençage du génome par un particulier est interdit par les lois de bioéthique de 2004, cela

⁶⁷ ASIP SANTE. (2013). Quantified Self : les recommandations de la CNIL. Retrieved from [HTTP://ESANTE.GOUV.FR/ACTUS/ETHIQUE/QUANTIFIED-SELF-LES-RECOMMANDATIONS-DE-LA-CNIL](http://esante.gouv.fr/actus/ethique/quantified-self-les-recommandations-de-la-cnil)

⁶⁸ CNOM. (2015, January). Santé connectée - de la e-santé à la santé connectée- Le Livre Blanc du Conseil national de l'Ordre des médecins. Retrieved from [HTTP://WWW.CONSEIL-NATIONAL.MEDEecin.FR/SITES/DEFAULT/FILES/MEDECINS-SANTE-CONNECTEE.PDF](http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/medecins-sante-connectee.pdf)

⁶⁹ RICHARD, F. (2015). Nanotechnologies - Un avenir entre risques et promesses. Les technologies du futur I, Collection Science et Espace(10), pp 18–33.

⁷⁰ LECHENET, A. (2014, August 19). Business, éthique, légalité... Le séquençage de l'ADN en questions [LeMonde.fr]. Retrieved from [HTTP://WWW.LEMONDE.FR/LES-DECODEURS/ARTICLE/2014/08/18/LE-SEQUENCAGE-DU-GENOME-COMMENT-CA-MARCHE_4472313_4355770.HTML](http://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2014/08/18/le-sequencage-du-genome-comment-ca-marche_4472313_4355770.html)

⁷¹ HECKETSWEILER, C. (2014, August 20). Les patients ont le droit de savoir ce que recèlent leurs gènes [LeMonde.fr]. Retrieved from [HTTP://WWW.LEMONDE.FR/ECONOMIE/ARTICLE/2014/08/18/L-HOMME-QUI-INVENTE-LE-SEQUENCAGE-LOW-COST-DE-L-ADN_4472793_3234.HTML](http://www.lemonde.fr/economie/article/2014/08/18/l-homme-qui-invente-le-sequencage-low-cost-de-l-adn_4472793_3234.html)

indique ce vers quoi l'on tend, à savoir, une médecine personnalisée. On peut ainsi facilement imaginer le dépistage de certaines maladies et de certains facteurs de risques assez prochainement.

De plus, le domaine de la santé intéresse aussi de grandes entreprises, celles que l'on nomme les GAFA (Google, Apple, Facebook, Amazon). Si ces sociétés financent de nombreuses recherches (exemple de Google⁷²), et font avancer la recherche, le risque monopolistique pose question⁷³ ; d'autant plus lorsque l'on s'intéresse aux idéologies sous-tendues comme le transhumanisme⁷⁴ et les projets de développement de formes d'intelligence artificielle. Ainsi, comme l'avancent de nombreuses personnes, on passerait alors de l'homme réparé à l'homme augmenté. D'ailleurs, selon ALEXANDRE⁷⁵ (2015), le manque de connaissance des pouvoirs publics sur les risques engendrés par l'intelligence artificielle empêche tout débat démocratique. Ainsi, selon lui, à vouloir réparer la vie à tout prix, nous en oublions les risques éthiques qui peuvent émerger.

Au final, si le développement de ces nouvelles technologies a pour objet d'augmenter la sécurité dans la prise en charge des patients, comme dans toute amélioration technologique, de nouveaux risques émergent : éthiques, confidentialité des données, sécurisation et transmission des données, stockage des données (Big Data) et sécurisation du stockage, protection de la vie privée, risques assurantiels pour les population (en termes d'anti-sélection), etc.

Toutes ces avancées vont donc très prochainement bouleverser les prises en charges telles que nous les connaissons et vont donc directement impacter les établissements de santé. Abordons donc maintenant le sujet de l'établissement de santé pour comprendre le poids qu'exerce son environnement sur son fonctionnement.

⁷² AURIAS, A. (2015, Mars). Google investit dans les sciences de la vie. Biofutur. Le mensuel européen de biotechnologie, Bioterrorisme. Détecter et répondre à la menace.(363), p22.

⁷³ RAULINE, N. (2014, 25 Novembre). Google, Apple, Facebook et Amazon, quatre géants dont le pouvoir ne cesse de croître [LesEchos.fr]. Retrieved from HTTP://WWW.LESECHOS.FR/25/11/2014/LESECHOS.FR/0203966069845_GOOGLE--APPLE--FACEBOOK-ET-AMAZON--QUATRE-GEANTS-DONT-LE-POUVOIR-NE-CESSE-DE-CROITRE.HTM

⁷⁴ LACROIX, A. (2014, Octobre). Liberté. Inégalité. Immortalité. Le monde que vous prépare la Silicon Valley. Enquête dans la Silicon Valley. Sauvegardez votre vie (pour l'éternité) ! Philosophie Magazine, (83), pp 49–57.

⁷⁵ BROUE, C. (13 février 2015). Qu'est-ce que l'homme +"? France culture. La Grande table. Baladodiffusion. Retrieved from <HTTP://WWW.FRANCECULTURE.FR/EMISSION-LA-GRANDE-TABLE-2EME-PARTIE-QU-EST-CE-QUE-L-HOMME-%20-2015-02-13>

1.1.2 L'impact de l'environnement sur l'établissement de santé :

Un établissement de santé est une organisation. Elle peut être définie de nombreuses façons et nous nous attacherons ici à son volet fonctionnel.

La mission d'un établissement de santé est la prise en charge des patients. On peut donc comprendre que le premier processus à l'œuvre est celui du processus de prise en charge du patient. Il est traversé par de nombreux autres processus qui peuvent aller du processus de paie des professionnels au processus de production de repas pour les patients.

Selon DUMONT⁷⁶, l'établissement de santé mobilise de nombreuses ressources. Celles-ci sont agencées de manière cohérente pour permettre l'activité : ce sont les paramètres de conception. Leur agencement orientera des configurations organisationnelles.

Cependant ces modes d'organisations internes à l'établissement de santé seront eux-mêmes impactés par ce que la théorie de la contingence nomme « des facteurs de contingence »⁷⁷. Les organisations sont donc impactées par des variables indépendantes de l'organisation qui orientent leur fonctionnement. Les établissements de santé tentent donc de s'adapter aux différents facteurs de contingence les traversant comme par exemple le mode de production (unitaire, de masse, continu) ou encore les exceptions rencontrées (peu d'exception comme dans un service de chirurgie de la cataracte ou nombreuses exceptions comme dans un service de psychiatrie). Ainsi, ces organisations de santé s'adaptent aux différents modes de prise en charge et aux différentes spécificités les traversant. De plus, la question du développement technologique, technique ou biomédical remet aussi en question les fonctionnements actuels.

Prenons l'exemple des exceptions. Selon PERROW⁷⁸, la nature des exceptions rencontrées dans une organisation est un facteur orientant le mode d'organisation de celui-ci. Ainsi, si la maîtrise des coûts et la rationalisation des dépenses vont entraîner plus de standardisation dans les prises en charges, la prise en charge de patients plus complexes, poly-pathologiques, va nécessiter, pour sa part, une plus grande personnalisation des soins. Cela risque donc de modifier les processus de prise en charge actuels et par-delà de nécessiter deux types de compétences : des compétences généralistes d'une part et des compétences hautement spécialisées d'autre part.

⁷⁶ DUMONT, J.-P. (2014). La Grande Transformation - support de cours Master MOS. IAE-UPEC. Pp 39-56

⁷⁷ Ibid. P45

⁷⁸ Ibid. Pp 63-64

Ainsi, l'ensemble des paramètres abordés, toutes ces variables externes, vont venir impacter directement ou indirectement les établissements de santé.

Celui-ci devra donc s'adapter, définir de nouveaux fonctionnements pour répondre aux contraintes externes.

Pour conclure, il semble que l'établissement de santé de demain tende à⁷⁹ :

- Concentrer ses activités entre des grands centres avec des plateaux techniques performants et des centres plus petits pour les suites de prise en charge ou prises en charge simples.
- Se décloisonner. L'établissement de santé de demain n'est plus au centre de la prise en charge des patients mais en est un maillon. Le patient entre dans une logique de parcours qui décloisonne les activités entre le sanitaire, le social et le médico-social.
- Scinder ses prises en charge entre la standardisation d'un côté pour les patients les plus simples et le développement des compétences spécifiques pour répondre aux besoins des patients les plus complexes.
- Informatiser tout ce qui pourra l'être et à mettre en place des moyens permettant la sécurisation de ces nouvelles technologies.
- Développer la prise en charge ambulatoire et réduire considérablement le nombre de lits d'hospitalisation conventionnelle.
- Favoriser la prise en charge à domicile.
- Développer des stratégies d'attractivité.

1.1.3 Conclusion :

Ainsi, les enjeux de développement des compétences des professions de santé doivent permettre de :

- Favoriser l'accessibilité aux soins
- Participer à la maîtrise des dépenses
- Développer des formes de coopération

⁷⁹ LETOURNEAU, D. (2014). Les politiques de santé - Support de cours Master. ESM-IAE-UPEC.
MARCHAND, X. (2014). Analyse de l'activité et gestion des métiers et des compétences - Support de cours Master MOS. IAE-UPEC

- Développer les compétences pour répondre à la complexification des prises en charge
- Agir dans un champ de prise en charge globale et dans les domaines préventifs, curatifs et de réhabilitation.

Pour ce faire, une des solutions proposée est de développer les pratiques avancées infirmières. Il s'agit maintenant de préciser en quoi ces nouvelles formes de pratiques peuvent y répondre.

1.2 LES PRATIQUES AVANCEES

Réaliser un projet sur les pratiques avancées infirmières, c'est se placer dans une démarche prospective. En effet, à ce jour, ces pratiques ne bénéficient d'aucun statut légal en France. Cette situation est en train d'évoluer avec l'adoption par l'Assemblée Nationale du projet de loi de modernisation de notre système de santé le 14 avril 2015⁸⁰.

De ce fait, pour être en capacité de « suivre » cette évolution, il est nécessaire de comprendre ce que sont les pratiques avancées là où elles existent, c'est-à-dire à l'international puis de tenter de modéliser leur introduction dans notre contexte français.

Tout d'abord, cela implique quelques précisions lexicologiques quant au vocabulaire employé. Un ensemble de mots est employé dans le domaine professionnel et certains plus particulièrement dans domaine des professions de santé. Les mots ont du sens et il faut donc s'accorder celui dans lequel on les emploie (ANNEXE 6).

1.2.1 Situer les pratiques avancées infirmières dans leur champ d'activité : les soins infirmiers :

Parler des pratiques avancées infirmières, c'est savoir les contextualiser. En effet, les pratiques avancées abordées sont celles des infirmiers. Il faut donc les placer au cœur des soins infirmiers puisque seuls des infirmiers diplômés peuvent y prétendre. Selon le Conseil International des Infirmiers⁸¹ (CII), les soins infirmiers sont « (...) *les soins prodigués, de manière autonome ou en collaboration, aux individus de tous âges, aux familles, aux groupes et aux communautés – malades ou bien-portants – quel que soit le cadre. Les soins infirmiers englobent la promotion de la santé, la prévention de la maladie, ainsi que les soins dispensés aux personnes malades, handicapées et mourantes. Parmi les rôles essentiels relevant du personnel infirmier citons encore la défense, la promotion d'un environnement sain, la recherche, la participation à l'élaboration de la politique de santé et à la gestion des systèmes de santé et des patients, ainsi que l'éducation.* ». Cette définition permet donc de comprendre l'étendue du champ des soins infirmiers : les soins préventifs, curatifs,

⁸⁰ Projet de loi de modernisation de notre système de santé - Adopté par l'Assemblée Nationale en première lecture. , Pub. L. No. 505 (2015). Retrieved from <HTTP://WWW.ASSEMBLEE-NATIONALE.FR/14/TA/TA0505.ASP>

⁸¹ CII. (2014, MAJ juin). Définition des Soins Infirmiers. Retrieved from <HTTP://WWW.ICN.CH/FR/WHO-WE-ARE/ICN-DEFINITION-OF-NURSING/>

de réhabilitation qui sont prodigués à toute personne le nécessitant. On retrouve donc une multitude d'exercices différents au sein de cette profession.

De plus, il faut savoir distinguer les « infirmiers » des soins infirmiers⁸². Les infirmiers réalisent des activités qui ne relèvent pas toujours nécessairement des soins infirmiers. Et à contrario, de nombreux autres professionnels peuvent s'intéresser aux soins infirmiers. Ce qui caractérise la singularité du métier d'infirmier, c'est la pratique clinique des soins infirmiers. C'est cette activité clinique qui ne doit pas pouvoir être réalisée par d'autres professionnels. C'est dans ce cadre que se situent les pratiques avancées, sur des compétences élargies dans le cadre de la pratique clinique, du cœur de métier.

1.2.2 Qu'est-ce que les pratiques avancées infirmières ?

*« La notion de pratique avancée est modélisée au niveau international. Aussi, il est possible de la décrire en termes de missions, de formation, de conditions et de modalités d'exercice. Elle s'inscrit dans un contexte national singulier qu'il convient de prendre en considération ».*⁸³

Le CII, association regroupant les représentants infirmiers de tous les pays, a posé, en 2008, une définition de l'infirmière en pratiques avancées⁸⁴. Ainsi, « Une infirmière praticienne / en pratique infirmière avancée est une infirmière diplômée d'État ou certifiée qui a acquis les connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de son métier, pratique avancée dont les caractéristiques sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera autorisée à exercer. Un master est recommandé comme diplôme d'entrée ». Le CII pose donc ici une définition consensuelle même si chaque pays dans lequel les pratiques avancées sont développées a posé une définition propre répondant à sa singularité.

Ainsi, pour en retenir les mots clés, nous pouvons en dégager les termes suivants :

- Pratique : concerne donc le domaine de la clinique
- ... Avancée qui renvoie à la notion d'expertise, de champ de compétence élargi et d'activités spécifiques.

⁸² JOVIC, L. (2015, January). Interview. Les pratiques avancées infirmières.

⁸³ ARS Ile de France. (2013). Infirmière clinicienne spécialisée : éléments de cadrage pour les missions, la formation et l'emploi (p. 74). ARS Ile de France. P14

⁸⁴ CII. (2009). Infirmière spécialiste et infirmière experte : définition et caractéristiques. ICN.CIE.CII. Retrieved from [HTTP://WWW.ICN.CH/IMAGES/STORIES/DOCUMENTS/PUBLICATIONS/FACT_SHEETS/1B_FS-INFIRMIERE_SPECIALISTE_EXPERTE-FR.PDF](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/1B_FS-INFIRMIERE_SPECIALISTE_EXPERTE-FR.PDF)

- ... en soins infirmiers, à savoir selon les valeurs et le cadre de référence des soins infirmiers.

Selon le modèle ANN HAMRIC⁸⁵, les 5 missions des infirmiers en pratiques avancées sont les suivantes :

- La pratique clinique
- Le leadership
- L'enseignement et la formation
- Le conseil, la consultation, la coopération
- La recherche

1.2.3 Préciser la pratique avancée :

Selon JOVIC et al.⁸⁶, « *Le concept de pratique avancée sous-entend: la réalisation de toutes les activités cliniques, notamment l'évaluation de l'état de la personne et de son entourage, la planification et la mise en œuvre du traitement et/ou des interventions de soins, l'évaluation des interventions ; une expérience clinique, une approche holistique, une relation de partenariat avec le patient, la référence à un raisonnement d'expert, un savoir théorique approfondi.* ».

Ainsi, la pratique avancée sous-entend une autonomie de l'infirmier et l'activité clinique comprend la prise en charge globale du patient dans les domaines de la prévention, du curatif et des soins de réhabilitation.

La « *philosophie des pratiques avancées est d'avoir la possibilité de réaliser des activités dans champ dérogatoire ou non avec une meilleure analyse des situations complexes pour permettre d'agir dans le champ des soins infirmiers.* »⁸⁷. Les pratiques avancées ne se résument donc pas seulement en la possibilité de prescrire ou de réaliser certains actes puisque dans ce cas, il n'y a pas besoin de développer des pratiques avancées mais simplement de former des exécutants d'actes. Cela revient aussi à comprendre que les pratiques avancées ne se substituent pas à l'exercice médical. Elles se situent dans le champ des soins infirmiers pour répondre aux besoins de santé de la population. Cet exercice des pratiques avancées est donc bel et bien un exercice infirmier et non

⁸⁵ AMBROSINO, F., et al. (2012). L'Infirmière de Pratique Avancée expliquée aux infirmières (Mémoire de Master 1 Sciences Cliniques Infirmières). EHESP, France. 35p. Retrieved from <HTTP://WWW.INFIRMIERS.COM/PDF/RECHERCHE-FLORENCE-AMBROSINO.PDF> P11

⁸⁶ JOVIC, L., et al. (2009). Pratiques avancées des professionnels paramédicaux: Étude exploratoire dans la région Ile-de-France. Recherche en soins infirmiers, 99(4), 117p. <HTTP://DOI.ORG/10.3917/RSI.099.0117> P4

⁸⁷ JOVIC, L. (2015, Janvier). Interview. Les pratiques avancées infirmières.

pas celui d'un « super » auxiliaire médical. Les pratiques avancées proviennent des soins infirmiers et promeuvent les soins infirmiers.

Enfin, le champ d'intervention des pratiques avancées se situe sur un plan plus large qu'une vision médico-chirurgicale. C'est sur la prise en charge globale du patient et non uniquement sur une pathologie d'organe qu'elle se place. Au final, cela implique une réelle autonomie de ces professionnels dans la prise en charge. Toutefois, l'autonomie n'est pas antagoniste du travail en collaboration. Elle l'implique totalement.

Pour permettre des pratiques avancées, il faut connaître et maîtriser le champ des soins infirmiers. Pour se faire, il faut avoir des assises théoriques et pratiques suffisantes, d'où l'importance de la formation. Il faut savoir se référer à des bases scientifiques, l'evidence based-nursing (EBN). Il faut également avoir une capacité de réflexivité par rapport à la pratique. Tout ceci permet alors un raisonnement suffisant pour comprendre la globalité de la prise en charge du patient.

1.2.3.1.1 La question des actes et des activités dérogatoires :

Généralement, lorsque l'on entend pratiques avancées, on les résume à la capacité d'action dans le champ dérogatoire : la possibilité de diagnostic, de prescription ou de réalisation de certains actes par exemple. C'est une conséquence de la pratique avancée. Une infirmière en pratiques avancées acquiert des connaissances et compétences qui lui permettent de prendre des décisions dans le cadre de sa pratique.

Ce qui sera important ici, ce n'est pas « *qui réalise l'acte mais pourquoi l'acte est réalisé* »⁸⁸. Ce n'est pas tant la question de l'exécutant qui est primordiale mais celle de la capacité de réflexion par rapport à l'acte. C'est ce que développent les pratiques avancées.

1.2.3.1.2 La question de la spécialisation :

Une infirmière en pratiques avancées est experte dans un champ, celui des soins infirmiers mais avec la particularité d'avoir un domaine de spécialisation. Nous retrouvons ainsi des infirmiers en pratiques avancées en soins de santé primaires, en maladies chroniques ou encore dans la petite enfance. Tout ceci dépend des spécialités inhérentes à chaque pays et mode d'exercice en pratiques avancées.

⁸⁸ JOVIC, L. (2015, January). Interview. Les pratiques avancées infirmières.

1.2.1 Les différents types d'exercice en pratiques avancées :

Les pratiques avancées sont majoritairement de deux ordres : l'infirmière clinicienne et l'infirmière praticienne⁸⁹.

L'infirmière clinicienne est une infirmière qui a un niveau de compétences élargi dans le domaine des soins infirmiers mais qui reste dans le champ réglementaire de l'infirmier en soins généraux.

L'infirmière praticienne est une infirmière clinicienne mais qui, en plus, a des missions dérogatoires à l'exercice de la médecine dans le domaine dans lequel elle intervient.

Il semble qu'en France, le choix d'un modèle d'infirmière praticienne soit celui proposé mais que ce ne sera pas la dénomination retenue. Différents rapports⁹⁰ proposent en effet le terme d'infirmière clinicienne spécialiste ou d'infirmière spécialiste clinique. Quel que soit le titre retenu, les missions s'orientent vers le modèle de l'infirmière praticienne.

1.2.2 Les pratiques avancées dans le monde :

Les pratiques avancées infirmières existent dans de nombreux pays. Leur mode d'exercice et les différentes catégories varient selon les orientations des politiques de santé propres à ceux-ci. Voici un aperçu des différentes pratiques avancées à l'international. (Pour plus de détail, [ANNEXE 7](#)).

1.2.2.1 Les Etats-Unis :

Il existe depuis les années 1960 des infirmières cliniciennes spécialisées et infirmières praticiennes. Elles ont un grand niveau d'autonomie et peuvent intervenir aussi bien dans les structures de soins primaires que dans les établissements de santé. Elles peuvent intervenir dans les domaines de la prévention, du curatif ou des soins de réhabilitation. Certains Etats ont aussi permis le droit de prescription. La formation est sanctionnée par l'obtention d'un diplôme de grade Master.

⁸⁹ ARS Ile de France. (2013). Infirmière clinicienne spécialisée : éléments de cadrage pour les missions, la formation et l'emploi (p. 74). ARS Ile de France.

DELAMAIRE, M.-L., & LAFORTUNE, G. (2010). Les pratiques infirmières avancées : Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés (p. 118). OCDE. Retrieved from [HTTP://DX.DOI.ORG/10.1787/5km4hv77vw47-fr](http://dx.doi.org/10.1787/5km4hv77vw47-fr)

⁹⁰ Plan Cancer 2014-2019. (2014, Février). Ministère des Affaires Sociales et de la Santé - Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche - Institut National du Cancer. Retrieved from [HTTP://WWW.SOCIAL-SANTE.GOUV.FR/IMG/PDF/2014-02-03_PLAN_CANCER.PDF](http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/PDF/2014-02-03_PLAN_CANCER.PDF)

ARS Ile de France. (2013). Infirmière clinicienne spécialisée : éléments de cadrage pour les missions, la formation et l'emploi (p. 74). ARS Ile de France

1.2.2.2 Le Canada :

Il y existe des infirmières praticiennes (en soins primaires qui interviennent pour les soins communautaires, et soins aigus qui interviennent dans les établissements de santé) et des infirmières cliniciennes spécialisées, correspondant à ce que l'on nomme les infirmières de pratiques avancées. Ces dernières remplissent les missions définies sur le modèle ANN HAMRIC (clinique, recherche, conseil, enseignement, leadership) et sont autonomes, dans leur champ de pratique pour le diagnostic, la prescription, l'interprétation de résultats et la réalisation d'actes spécifiques. Leur diplôme est sanctionné par un niveau de grade Master.

1.2.2.3 Le Royaume-Uni :

Il existe des infirmières praticiennes depuis les années 1970 qui intervenaient majoritairement dans les soins de santé primaire. Ce n'est que depuis les années 2000 que ces pratiques se sont développées aussi dans les établissements de santé. On compte aujourd'hui différentes catégories d'infirmières en pratiques avancées : les infirmières cliniciennes spécialisées, les infirmières praticiennes (avancées), les infirmières consultantes et les « matrons ». Leur habilitation est diagnostiquer et prescrire et leur domaine d'intervention en soins de santé primaire, curatif ou de réhabilitation dépend du type de fonction exercée. Globalement, un diplôme de grade Master est requis.

1.2.2.4 La Finlande :

Des rôles de pratiques avancées dans le champ des soins infirmiers existent depuis longtemps mais sans en porter la dénomination. On retrouve ainsi des infirmières de Santé Publique avec diplôme supérieur et des infirmières avec un diplôme supérieur. Elles ont, pour certaines d'entre elles, une large autonomie et majoritairement dans les soins de santé primaire.

1.2.2.5 L'Irlande :

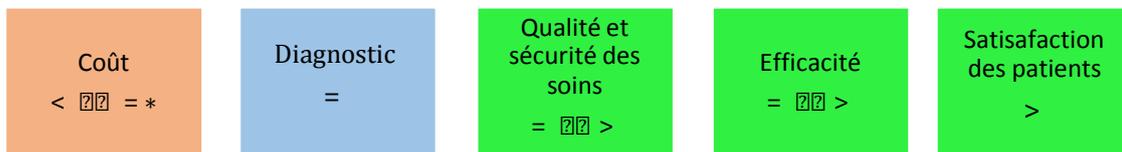
Ce pays a développé les pratiques avancées depuis les années 1990. Il existe deux catégories d'infirmières en pratiques avancées : les infirmières cliniciennes spécialisées et les infirmières praticiennes avancées. Les infirmières praticiennes ont une large autonomie dans les soins préventifs, curatifs et de réhabilitation avec la possibilité de diagnostic, de prescription et d'interprétation de résultats.

1.2.3 Contexte ayant entraîné le développement des pratiques avancées à l'international :

On retrouve toujours à peu près les mêmes raisons qui ont poussé au développement de ces pratiques. A savoir : la pénurie de médecins, la demande d'accessibilité aux services et soins, la qualité et continuité des soins et le besoin de contenir les coûts. On retrouve aujourd'hui, en France, ces mêmes problématiques. Le souhait de développement des pratiques avancées se base sur les apports et bénéfices retrouvés dans les pays avec un contexte similaire.

De nombreuses études ont été réalisées à l'international sur l'impact des pratiques avancées⁹¹.

Les principaux points mis en exergue sont ici résumés :



Au final, ces résultats sont plutôt positifs. Ils sont toutefois à nuancer en fonction des lieux d'exercice en ville ou à l'hôpital et en fonction du contexte national.

1.2.4 Articulation dans le contexte français :

1.2.4.1 Code de la santé publique sur profession infirmière et sur profession médicale

Les professions de santé sont définies dans le Code de la Santé Publique et regroupent trois catégories de professions. Il s'agit des professions médicales, des professions de la pharmacie et des professions d'auxiliaires médicaux. Les infirmiers sont dans cette dernière catégorie. L'exercice de cette profession est soumise à une dérogation de l'exercice illégal de la médecine définie par décret et autorisant une liste exhaustive d'actes dans un certain champ de responsabilités. Mais cela ne constitue pas les seules missions des infirmiers puisque, depuis 1978, ceux-ci disposent d'un rôle propre.

⁹¹ HORROCKS, S., et al. (2002). Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *Bmj*, 324(7341), pp 819–823. Retrieved from [HTTP://WWW.BMJ.COM/CONTENT/324/7341/819.SHORT](http://www.bmj.com/content/324/7341/819.SHORT)

DELAMAIRE, M.-L., & LAFORTUNE, G. (2010). Les pratiques infirmières avancées : Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés (p. 118). OCDE. Retrieved from [HTTP://DX.DOI.ORG/10.1787/5KM4HV77VW47-FR](http://dx.doi.org/10.1787/5KM4HV77VW47-FR)

1.2.4.1.1 Une profession réglementée :

Inscrite dans le code de la santé publique, la profession d'infirmier est une profession réglementée soumise à certaines règles. Le diplôme d'Etat d'infirmier est un diplôme d'exercice et est la condition d'accès à la profession. Il est délivré par le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Suite aux accords de Bologne en 1999, l'universitarisation des professions de santé donne une équivalence de grade licence au diplôme d'Etat d'Infirmier.

1.2.4.1.2 Des lieux d'exercice variés :

Un infirmier peut travailler en secteur libéral ou avoir une activité salariée. Il peut travailler dans une structure sanitaire, médico-sociale, en entreprise, en école, en centre de santé, etc. Il peut également intervenir dans n'importe quelle spécialité médico-chirurgicale.

1.2.4.1.3 Un cadre de spécialités et spécificités varié :

On peut distinguer :

- L'infirmier en soins généraux, c'est l'infirmier diplômé d'Etat.
- Les infirmiers spécialistes qui ont obtenu un diplôme professionnel dans l'une des trois spécialités reconnues en France. Il s'agit des Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat (IBODE), des infirmières puéricultrices et des infirmiers anesthésistes diplômés d'Etat (IADE).

Outre ce socle de base (infirmier en soins généraux) et les trois spécialités, les infirmiers ont la possibilité de développer des connaissances et compétences dans de nombreux domaines. Pour ne citer que quelques exemples, il peut s'agir des soins palliatifs, de la douleur, de l'éthique ou encore de l'éducation thérapeutique. Il s'agit donc de compétences spécifiques dans une discipline ou d'une expertise sur une pathologie ou sur une technique. Mais ces spécialisations ne constituent pas pour autant une pratique avancée. Pour reprendre l'exemple de l'éducation thérapeutique : celle-ci nécessite de solides connaissances et compétences mais ne rentre que dans un champ particulier des soins infirmiers. L'éducation thérapeutique peut faire partie d'une pratique avancée et doit probablement être nécessaire dans l'exercice de celle-ci mais elle ne peut constituer à elle seule une pratique avancée. Comme nous l'avons vu précédemment, le champ de compétences et d'exercice de la pratique avancée est beaucoup plus large.

Les infirmiers ont aussi la possibilité d'accéder à des postes d'encadrement. Les cadres de santé occupent des fonctions de gestion mais réalisent souvent des activités de coordination, de

conseil etc. auprès des patients. Cet exercice n'est pas une pratique avancée mais il se situe en complémentarité celle-ci.

1.2.4.2 Une première avancée : le développement des protocoles coopération :

En France, plusieurs rapports⁹² ont mis en évidence la nécessité de développer des protocoles de coopération entre professionnels médicaux et non-médicaux pour répondre aussi bien aux problématiques que nous avons abordé en première partie qu'au besoin des professionnels de santé de développer leurs activités et compétences.

Un protocole de coopération est un document formalisé, soumis à validation, permettant un transfert d'actes ou d'activités de soins dérogatoires, entre un professionnel de santé et un autre professionnel de santé n'ayant pas le même titre ou formation, dans l'objectif de répondre à des besoins de santé de la population. Seuls les professionnels inscrits dans l'article L.4011-1 du Code de la Santé Publique, quel que soit leur mode ou lieu d'exercice, peuvent faire une demande de mise en place d'un protocole de coopération (par exemple : aide-soignant, diététicien, ergothérapeute, infirmier, manipulateur d'électroradiologie médicale, médecin, sage-femme, kinésithérapeute, etc.).

Les premiers protocoles de coopération ont été inscrits dans l'article 131 de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique⁹³. Ceci a donc permis la mise en place d'une dizaine d'expérimentations de coopération (suite à l'arrêté du 13 décembre 2004 et à l'arrêté du 30 mars 2006) autorisant, dans le cadre de ce dispositif, le transfert d'actes dérogatoires à l'exercice illégal de la médecine. Les retours positifs des évaluations réalisées dans le cadre de ces expérimentations, ont permis par la suite la formalisation et l'étendue du dispositif sur le territoire français.

C'est ainsi qu'en 2009, l'article 131 de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique sera abrogé et remplacé par l'article 51 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite loi HPST). Cet article précise que « (...) Par dérogation (...) les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une

⁹² BERLAND, Y. (2002). Mission « Démographie des professions de santé » - Tome 1 (No. Rapport n°2002135) (p. 114). Paris: Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées.

BERLAND, Y. (2003). Mission "coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences". Rapport d'étape. (p. 58). Paris: Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées.

⁹³ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Retrieved from [HTTP://LEGIFRANCE.GOUV.FR/AFFICHTEXTE.DO?CIDTEXTE=JORFTEXT000000787078&DATETEXTE=&CATEGORIELIEN=ID](http://legifrance.gouv.fr/AFFICHTEXTE.DO?CIDTEXTE=JORFTEXT000000787078&DATETEXTE=&CATEGORIELIEN=ID)

démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient (...) »⁹⁴

La possibilité de développement d'un protocole de coopération est soumise à certaines règles fixées par l'arrêté du 28 mars 2012 modifiant l'arrêté du 31 décembre 2009 relatif à la procédure applicable aux protocoles de coopération entre professionnels de santé⁹⁵.

Cet arrêté reprend, en outre, les points suivants :

- la nécessaire volonté du déléguant et du délégué de mettre en place ce dispositif,
- une garantie assurantielle sur le champ du protocole : assurance responsabilité civile dans le cadre d'un exercice libéral ou document de preuve d'assurance de l'établissement de santé dans le cadre d'une activité salariée,
- la formation du délégué qui est en fonction des activités réalisées dans le cadre du protocole,
- l'information du/des patient(s) concerné(s),
- le suivi d'un processus formalisé entre la rédaction de la demande de coopération jusqu'à l'accord (ou non) par les tutelles.

Les professionnels de santé doivent mettre en place une démarche qualité et de gestion des risques. Ils se doivent de faire un retour aux tutelles selon une périodicité définie en évaluant la mise en œuvre du protocole et tout évènement indésirable doit être signalé.

Fin 2013, la Haute Autorité de la Santé (HAS) a réalisé un bilan des différents protocoles de coopération soumis, mis en place ou refusés⁹⁶. Ainsi, depuis la loi HPST, 30 protocoles ont reçu un avis favorable (dont favorable avec réserve) et 8 un avis défavorable car ils ne présentaient pas de bénéfices suffisants ou présentaient des risques en termes de qualité et/ou sécurité des soins. Les professionnels concernés sont majoritairement des médecins déléguant vers des infirmiers. Les

⁹⁴ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (2009). Retrieved from [HTTP://WWW.LEGIFRANCE.GOUV.FR/AFFICHTEXTE.DO?JSESSIONID=E48B9E4B4B440F1285136704BBFFB871.TPDILA10V_1?CIDTEXTE=JORFTEXT000020879475&CATEGORIELIEN=ID](http://www.legifrance.gouv.fr/AFFICHTEXTE.DO?JSESSIONID=E48B9E4B4B440F1285136704BBFFB871.TPDILA10V_1?CIDTEXTE=JORFTEXT000020879475&CATEGORIELIEN=ID) Titre III - Article 51.

⁹⁵ Arrêté du 28 mars 2012 modifiant l'arrêté du 31 décembre 2009 relatif à la procédure applicable aux protocoles de coopération entre professionnels de santé (ETSH1209189A). , Pub. L. No. ETSH1209189A (2012). Retrieved from [HTTP://WWW.LEGIFRANCE.GOUV.FR/AFFICHTEXTE.DO?CIDTEXTE=JORFTEXT000025684247&CATEGORIELIEN=ID](http://www.legifrance.gouv.fr/AFFICHTEXTE.DO?CIDTEXTE=JORFTEXT000025684247&CATEGORIELIEN=ID)

⁹⁶ HAS. (2014). Rapport d'activité 2013 : les protocoles de coopération - Art.51 de la loi HPST (p. 33). Saint Denis: HAS. Retrieved from [HTTP://WWW.HAS-SANTE.FR/PORTAIL/UPLOAD/DOCS/APPLICATION/PDF/2014-09/RAPPORT_DACTIVITE_2013_-_ARTICLE_51.PDF](http://www.has-sante.fr/PORTAIL/UPLOAD/DOCS/APPLICATION/PDF/2014-09/RAPPORT_DACTIVITE_2013_-_ARTICLE_51.PDF)

trois objectifs majeurs retrouvés lors des demandes de mise en place de protocoles de coopération sont les suivants : pallier à un manque de médecins, améliorer la productivité et l'organisation des soins ou l'apport d'un service supplémentaire dans le cadre de prises en charge innovantes.

Toutefois, il réside des difficultés liées à plusieurs éléments :

Tout d'abord, la procédure est longue et complexe. Même si elle a été allégée, elle reste toujours assez complexe.

D'autre part, il réside encore de nombreuses réticences des professionnels de santé.

Ces réticences existent des deux côtés (des délégués et des délégants) pour des raisons différentes. Elles portent aussi bien sur l'absence de modalités de rémunération définies que sur la reconnaissance des formations et des évolutions souhaitées des professions. Pour exemple, le conseil régional de l'ordre infirmier (CROI) d'Ile de France, a rédigé, en 2013, une lettre au conseil supérieur de la santé publique pour l'alerter suite à la validation par l'ARS Ile de France d'un protocole de coopération de « *Consultation infirmière de suivi des patients traités par anticancéreux oraux à domicile, délégation médicale d'activité de prescription* »⁹⁷ qui autorise la prescription, par une infirmière, de certains médicaments limitant les effets secondaires des chimiothérapies et le renouvellement de prescription de chimiothérapie orale. Les réticences évoquées tiennent aussi bien au temps de formation des infirmiers délégués qu'à l'absence de prise en compte d'une vision globale dans la prise en charge qui nécessiterait le développement d'une pratique avancée plutôt que de la simple délégation d'acte dérogatoire.

Au final, la mise en place de protocoles de coopération a eu pour conséquence de permettre des avancées dans la prise de conscience et l'acceptabilité de nouvelles formes de pratiques mais il ne semble pas suffire pour répondre aux besoins d'une prise en charge plus globale que de seuls actes délégués.

1.2.4.3 Les projets en cours

Plusieurs rapports ont donc fait mention de la nécessité, au-delà des protocoles de coopération, de développer de réelles pratiques avancées pour les professionnels paramédicaux.

⁹⁷ VEYER, K., & Conseil Régional de l'Ordre des Infirmiers d'Ile de France. (n.d.). Lettre protocole de coopération en cancérologie. Adressée à M. Roger Salamon Président du Collège du HCSP.

On peut ainsi citer les rapports Berland de 2008⁹⁸ et 2011⁹⁹ et le document de l'ARS Ile de France de 2013¹⁰⁰.

1.2.4.3.1 Le plan cancer 2014-2019 :

Récemment, le plan cancer 2014-2019¹⁰¹ présenté par le Président de la République, propose dans l'objectif 4, action 4.1 de « *Créer le métier d'infirmier clinicien et le déployer prioritairement dans le champ de la cancérologie* » pour répondre aux besoins de santé de la population et à l'organisation des soins.

Il est précisé que cet infirmier interviendra dans le cadre de pratiques avancées avec un champ d'autonomie élargi et la possibilité d'activités dans un champ dérogatoire sous certaines conditions. La formation sera sanctionnée par un diplôme de grade Master et que le « *déploiement des premières formations est prévu pour la rentrée 2016* ».

1.2.4.3.2 Le projet de loi de modernisation de notre système de santé :

Le projet de loi relatif à la santé présenté par la Ministre de la Santé le 15/10/2014¹⁰², propose aussi, dans son article 30, le développement de la pratique avancée pour les auxiliaires médicaux. De façon très développée, l'article 30 définit les conditions proposées pour le développement de la pratique avancée.

Ce projet précise que les conditions d'exercice seront « *fixées par décret en Conseil d'État pris après avis de l'Académie nationale de médecine* ».

Ce professionnel pourra réaliser certaines des activités « *1° D'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage ; 2° D'évaluation clinique, de diagnostic, des actes techniques et des*

⁹⁸ BERLAND, Y. (2008). La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner. (p. 148). St Denis: HAS.

⁹⁹ BERLAND, Y., et al. (2011). Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer (p. 57). Paris: Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, Secrétariat d'État chargé de la Santé. Retrieved from [HTTP://WWW.SANTE.GOUV.FR/IMG/PDF/RAPPORT_RELATIF_AUX_METIERS_EN_SANTE_DE_NIVEAU_INTERMEDIAIRE - PROFESSIONNELS D AUJOURD HUI ET NOUVEAUX METIERS - DES PISTES POUR AVANCER.PDF](http://www.sante.gouv.fr/IMG/PDF/RAPPORT_RELATIF_AUX_METIERS_EN_SANTE_DE_NIVEAU_INTERMEDIAIRE_-_PROFESSIONNELS_D_AUJOURD_HUI_ET_NOUVEAUX_METIERS_-_DES_PISTES_POUR_AVANCER.PDF)

¹⁰⁰ ARS Ile de France. (2013). Infirmière clinicienne spécialisée : éléments de cadrage pour les missions, la formation et l'emploi (p. 74). ARS Ile de France.

¹⁰¹ Plan Cancer 2014-2019. (2014, Février). Ministère des Affaires Sociales et de la Santé - Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche - Institut National du Cancer. Retrieved from [HTTP://WWW.SOCIAL-SANTE.GOUV.FR/IMG/PDF/2014-02-03_PLAN_CANCER.PDF](http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/PDF/2014-02-03_PLAN_CANCER.PDF)

¹⁰² Projet de loi relatif à la santé, Pub. L. No. 2302 (2014). Retrieved from [HTTP://S3-EU-WEST-1.AMAZONAWS.COM/STATIC.HOSPIMEDIA.FR/DOCUMENTS/175987/1062/PROJET_DE_LOI_SANTE.PDF?1414685115](http://s3-eu-west-1.amazonaws.com/static.hospimedia.fr/documents/175987/1062/PROJET_DE_LOI_SANTE.PDF?1414685115)

surveillances cliniques et paracliniques ; 3° De prescription de produits de santé non soumis à prescription médicale obligatoire, des prescriptions d'examens complémentaires et des renouvellements ou adaptation de prescriptions médicales. » qui seront précisées en fonction du domaine d'activité du professionnel et de chaque profession concernée.

L'auxiliaire médical en pratiques avancées devra répondre de l'obtention d'un diplôme de formation en pratiques avancées et d'une durée minimale d'exercice dans sa profession.

Le professionnel en pratiques avancées aura la responsabilité juridique de ses activités.

Le 19 mars 2015, la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a adopté le projet de loi relatif à la santé. Par amendement, il a été rebaptisé *projet de loi de modernisation de notre système de santé*. Le 14 avril 2015, ce projet de loi a été adopté par l'Assemblée Nationale en première lecture. Il devra ensuite être promulgué et les mesures d'applications devront être définies.

1.2.4.3.3 Les points qui devront être précisés :

Même si le projet de loi a été adopté par l'Assemblée Nationale, il reste des points qui devront être précisés. Des groupes de travail¹⁰³, pilotés par le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé et par le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, sont en cours. Ils devront apporter des réponses quant aux critères suivants :

La dénomination et le statut de l'infirmier en pratiques avancées :

Comme nous l'avons abordé, la dénomination de ces infirmiers n'est pas encore définie mais fait l'objet de plusieurs propositions : infirmier clinicien, infirmier clinicien spécialisé. Cette dénomination permettra de poser un statut pour ces professionnels. Le répertoire des métiers de la santé et de l'autonomie de la fonction publique hospitalière, décrit une fiche métier de « *L'infirmier(ère) clinicien(ne) / paramédical en pratique avancée* »¹⁰⁴ qui est en attente de construction en fonction des décisions qui seront prises suite à la loi de modernisation de notre système de santé. Il semble donc que l'on s'oriente vers cette dénomination.

La définition d'un champ de compétence :

Le projet de loi de modernisation de notre système de santé décrit que les « *auxiliaires médicaux (...) peuvent exercer en pratique avancée au sein d'une équipe de soins primaires*

¹⁰³ OUHARZOUNE, Y. (2014). Actu cadres. Entretien avec Michèle Lenoir-Salfati. Soins cadres, 23(92), pp 5–7.

¹⁰⁴ Le répertoire des métiers de la santé et de l'autonomie – fonction publique hospitalière. L'infirmier(ère) clinicien(ne) / paramédical en pratiques avancées. Repéré à [HTTP://WWW.METIERS-FONCTIONPUBLIQUEHOSPITALIERE.SANTE.GOUV.FR/SPIP.PHP?PAGE=FICHE-METIER&IDMET=248](http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=fiche-metier&idmet=248)

coordonnée par le médecin traitant ou au sein d'une équipe de soins en établissements de santé coordonnée par un médecin ou, enfin, en assistance d'un médecin spécialiste, hors soins primaires, en pratique ambulatoire. ». La mention de « coordonnée » par un médecin a été rajoutée par rapport à la première version du projet de loi relatif à la santé tel suite un amendement déposé par le gouvernement et adopté par l'Assemblée Nationale le 13 mars 2015¹⁰⁵. Cela réaffirme le rôle du médecin dans la coordination des activités de soins en pratiques avancées et risque de remettre en cause la question de l'autonomie de ces paramédicaux en pratiques avancées.

La question du diplôme en pratiques avancées : Diplôme d'exercice versus diplôme universitaire :

Dans les divers rapports que nous avons évoqués, il est proposé un diplôme de grade Master. Mais pour le moment rien n'est défini puisque le projet de loi de modernisation de notre système de santé ne précise pas le type de diplôme. Ce texte avance que « *Peuvent exercer en pratique avancée les professionnels (...) qui justifient (...) d'un diplôme de formation en pratique avancée délivré par une université habilitée à cette fin* »¹⁰⁶. Pour le moment, le diplôme d'Etat infirmier est sous la responsabilité du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales qui délivre un diplôme d'exercice. L'équivalence licence est sous la prérogative du Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche mais ce diplôme de grade licence ne permet pas l'exercice de la profession sans celui délivré par le Ministère de la Santé. Il devra donc être statué le niveau de formation requis en pratiques avancées et le type de diplôme permettant l'exercice.

Missions versus actes ciblés :

Le Code de la Santé Publique contient les actes réglementaires autorisés dans l'exercice de la profession infirmière. Quel choix sera fait concernant les pratiques avancées ? On peut imaginer que des missions seront définies en fonction des domaines de spécialités. Dans le cas où les activités seraient définies en termes d'actes autorisés par décret, cela risquerait de complexifier des projets de développements futurs pour répondre à de nouvelles demandes de soins avec la nécessaire promulgation de nouveaux décrets.

¹⁰⁵ Amendement n° AS1505 présenté par le Gouvernement - Article 30 du projet de loi relatif à la santé - Adopté par l'Assemblée Nationale le 13 mars 2015. N° 2302. Retrieved from [HTTP://WWW.ASSEMBLEE-NATIONALE.FR/14/AMENDEMENTS/2302/CIION-SOC/AS1505.ASP](http://www.assemblee-nationale.fr/14/amendements/2302/cion-soc/as1505.asp) .

¹⁰⁶ Projet de loi de modernisation de notre système de santé - Adopté par l'Assemblée Nationale en première lecture. , Pub. L. No. 505 (2015). Retrieved from [HTTP://WWW.ASSEMBLEE-NATIONALE.FR/14/TA/TA0505.ASP](http://www.assemblee-nationale.fr/14/ta/ta0505.asp) .

Prescription ou volontariat :

Les orientations proposées pour le moment font état d'un développement des pratiques avancées sous l'angle du volontariat. Ainsi, il n'y aurait pas de prescription obligeant tous les établissements de santé à développer, en leur sein, des telles pratiques.

Spécialités dans le domaine des pratiques avancées :

Au regard du contexte actuel et de la volonté de développement d'une prise en compte plus globale de l'intervention auprès des patients, il semble que les spécialités ne répondront probablement pas à des disciplines médico-chirurgicales (hormis probablement dans le domaine de la cancérologie puisque le plan cancer propose un infirmier clinicien en cancérologie). L'objectif est de partir des compétences attendues pour répondre aux besoins de santé de la population. On pourrait donc retrouver des spécialisations dans les domaines suivants : cancérologie, soins de premier recours ou soins de santé primaires, psychiatrie et santé mentale, pathologies du vieillissement, soins critiques (urgences, réanimation, soins intensifs), santé au travail et santé scolaire, accompagnement de la dépendance, handicap et réadaptation, plaies chroniques et cicatrisation, etc.

Domaines d'intervention et champ d'intervention : transversal versus ciblé.

Les domaines et champs d'intervention seront probablement variables en fonction de la spécialité définie, donc plus ou moins transversaux. Il faut décroisonner pour être sur les besoins de santé de la population et non pas sur un volet hospitalo-centré et de disciplines médico-chirurgicales.

La question du mode de rémunération :

En France, le mode de rémunération de l'activité clinique ne favorise pas le développement des pratiques avancées. En exercice libéral, le mode de rémunération est « à l'acte ». C'est-à-dire que quel que soit le niveau de difficulté ou la durée de la consultation, le tarif sera le même. Développer des pratiques avancées ne comprend donc pas, si on se place uniquement sur ce mode de rémunération, un bénéfice pour le médecin (et pour l'infirmier libéral). Cela lui semblera plutôt être un manque à gagner. Il semble donc nécessaire de développer et préciser les modes de rémunération pour permettre de développer les pratiques avancées.

1.2.4.4 La formation en France :

Comme nous l'avons vu, la formation des infirmiers en pratiques avancées est, dans la majorité des pays, sanctionnée par un diplôme de grade Master.

En France, même s'il n'existe pas de statut pour les pratiques avancées, il existe deux Master en Sciences Cliniques Infirmières : celui de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) avec la faculté d'Aix Marseille et celui de l'Unité de Formation et de Recherche (UFR) des sciences de la santé de l'Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines.

Dans les deux Masters, la formation est scindée en deux temps : la 1^{ère} année comprend un tronc commun d'enseignement et la 2^{ème} année qui comprend une spécialisation.

Le Master sciences cliniques infirmières de l'EHESP¹⁰⁷ propose des spécialisations en oncologie, gérontologie et parcours de soins complexes. Celui de Saint-Quentin-en-Yvelines¹⁰⁸, propose quant à lui, des spécialisations en psychiatrie et santé mentale, maladies chroniques et dépendance (hors oncologie) et en douleur et soins palliatifs.

Selon DEBOUT¹⁰⁹, la formation en pratiques avancées infirmières doit porter sur trois axes : un « *approfondissement sur le raisonnement clinique* », un « *approfondissement sur les étapes de vie des processus pathologiques* » et un « *approfondissement thérapeutique médical et non médical* ».

Selon une estimation réalisée par AMBROSINO, et al.¹¹⁰, la France compterait une centaine d'infirmières titulaires d'un Master en sciences cliniques infirmières. Et selon JEGU¹¹¹, le développement de ces nouvelles formes de pratiques pourrait concerner entre « *1 et 3% de la profession infirmière* ».

¹⁰⁷ EHESP. Master sciences cliniques infirmières. Retrieved from [HTTP://WWW.EHESP.FR/FORMATION/FORMATIONS-DIPLOMANTE/M-SCIENCE-CLINIQUE-INFIRMIERE/M-SCIENCE-CLINIQUE-INFIRMIERE](http://www.ehesp.fr/formation/formations-diplomantes/master-sciences-cliniques-infirmieres/master)

¹⁰⁸ UFR des sciences de la santé de l'Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines. Master sciences cliniques en soins infirmiers. Retrieved from [HTTP://WWW.ETU.UVSQ.FR/MASTER-1-SCIENCE-CLINIQUE-EN-SOINS-INFIRMIERS-197753.KJSP](http://www.etu.uvsq.fr/master-1-sciences-cliniques-en-soins-infirmiers-197753.kjsp)

¹⁰⁹ DEBOUT, C. (2012, décembre). Introduire les pratiques avancées en France: contribution du master en sciences cliniques infirmières. Conférence de l'IUFRS, Université de Lausanne.

¹¹⁰ AMBROSINO, F., et al. (2014, Novembre). Etude descriptive transversale : état des lieux des infirmières de pratique avancée, spécialistes cliniques et cliniciennes en France. Salon Infirmier.

¹¹¹ JEGU, S. (2014, Avril 11). L'exercice en pratique avancée pourrait concerner entre 1% et 3% de la profession infirmière. Retrieved April 11, 2014, from [HTTP://ABONNES.HOSPIMEDIA.FR/ANALYSES/20141104-RESSOURCES-HUMAINES-L-EXERCICE-EN-PRATIQUE-AVANCEE-POURRAIT](http://abonnes.hospimedia.fr/analyses/20141104-ressources-humaines-l-exercice-en-pratique-avancee-pourrait)

1.2.5 Une avancée pour la profession :

Autonomie, développement des compétences (et donc lien direct avec de développement professionnel continu (DPC)), développement des activités de recherche, publications, etc. autant de points sur lesquels la profession peut évoluer. Si aujourd'hui elle souffre d'un manque de reconnaissance, la possibilité de développement des pratiques avancées est une opportunité.

Ainsi, au-delà de la position de l'infirmier en pratiques avancées, c'est aussi le rayonnement sur la profession qui est concerné. Par ses activités de clinique, de leadership, de recherche, de conseil ou d'enseignement, c'est asseoir son travail et le travail d'équipes sur des connaissances solides, des méthodes scientifiques qui permettent une réflexion plus poussée sur le prendre soin, une réflexivité, etc. et ainsi, valoriser les activités réalisées.

Enfin, l'universitarisation peut conduire à développer des filières dans le champ des soins infirmiers. Si la formation des infirmiers en pratiques avancées est sanctionnée par un diplôme de grade Master, pourquoi ne pas imaginer par la suite l'ouverture vers des filières doctorales ?

1.2.6 Les enjeux de pratiques avancées :

Suite à ce qui a été abordé, les enjeux de développement des pratiques avancées se situent à plusieurs niveaux¹¹² :

- Pour les patients tout d'abord : amélioration de la prise en charge, amélioration de l'accès aux soins, diminution du risque d'aggravation de complications liées aux maladies chroniques et développement de la notion de parcours.
- Pour les infirmiers : autonomie, développement des compétences, qualité de vie au travail, reconnaissance, répondre au développement professionnel continu (DPC), développement des activités de recherche.
- Pour les médecins : possibilité de se consacrer sur patients plus complexes, développement de la collaboration, mutualisation et partage du savoir.

¹¹² AMBROSINO, F. (2013, Décembre). Les nouveaux défis de santé : nécessité de l'évolution des spécialités infirmières en France. Séminaire SIDIIEF, Marseille. Retrieved from [HTTP://WWW.SIDIIEF.ORG/WP-CONTENT/UPLOADS/FRANCE-2013-AMBROSINO-F-NOUVEAUX-D%C3%A9FIS-SANTE.PDF](http://www.sidiief.org/wp-content/uploads/france-2013-ambrosino-f-nouveaux-d%C3%A9fis-sante.pdf) P7

DELAMAIRE, M.-L., & LAFORTUNE, G. (2010). Les pratiques infirmières avancées : Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés (p. 118). OCDE. Retrieved from [HTTP://DX.DOI.ORG/10.1787/5KM4HV77VW47-FR](http://dx.doi.org/10.1787/5KM4HV77VW47-FR) Pp 51-52

- Pour les établissements de santé : attractivité, réallocation des ressources médicales et soignantes, développement des compétences, fidélisation du personnel, financement sur activités de recherche.
- Pour le système de santé : maîtrise des dépenses, accessibilité aux soins, développement de la santé publique et des actions de prévention.

Les éléments mentionnés prennent en compte aussi bien l'activité de l'infirmier en pratiques avancées que les bénéfices de la coopération pluridisciplinaire et interdisciplinaire. En effet, ce n'est pas uniquement sur le développement d'une nouvelle forme d'activité que des avantages sont perçus mais sur l'ensemble des activités de tous les acteurs participant à la prise en charge du patient.

Au final, l'émergence des pratiques avancées correspond à une nécessité pour répondre aux besoins de prise en charge des patients. Selon les modèles existant à l'international, les pratiques avancées infirmières ont prouvé leurs bénéfices.

La question qui se pose à présent est de réussir, à partir d'un modèle global, l'intégration de ces pratiques au sein d'un établissement de santé. La suite de ce travail a donc pour objet de proposer un projet de mise en place pour un établissement de santé.

2 LE PROJET

Développer un projet d'intégration des pratiques avancées nécessite tout d'abord de se situer dans le contexte d'un projet innovant. Les pratiques avancées n'existent pas encore légalement et même si certains établissements comptent en leur sein des infirmiers avec un Master en sciences cliniques infirmières, leur statut n'est pas précisé. Ainsi, leurs activités ne peuvent répondre entièrement à la définition des pratiques avancées telles que nous l'avons abordé.

Cette partie sera développée en deux phases. La première consistera à mener une réflexion sur l'accompagnement des acteurs et leurs rôles et perceptions au sein de l'établissement de santé. Dans la deuxième partie, une proposition de projet organisationnel pour la mise en place de pratiques avancées infirmières dans un établissement de santé sera présentée.

2.1 L'ACCOMPAGNEMENT AU CHANGEMENT :

2.1.1 L'organisation comme système politique :

L'organisation – établissement de santé n'est pas uniquement un lieu traversé par différents flux ou processus ou répondant et s'organisant mécaniquement au regard de variables environnementales. C'est aussi un lieu traversé par de multiples individus qui ont tous une certaine liberté d'action mais qui, pour répondre à la finalité de l'organisation, doivent pouvoir travailler et coopérer. En effet, aujourd'hui encore moins qu'hier, on ne peut travailler seul. Un manager ne peut pas faire grand-chose sans équipe, non plus un infirmier sans un médecin ou inversement. Ainsi, la coopération est nécessaire pour assurer le fonctionnement de l'organisation et atteindre les buts visés. L'émergence de cette nouvelle fonction va modifier les schémas établis et les rapports établis. Il s'agit donc d'étudier les phénomènes à l'œuvre sur le jeu des acteurs pour pouvoir les prendre en compte.

2.1.1.1.1 Incertitude et rationalité limitée :

Selon CROZIER et FRIEDBERG¹¹³, les individus sont mus par le besoin de satisfaire leurs intérêts et de limiter leurs contraintes. Pour cela, ils cherchent à augmenter leurs marges de liberté et à réduire leurs incertitudes. Cette incertitude correspond à l'ignorance d'un individu sur un objet

¹¹³ CROZIER, M., & FRIEDBERG, E. (1977). L'acteur et le système: Les contraintes de l'action collective (Poche). France. 500p: Seuil.

et/ou un sujet auquel il est confronté. Contrairement à l'équivocité qui fournit un nombre important d'interprétations possibles, l'individu est placé ici dans une zone de vide dans laquelle il n'existe pas de sens ou d'interprétation possible. Or, l'incertitude est la clé du pouvoir. Celui qui sera placé dans une zone d'incertitude entre dans une situation de dépendance vis-à-vis de l'information ou de l'objet concerné. Au contraire, celui qui dispose de l'information verra son pouvoir augmenter et par-delà sa marge de liberté.

Une autre notion qui semble essentielle est à l'œuvre : celle de la rationalité limitée. Contrairement aux théories économiques classiques qui voient l'individu – agent comme étant dans une position de rationalité parfaite et qui fera donc un choix maximisant son intérêt, la théorie de SIMON¹¹⁴ sur la rationalité limitée la remet en cause. Parce qu'il n'est pas omniscient et qu'il se satisfait souvent de la première solution qu'il juge acceptable, un individu est considéré comme ne possédant qu'une rationalité limitée, bornée, lors d'une situation de choix.

Ainsi, prendre en compte le jeu des acteurs, c'est prendre en compte la gestion de l'incertitude mais aussi leur rationalité limitée.

Dans le cadre de cette nouvelle activité, de cette une nouvelle fonction, de nouveaux modes d'organisation apparaissent. Ainsi, les pratiques avancées infirmières peuvent bouleverser un ordre établi et générer de l'incertitude auprès des acteurs. Il s'agira alors de se demander qui pourra être contre ce projet et qui peut avoir intérêt à ce que rien ne change.

Cependant, au-delà de ces jeux de pouvoir, il semble également nécessaire d'analyser l'établissement de santé comme un construit social, un système culturel qui est traversé par un ensemble de valeurs, de pratiques, de conceptions.

2.1.2 La culture, la création de sens

2.1.2.1 Introduction sur la culture :

Mener une réflexion sur la culture n'est pas chose aisée. C'est peut-être le paradoxe de ce que la culture est un construit humain mais qui peu à peu s'est détaché de la volonté même des hommes pour en devenir quelque chose de plus puissant, qui est au-dessus d'eux. Selon DUMONT¹¹⁵ (2014), la culture se définit par différenciation avec d'autres cultures. Il semble donc

¹¹⁴ SIMON, H.A. (1945). *Administrative Behavior. A Study of Decision-Making Processes in Administrative Organization*. New York, The Free Press.

¹¹⁵ DUMONT, J.-P. (2014). *La Grande Transformation - support de cours Master MOS*. IAE-UPEC.

encore plus difficile de travailler cette notion puisqu'elle en devient même imperceptible. Nous sommes imbriqués dedans.

Certaines théories empruntées à la sociologie peuvent alors être utilisées afin de mener une réflexion sur ce système social. Il s'agit alors de pouvoir tenter de comprendre les phénomènes à l'œuvre lors de changements institutionnels, mais aussi pourquoi, au-delà de la définition de nouvelles règles légales, le changement de règles institutionnelles semble donc plus difficile à se mettre en œuvre.

2.1.2.2 L'établissement de santé : une institution :

L'objet de cette partie est donc d'envisager l'émergence des pratiques avancées dans un contexte institutionnel dans lequel l'établissement de santé est perçu comme une institution. Une institution correspond à la forme socialisée de l'organisation. Ainsi, l'institution, au-delà de sa rationalité d'organisation, est le résultat de tensions entre sa finalité, son sens, son identité et l'environnement dans lequel elle évolue. Selon SCOTT¹¹⁶, « *l'institution serait dotée d'une double fonction : celle de contrôler les actions des individus au travers d'un système de règles et celle de réduire l'incertitude des actions futures* ». L'institution structure le fonctionnement de ses acteurs dans un système organisé et l'organisation comme construit social devient peu à peu une « *réalité sociale* »¹¹⁷. Chacun est tenu à sa place, chacun reconnaît les règles de fonctionnement et ce système devient peu à peu « *tenu pour acquis* »¹¹⁸ : le médecin prescrit, l'infirmière exécute des prescriptions, etc. Les règles sont devenues des normes sociales.

De plus, la singularité de l'établissement de santé réside dans la « *coexistence de hiérarchies parallèles* »¹¹⁹ : une hiérarchie administrative, une hiérarchie médicale et une hiérarchie soignante. Si l'on se réfère aux travaux de BOLTANSKI et THEVENOT¹²⁰, on comprend que ce sont des mondes sociaux différents. Ces auteurs définissent six « mondes » entre lesquels la compréhension est difficile puisqu'ils ne s'attachent pas aux mêmes valeurs. La possibilité d'entente entre ces

¹¹⁶ TROUINARD, A. (2004). Les bouleversements des champs organisationnels: quelles leçons tirer de la presse quotidienne parisienne? In 13 e Conférence de l'AIMS (p. 32p). Retrieved from [HTTP://WWW.STRATEGIE-AIMS.COM/EVENTS/CONFERENCES/10-XIIIEME-CONFERENCE-DE-L-AIMS/COMMUNICATIONS/499-LES-BOULEVERSEMENTS-DES-CHAMPS-ORGANISATIONNELS-QUEELLES-LECONS-TIRER-DE-LA-PRESSE-QUOTIDIENNE-PARISIENNE/DOWNLOAD](http://www.strategie-aims.com/events/conferences/10-xiiieme-conference-de-l-aims/communications/499-les-bouleversements-des-champs-organisationnels-queelles-lecons-tirer-de-la-presse-quotidienne-parisienne/download) P4

¹¹⁷ Ibid.

¹¹⁸ ROJOT, J. (2003). Théorie des organisations (ESKA, Vol. 1). 542p: Broché. P347

¹¹⁹ MERDINGER-RUMPLER, C., & NOBRE, T. (2011). Quelles étapes pour la conduite du changement à l'hôpital ? *Gestion 2000*, 28(3), pp 51–66.

¹²⁰ BOLTANSKI, L., & THEVENOT, L. (1991). De la justification. Les économies de la grandeur. (Broché). France. 483p: Gallimard.

différents mondes tiendra ainsi dans la possibilité de compréhension des valeurs et grandeurs les représentant.

Se pose à présent une autre question : si l'établissement de santé – institution est un construit social, quels sont les origines de ce construit ? Selon SIMON¹²¹ « *Les institutions sont des construits sociaux élaborés en fonction de l'expérience passée des agents économiques et des nouveaux conflits qui apparaissent* ». Placer le sens, l'identité de l'institution et de ses acteurs, c'est donc la resituer dans une dimension historique. Comme nous l'avons vu, la culture est une construction sociale. Elle provient de ce que des individus ont créé. Ce qui fait l'établissement de santé d'aujourd'hui et surtout la place de la profession infirmière résulte donc d'une « histoire » qui oriente les représentations de la « place » que l'infirmière occupe et doit occuper.

La dimension historique de cette profession doit alors être retracée afin de mieux comprendre les enjeux des acteurs au sein de l'institution et les bouleversements liés à un changement au sein de la profession infirmière.

2.1.2.3 Aspect culturel du métier de soignant, un double héritage

Il est à noter que cette partie a été élaborée grâce à l'apport de divers enseignements ou articles. Ceux n'étant explicitement cités par la suite sont recensés en bas de page¹²².

Le soin existe depuis la nuit des temps. Le soin, c'est le fondement de la vie. Dès la petite enfance, la maman prend soin de son enfant. Elle le nourrit, le protège, le soigne etc. Le prendre soin permet de protéger la vie tout au long des âges. Même lors de la mort, les hommes « prennent

¹²¹ TROUINARD, A. (2004). Les bouleversements des champs organisationnels: quelles leçons tirer de la presse quotidienne parisienne? In 13 e Conférence de l'AIMS (p. 32p). Retrieved from [HTTP://WWW.STRATEGIE-AIMS.COM/EVENTS/CONFERENCES/10-XIIIEME-CONFERENCE-DE-L-AIMS/COMMUNICATIONS/499-LES-BOULEVERSEMENTS-DES-CHAMPS-ORGANISATIONNELS-QUEELLES-LECONS-TIRER-DE-LA-PRESSE-QUOTIDIENNE-PARISIENNE/DOWNLOAD](http://www.strategie-aims.com/events/conferences/10-xiiieme-conference-de-l-aims/communications/499-les-bouleversements-des-champs-organisationnels-queelles-lecons-tirer-de-la-presse-quotidienne-parisienne/download) P5

¹²² AMBROSINO, F., et al. (2012). L'Infirmière de Pratique Avancée expliquée aux infirmières (Mémoire de Master 1 Sciences Cliniques Infirmières). EHESP, France. 35p. Retrieved from [HTTP://WWW.INFIRMIERS.COM/PDF/RECHERCHE-FLORENCE-AMBROSINO.PDF](http://www.infirmiers.com/pdf/recherche-florence-ambrosino.pdf)

CATANAS, M. (2009). Quelle place de l'infirmière dans l'évolution sociohistorique des professions de soin ? Retrieved June 11, 2014, from [HTTP://WWW.INFIRMIERS.COM/PROFESSION-INFIRMIERE/PRESENTATION/HISTORIQUE-DE-LA-PROFESSION.HTML](http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/presentation/historique-de-la-profession.html)

LAUTARD, V. (2011, Année universitaire /2012). Glissements de compétences entre infirmiers et médecins : une insécurité permanente. Université Toulouse 1 Capitole, France. 72p.

LEROUX HUGON, V., et al. (1997). L'histoire de l'Ecole d'infirmières de la Salpêtrière. Histoire des Sciences Médicales, 31(2), 189–200. Retrieved from [HTTP://WWW.BIUSANTE.PARISDESCARTES.FR/SFHM/HSM/HSMx1997x031x002/HSMx1997x031x002x0189.PDF](http://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/HSM/HSMx1997x031x002/HSMx1997x031x002x0189.pdf)

LETOURNEAU, D. (2013). Petite histoire hospitalière - Support de cours Master 1 Management et Santé. ESM-IAE-UPEC.

SCOTTI, J.-C. (1999). Evolution des techniques soignantes et évolution des répartitions des compétences soignantes et des responsabilités juridiques à l'hôpital. 399p.

ZACHARIE, C. (2013). Droit de la Santé - Support de cours Master 1 Management et Santé. IAE-UPEC.

soin » de leur défunts. Selon COLLIERE¹²³ « (...) pendant des milliers d'années, les soins (...) étaient le fait de toute personne qui aidait quelqu'un d'autre à assurer tout ce qui lui était nécessaire pour continuer sa vie, en relation avec la vie du groupe ».

On en retrouve traces de pratiques du soin dès l'antiquité. A cette époque, le rôle de soignant est majoritairement dévolu aux femmes puisqu'elles portent la vie et s'attachent à sa conservation et à sa réparation. A cette période l'Hôpital « moderne » n'existe pas mais on retrouve des traces de sanctuaires qui accueillent les malades comme celui d'Epidaure¹²⁴.

Pendant la période moyenâgeuse, l'empreinte de l'Eglise chrétienne bouleverse ce fonctionnement. Le soin c'est le celui de l'âme, de l'esprit. « On soigne pour acheter son salut »¹²⁵. La femme est considérée comme impure. Elle ne peut donc plus être soignante et ce rôle est alors confié aux religieuses. A cette période, l'Eglise assure l'administration des Hôpitaux qui sont des lieux de charité dans lesquels on accueille les malades et indigents. Les médecins ne rentrent que très peu dans l'Hôpital.

Après la révolution française, la gestion des Hôpitaux est retirée à l'Eglise et assez rapidement confiée aux communes. Les religieuses, quant à elles, sont toujours au sein de l'Hôpital et on y voit progressivement apparaître les médecins.

Le 19^{ème} siècle, période de l'industrialisation, marque un tournant déterminant. L'Etat Français met en place un premier dispositif de santé publique avec l'assistance médicale gratuite, suite à la loi du 15 juillet 1893.

Dans un même temps, apparaissent de nombreuses avancées dans la médecine. Nous pouvons, entre autres, citer les découvertes Pasteuriennes : pasteurisation, antiseptie et aseptie ; le développement de l'auscultation suite à l'invention du stéthoscope par LAENNEC ; l'utilisation du thermomètre suite aux travaux de BECQUEREL et BRESCHET ; le développement de l'anatomopathologie et la découverte de médicaments comme la morphine, la digitaline, l'atropine, etc. C'est donc une période qui fonde la médecine moderne basant désormais ses travaux sur des méthodes scientifiques.

Toutes ces avancées entraînent une modification de la pratique médicale et des techniques. Les médecins réinvestissent les hôpitaux et montrent le besoin d'un personnel assistant médical qualifié avec des compétences techniques. Les religieuses, alors encore soignantes dans les

¹²³ COLLIERE, M.-F. (1996). Promouvoir la vie (Broché - Nouvelle). 392p: Masson.

¹²⁴ DUMONT, J.-P. (2014). La Grande Transformation - support de cours Master MOS. IAE-UPEC.

¹²⁵ Ibid.

hôpitaux, ne répondent pas aux besoins des médecins du fait de leur culture, de leur vision du soin, de leurs préceptes et de leur façon de travailler.

Il faut désormais aux médecins des personnels laïques et formés pour les assister dans la prise en charge de leurs patients. C'est ainsi qu'à la fin du 19^{ème} siècle, il devient nécessaire de développer une formation pour ces nouveaux soignants.

Sous l'impulsion de BOURNEVILLE, neurologue à l'Hôpital de Bicêtre, la première école municipale d'infirmière est créée en 1878. L'objectif est d'avoir des infirmières laïques qui sont formées par les médecins et sont sous l'autorité de celui-ci. Cette école, accueillant des jeunes filles sans aucune éducation (dans tous les sens du terme) reçoit de nombreuses critiques. Pour répondre à cela, en 1902, la circulaire Combes précise la définition de l'infirmière. L'accès à la formation nécessitera, dès lors, le niveau du certificat d'études avec l'objectif de permettre l'apprentissage d'un métier et la possibilité d'une carrière. En 1907, la première école de l'assistance publique voit le jour.

La période de l'après première guerre mondiale voit encore apparaître une évolution de la profession. En 1922, grâce à CHAPTAL, le certificat d'infirmière est créé. En 1933, la profession d'assistante sociale, fonction jusqu'alors dévolue aux infirmières, est créée. Ceci précise donc l'orientation de la profession d'infirmière sous un volet plus technique.

Dès lors, de nombreuses évolutions se poursuivront pour conduire à la professionnalisation de la profession infirmière.

En voici quelques grandes dates :

- 1937 : l'obligation d'obtenir un diplôme d'Etat pour exercer de la profession.
- 1946 : Loi n°46-330 du 8 avril 1946 relative à l'exercice des professions d'assistantes ou d'auxiliaires de service social et d'infirmières ou d'infirmiers, qui régit la profession infirmière.
- 1978 : création du rôle propre infirmier avec la loi du 31 mai 1978 (définition de la personne exerçant la profession d'infirmière), suivie du décret du 12 mai 1981 relatif à l'exercice de la profession d'infirmier. Cela marque une grande étape dans l'autonomisation de la profession qui obtient un droit légal à réaliser certaines activités relevant de son rôle propre.
- 1999 : les accords de Bologne entraînent l'universitarisation de la profession.
- 2004 : le code de la santé publique regroupe les actes et règles professionnelles.
- 2006 : création d'un ordre infirmier. Il est à noter que le 10 avril 2015, l'Assemblée Nationale a voté pour la suppression de cet ordre.

On peut ainsi noter une grande évolution dans la professionnalisation. Cependant, le rôle de l'infirmière n'a pas beaucoup évolué. On parle du rôle, de la place sociale de l'infirmière : servir le malade et servir le médecin, selon les termes empruntés à COLLIÈRE¹²⁶. Pour reprendre les termes de cet auteur, cette profession a un double héritage « *conventuel et d'auxiliarat médical* »¹²⁷. Tout ceci nous montre que la profession infirmière porte le poids de son héritage. Elle reste encore encrée dans cette culture qu'elle porte et qui la définit au regard des autres. D'un côté, elle est perçue comme l'exécutante de prescriptions médicales où pour nombre de personnes, son travail se résume aux injections, pansements, préparations de perfusion ou administration de médicaments. D'un autre côté, il y a cette vision de l'infirmière qui a choisi ce métier par vocation et qui se « donne » pour ses patients dans toute la dimension sacrée que cela implique.

On comprend donc que développer de nouvelles activités au sein de cette profession constitue un réel bouleversement. Mais au final, comment comprendre le changement ?

2.1.3 Qu'est-ce que le changement ?

Le changement est un processus dynamique qui amène une transformation d'éléments d'entrée en éléments de sortie. Selon COTE et al.¹²⁸, « *Le changement est le passage d'un état actuel à un état désiré, d'une situation originale actuelle jugée inadéquate, à une autre considérée comme étant plus adaptée, qui répond mieux aux exigences du milieu ou aux nouvelles aspirations des personnes concernées* ». Suite à tous les enjeux abordés dans la première partie, l'état actuel risque de devenir inadéquat. D'ailleurs, l'inscription dans la loi de ces nouvelles pratiques montre bien tout l'intérêt qu'elles ont au regard de ce qui se profile dans le contexte médico-socio-économique actuel.

Le changement consiste, comme nous l'avons vu, à introduire de nouvelles pratiques de prise en charge au sein de cet environnement hautement institutionnalisé qu'est l'établissement de santé et par-delà de légitimer ces nouvelles activités. Nous pouvons alors comprendre ce changement comme la définition de nouvelles règles.

¹²⁶ COLLIÈRE, M.-F. (2001). Soigner. Le premier art de la vie (Broché - deuxième). 440p: Masson..

¹²⁷ COLLIÈRE, M.-F. (1996). Promouvoir la vie (Broché - Nouvelle). 392p: Masson.

¹²⁸ COTE et al. (1994) La dimension humaine des organisations. Edition Gaétan Morin.

2.1.3.1.1 La règle, la norme :

La règle est un principe définissant ce que l'on est autorisé ou non à faire (prescription) et qui peut être soumis à l'éventualité d'une sanction. Par exemple, les actes infirmiers sont précisés dans le Code de la Santé Publique et il est illégal d'y déroger. On peut considérer la norme comme le sens social qui est donné à la règle¹²⁹.

Selon ALTER¹³⁰, le changement d'une règle n'entraînera pas nécessairement son acceptation. Il faut un sens et une appropriation de celle-ci pour qu'elle devienne une norme et soit ainsi considérée comme légitimée et socialement acceptable. Dans les pratiques avancées, la question de la légitimité est une question fondamentale. La légitimité est la perception d'un ou plusieurs individu(s) du bien-fondé d'une décision, situation, fonction. La légitimité se situe donc au-delà de la légalité en ce qu'elle juge ce construit au regard de valeurs, de normes socialement acceptables¹³¹. Ainsi, même si le développement est décidé et défini par des règles coercitives (la loi) et des règles organisationnelles, la légitimité de la fonction n'apparaîtra pas nécessairement aux yeux de chacun.

Si l'on reprend les travaux d'ALTER sur l'innovation, celui-ci explique clairement la nécessité d'appropriation. Le développement de pratiques avancées est considéré, par nombre de personnes¹³², comme une innovation. En ce sens et selon les apports d'ALTER, il est nécessaire de distinguer l'invention de l'innovation. La pratique avancée est une invention, une nouveauté, la création d'une nouvelle activité. Si l'on s'accorde uniquement sur ces faits, elle peut ne rester qu'une invention dogmatique. Elle sera prescrite mais ne fera pas sens. Au contraire, si l'on veut passer de l'invention à l'innovation, il semble nécessaire de créer du sens et de permettre aux acteurs concernés de s'approprier cette nouvelle activité. ALTER recommande ainsi le respect de différentes étapes qui vont de « *l'incitation* », au « *laisser faire* » puis à « *l'institutionnalisation* ». Selon cet auteur, il doit y avoir un équilibre entre la participation, voire même l'acceptation de pratiques plus ou moins transgressives et la prescription nécessaire pendant la phase

¹²⁹ BABEAU, O. (2005, décembre). Le manager et la transgression ordinaire des règles : le cas des sociétés de conseil en management. (Thèse de doctorat pour obtenir le titre de Docteur en Sciences de Gestion). Université Paris Dauphine - Paris IX, Paris. 545p. Retrieved from [HTTPS://TEL.ARCHIVES-OUVERTES.FR/TEL-00145852](https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00145852)

HUAULT, I. (2009). Paul DiMaggio et Walter Powell. Des organisations en quête de légitimité. Les Grands Auteurs En Management, 11p. Retrieved from [HTTP://HALSHS.ARCHIVES-OUVERTES.FR/DOCS/00/67/17/97/PDF/DIMAGGIO_POWELL.PDF](http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/67/17/97/PDF/DIMAGGIO_POWELL.PDF)

¹³⁰ ALTER, N. (2000). L'innovation ordinaire (Broché). Paris. 388p: PUF.

¹³¹ LAIFI, A. (2012). De la légitimité d'un business model innovant. Cas de la bibliothèque numérique Cyberlibris. Revue Française de Gestion, (4), pp 75–89. Retrieved from [HTTP://WWW.CAIRN.INFO/RESUME.PHP?ID_ARTICLE=RFG_223_0075](http://www.cairn.info/resume.php?id_article=rfg_223_0075)

¹³² ARS Ile de France. (2015). Intégration des infirmiers de pratique avancée dans les équipes de soins. Amélioration des pratiques professionnelles paramédicales (p. 44). Saint Denis: ARS Ile de France.

d'institutionnalisation, qui elle, doit permettre d'intégrer dans le champ de l'institution la légitimité de cette nouvelle pratique.

Mais au final, quel en est l'objet ? Non pas seulement le développement de pratiques avancées mais le sens de ce qui est réalisé dans un établissement de santé ; c'est la prise en charge du patient. C'est ce qui donne sens aux actions. Ainsi, quel que soit le poste occupé (gestionnaire, infirmier, médecin, etc.) le but visé est celui de la prise en charge du patient quel que soit la proximité de son activité avec celui-ci. Cela implique donc de resituer le sens. Travailler sur cette question du sens et savoir la resituer semble donc être un moyen permettant l'appropriation de cette nouvelle activité.

Or, la création de sens, l'appropriation se travaillent, s'accompagnent. Au regard de ce qui a été abordé, la réussite de ce projet en dépendra. Il ne s'agit pas simplement de la mise en place de nouvelles pratiques ou de nouvelles règles de fonctionnement puisqu'au-delà c'est une construction sociale qu'il s'agit de « reconstruire ».

Des éléments permettant d'envisager les diverses dimensions permettant la conduite du changement vont alors être abordés.

2.1.3.2 *Evaluer le changement pour l'accompagner :*

Le changement peut s'analyser sous différents angles. Différents points à évaluer vont donc être développés : les acteurs, l'intensité du changement, l'impact du changement sur l'organisation.

2.1.3.2.1 Les acteurs impactés :

Les acteurs impactés par ce changement sont nombreux : médecins, infirmiers, cadres de santé, usagers, autres paramédicaux, direction, etc.

Les réflexions proposées ici ne sauraient être généralisées à tous les acteurs qui composent les organisations de santé. Pour exemple, il ne semble pas envisageable de dire que tous les médecins seront contre ou que tous les infirmiers seront pour. Cela semble être une vision trop restrictive et elle-même répondant à une forme de rationalité limitée. Néanmoins, il apparaît nécessaire de dégager des hypothèses quant aux résistances de ces acteurs.

Selon OREG¹³³, la résistance au changement individuel peut-être de plusieurs natures : réticence à perdre le contrôle, rigidité cognitive, manque de résilience psychologique, intolérance à la période d'ajustement impliquée par le changement, préférence pour les faibles niveaux de stimulation et de la nouveauté et enfin, la réticence à abandonner les vieilles habitudes.

Pour plus de détails sur les risques de résistances au changement des différents acteurs, se référer à ANNEXE 8.

2.1.3.2.2 Prendre en compte l'intensité du changement :

Selon VANDANGEON-DERUMEZ¹³⁴, le changement est tout d'abord une question de perception. Ce qui apparaîtra comme un changement mineur pour certains sera majeur pour d'autres. Et même la perception que nous pouvons avoir de l'impact du changement pour certains ne reflète pas nécessairement leurs propres perceptions. Pour mieux comprendre les enjeux, on peut analyser le projet d'introduction des pratiques avancées en tentant d'évaluer l'impact de celui-ci.

2.1.3.2.3 Prendre en compte l'impact du changement :

L'impact du changement peut se mesurer à plusieurs niveaux : en termes de compétences, rôles et pouvoir, méthodes et valeurs (ANNEXE 9).

L'impact de ce changement entraînera des attitudes de participation ou de retrait en fonction des bénéfices attendus du changement.

2.1.3.2.4 Le bénéfice attendu :

Le bénéfice attendu ne sera pas le même pour tous. Le patient n'attendra pas les mêmes bénéfices du développement des pratiques avancées que les infirmiers ou les médecins. Il semble donc nécessaire de prendre en compte cette notion dans l'analyse du changement. Il faut donc réussir à évaluer les gains et pertes des différentes parties-prenantes face au changement. Elle peut s'avérer intéressante sur un plan macro mais c'est surtout sur un plan micro qu'elle sera plus

¹³³ VANDANGEON-DERUMEZ, I. (2014). Le changement dans les établissements de santé - Support de cours Master 1 Management et Santé. IAE-UPEC.

¹³⁴ Ibid.

pertinente pour la suite. Il s'agit dès lors de réussir à déterminer les caractéristiques des individus selon qu'ils seraient des acteurs « *facilitants, opposants ou indifférents* »¹³⁵.

2.1.3.2.5 Quelques éléments clés à prendre en compte pour accompagner le changement :

Certaines notions apparaissent pertinentes à prendre en compte pour l'accompagnement du changement. Seront donc détaillés : le concept d'engagement, favorisant l'acceptation de nouvelles formes organisationnelles ; la prise en compte des managers opérationnels ; le rôle des dirigeants dans la création de nouveaux possibles ; et enfin, la prise en compte des risques psycho-sociaux liés au changement.

2.1.3.2.5.1 *L'engagement :*

L'engagement peut être défini comme le choix volontaire d'une personne d'adhérer à une situation, choix qui entraîne sa participation et donne un sens à son action. Mais ce concept se travaille. En effet, réussir à obtenir l'engagement d'un individu dans une action est une grande étape vers le succès de celle-ci.

Cela se comprend d'autant plus en se référant aux recherches en sociologie réalisées sur ce concept. En effet, il apparaît que lorsqu'un individu s'engage dans une action, un choix, celui-ci ayant besoin de cohérence, il tendra tant que possible à ne pas trop les remettre en question et à aller encore plus loin jusqu'à y trouver un éventuel bénéfice. C'est ce que STAW¹³⁶ appelle l'escalade de l'engagement. Ainsi, plusieurs phénomènes seront à l'œuvre¹³⁷ : retenir majoritairement les faits qui confirment leurs idées en laissant de côté les aspects négatifs ; mettre en place des stratégies d'autojustification lorsque la situation est en échec et, dans ce cas, s'engager d'autant plus pour se persuader de la justesse de la décision initiale. Par ailleurs, plus la décision aura été librement consentie, plus l'engagement sera fort et ces phénomènes s'observeront.

Un autre point est celui de la force de l'exemple. Voir des individus légitimes s'engager pousse un individu à lui-même s'engager aussi¹³⁸. Il semble ainsi nécessaire de s'appuyer sur des supporters,

¹³⁵ MARCHAND, X. (2014, 2015). Analyse de l'activité et gestion des métiers et des compétences - Support de cours Master 2 MOS. IAE-UPEC.

¹³⁶ STAW, B. M. (1976). Knee-Deep in the Big Muddy: a study of escalating commitment to a chosen course of action. *Organizational Behavior and Human Performance*, 16, pp 27–44.

STAW, B. M. (1981). The escalation of commitment to a course of action. *Academy of Management Review*, 6(4), pp 577–587. Retrieved from <HTTP://AMR.AOM.ORG/CONTENT/6/4/577.SHORT>

¹³⁷ ROYER, I. (1999). Escalade de l'engagement : décideurs et responsabilité : étude du cas "Les Amants du Pont Neuf." *Perspectives En Management Stratégique*.

¹³⁸ Ibid.

des individus légitimés sur un plan hiérarchique ou charismatique. Les travaux de WEBER¹³⁹ sur la légitimité au regard des différentes formes de domination volontaire peuvent ainsi servir de référence. Selon cet auteur, trois formes de domination librement consentie existent : la domination rationnelle légale (qui peut ici être considérée comme la direction ou la hiérarchie), la domination charismatique (la position de leaders charismatiques qui « emmènent » les autres) et la domination traditionnelle. Ces différentes formes de domination ont un lien direct avec la légitimité dans l'action.

Ainsi, tous ces points devront être analysés pour permettre l'engagement des personnes clés quel que soit leur bénéfice perçu à l'origine.

2.1.3.2.5.2 *Le rôle des managers opérationnels :*

Selon AUTISSIER et VANDANGEON-DERUMEZ¹⁴⁰, il faut s'appuyer sur les managers opérationnels pour permettre de conduire le changement. Ils soulignent ainsi qu'« *aujourd'hui, il est possible de dire que les managers opérationnels sont les porteurs de sens du changement, qu'ils le justifient, le formalisent et l'opérationnalisent simultanément.* »

Ils occupent une place qui est située entre les acteurs opérationnels et la direction. Ils sont souvent les traducteurs des besoins et demandes ascendantes comme descendantes. Ainsi, leur adhésion et leur implication dans les projets de changement sont nécessaires. Ils devront donc être impliqués dans le projet de développement des pratiques avancées.

2.1.3.2.6 Le rôle des dirigeants :

SOLE¹⁴¹ développe une théorie selon laquelle, nous vivons dans un monde dans lequel nous créons nos *possibles* et nos *impossibles*. La réalité que nous voyons provient de nous, de ce que nous créons.

Par conséquent, certains changements, certaines solutions ne peuvent être trouvés puisque nous ne sommes pas en mesure d'entrevoir de nouveaux *possibles*. Il donne l'exemple de civilisations dans lequel le chef n'a pas de pouvoir décisionnel. Cela semble être un *impossible* dans la société dans laquelle nous vivons ; néanmoins, cela est *possible*.

¹³⁹ WEBER, M. (1922). *Economie et société*, tome 1 : Les Catégories de la sociologie (Nouvelle). 410p: Pocket.

¹⁴⁰ AUTISSIER, D., & VANDANGEON-DERUMEZ, I. (2007). Pas de changement sans adhésion des managers. *L'Expansion Management Review*, (3), pp 116–129. Retrieved from [HTTP://WWW.CAIRN.INFO/ARTICLE.PHP?ID_ARTICLE=EMR_126_0116](http://www.cairn.info/article.php?id_article=EMR_126_0116)

¹⁴¹ SOLE, A. (2000). *Créateurs de mondes. Nos possibles, nos impossibles.* (Broché). 311p: Editions du Rocher.

Comme cela a été abordé, la profession infirmière est dans une place sociale tenue pour acquise. Il semble alors que redéfinir la place de cette profession tienne d'un *impossible*.

Mais alors que des changements s'imposent, il s'avère que le rôle des dirigeants, des managers, soit de créer un nouveau monde, de permettre une vision d'un monde laissant la place à une forme de créativité entraînant un nouveau champ des possibles.

2.1.3.2.7 Changement et éthique managériale :

Le changement impacte donc de nombreux acteurs. Il s'agit ainsi d'un changement organisationnel, d'un changement culturel, d'un changement dans le travail et donc de la perception des conditions de travail et définitions de nouvelles formes de coopération.

Les effets de ces changements doivent être pris en compte et ne surtout pas être minimisés. Toutes ces mutations peuvent entraîner des craintes, des peurs, du stress et peuvent avoir un impact sur la qualité de vie au travail et par-delà sur la santé au travail¹⁴². Selon l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail Réseau¹⁴³ (ANACT) « (...) *La santé au travail se joue lors de la conception du travail et de son organisation. La mise en place d'environnements favorables dans l'entreprise contribue positivement à cette dynamique utile à sa performance.* ». Comme de nombreuses études l'ont démontré, la qualité de vie au travail a un rôle positif sur la performance¹⁴⁴.

Ainsi, une dimension éthique incombe aux managers qui coordonnent et organisent le travail en se positionnant à l'interface de contraintes médicales, économiques, réglementaires, temporelles et personnelles¹⁴⁵. Ils doivent réussir à concilier un nécessaire équilibre entre, ce que WEBER¹⁴⁶ nommait, l' « *éthique de conviction* » et l' « *éthique de responsabilité* ».

¹⁴² LACHMANN, H., et al. (2010). Bien-être et efficacité au travail – 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail. Rapport Fait À La Demande Du Premier Ministre, 19p. Retrieved from [HTTP://WWW.JEANLOUISRENAULT.COM/POST/2010/02/24/Bien-%C3%A4tre-et-efficacit%C3%A9-au-travail-%E2%80%93-10-propositions-pour-am%C3%A9liorer-la-sant%C3%A9-psychologique-au-travail](http://www.jeanlouisrenault.com/post/2010/02/24/Bien-%C3%A4tre-et-efficacit%C3%A9-au-travail-%E2%80%93-10-propositions-pour-am%C3%A9liorer-la-sant%C3%A9-psychologique-au-travail)

¹⁴³ ANACT. (2011). Promotion de la santé : un nouveau regard sur le travail. Bimestriel Du Réseau Anact Pour L'amélioration Des Conditions de Travail, (339), 16p. Retrieved from [HTTP://WWW.ANACT.FR/PORTAL/PLS/PORTAL/DOCS/1/8626377.PDF](http://www.anact.fr/portal/pls/portal/docs/1/8626377.pdf)

¹⁴⁴ HIRECHE, L. (2004). L'influence de l'éthique des managers sur les comportements au travail et la performance organisationnelle: esquisse d'un modèle conceptuel. Université Paris Dauphine France, 20p. Retrieved from [HTTP://BASEPUB.DAUPHINE.FR/HANDLE/123456789/2883](http://basepub.dauphine.fr/handle/123456789/2883)

¹⁴⁵ COULON, R. (2010). Le cadre de sante entre logiques d'utilité économique et logiques de soins hospitaliers. 2° Journée Transdisciplinaire de Recherche En Management Hospitalier, pp 2–15. Retrieved from [HTTP://HALSHS.ARCHIVES-OUVERTES.FR/DOCS/00/60/21/13/PDF/STRASBOURG_2010_COULON.PDF](http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/60/21/13/pdf/strasbourg_2010_coulon.pdf)

¹⁴⁶ WEBER, M. (1919). Le Savant et le Politique (Poche). 224p: 10 X 18.

Ils se doivent de prendre en considération et d'adopter une dimension éthique dans la relation qu'ils entretiennent avec leurs équipes, et ce d'autant plus dans un processus de changement¹⁴⁷.

Aussi tout changement, si minime soit-il perçu par certains, doit s'analyser et s'accompagner.

2.1.4 Le rôle du consultant :

Le changement abordé est une révolution culturelle, notamment vis-à-vis du patient, qui suppose une remise en cause en profondeur des organisations de travail. L'objectif est donc de réussir gérer à ce bouleversement.

Le rôle du consultant pourra donc consister à :

- Diagnostiquer les valeurs qui changent et leur degré d'importance.

Identifier les croyances non dites qui peuvent bloquer l'acceptation des nouvelles valeurs, comme par exemple l'autonomie et responsabilisation.

Et ainsi, définir ce que veulent dire ces valeurs concrètement pour les dirigeants, pour les cadres de santé, pour les médecins et pour les infirmières ?

Cela peut passer, au préalable, par l'identification et la qualification des comportements observables qui montrent que ces valeurs sont concrètes dans les réalités opérationnelles du terrain.

- Accompagner les dirigeants dans l'incarnation au quotidien : comment ils vont montrer l'exemple ? Qu'est-ce que cela va changer dans leur quotidien et façon de diriger
- Accompagner les managers opérationnels (cadres de santé et cadres supérieurs de santé) en proposant un accompagnement spécifique (individuel ou collectif) qui se situera sur deux plans : leur propre acceptation du changement pour eux-mêmes et la gestion du changement de leur équipe.

¹⁴⁷ BOITTE, P., & COBBAUT, J. (2012). Vers une gouvernance réflexive de la démarche éthique dans les institutions de soins. *Journal International de Bioéthique*, 32(3), pp 15–31. [HTTP://DOI.ORG/10.3917/JIB.233.0015](http://doi.org/10.3917/JIB.233.0015)

BOULA, J. (2010). Cadres de santé et interrogation éthique : éthique de l'encadrement. *Ethique et Santé*, 7, pp 54–70.

2.2 LE PROJET D'ORGANISATION :

Tout ce qui a été abordé dans la partie précédente va permettre de justifier les choix que nous faisons dans la construction opérationnelle du projet.

Il est à noter que cette partie a été élaborée grâce à des connaissances empiriques de gestion de projet mais surtout grâce à l'apport de divers ouvrages, enseignements ou articles. Ceux n'étant explicitement cités par la suite sont recensés en bas de page¹⁴⁸.

2.2.1 Une nécessité, travailler en mode projet :

Selon BOUTINET¹⁴⁹, « (...) à travers les nombreux changements dont nous sommes les acteurs, nous nous sentons entraînés vers un temps prospectif. Et la meilleure façon de s'adapter (...) est

¹⁴⁸ ABAD, M., BELLANGER, A., & JOHANET, S. (2014). Synchroniser les temps médicaux et non médicaux auprès du patient hospitalisé - Démarche méthodologique (p. 80). Paris: ANAP.

ALTER, N. (2000). L'innovation ordinaire (Broché). Paris. 388p: PUF.

AMBROSINO, F., BARRIERE, C., BONNEL, G., DEBOUT, C., & MEURY, P. (2014, November). Etude descriptive transversale : état des lieux des infirmières de pratique avancée, spécialistes cliniques et cliniciennes en France. Salon Infirmier.

ARS Ile de France. (2013). Infirmière clinicienne spécialisée : éléments de cadrage pour les missions, la formation et l'emploi (p. 74). ARS Ile de France.

ARS Ile de France. (2015). Intégration des infirmiers de pratique avancée dans les équipes de soins. Amélioration des pratiques professionnelles paramédicales (p. 44). Saint Denis: ARS Ile de France.

ARS Pays de la Loire. (n.d.). Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences (GPMC). Retrieved from [HTTP://WWW.ARS.PAYSDELALOIRE.SANTE.FR/GESTION-PREVISIONNELLE-DES-MET.118470.0.HTML](http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/GESTION-PREVISIONNELLE-DES-MET.118470.0.HTML)

AUTISSIER, D., VANDANGEON-DERUMEZ, I., & VAS, A. (2010). Conduite du changement : concepts-clés - 2e éd. - 50 ans de pratiques: 50 ans de pratiques issues des travaux des auteurs fondateurs (Broché - 2ème édition). Paris. 257p: Dunot.

BOUTINET, J.-P. (1990). Anthropologie du projet (Broché). Paris. 464p: PUF.

BOUVERESSE, J. (2001). Que veut dire «Faire la même chose»? Archives de Philosophie, (3), pp 479–503. Retrieved from [HTTP://WWW.CAIRN.INFO/RESUME.PHP?ID_ARTICLE=APHI_643_0479](http://www.cairn.info/resume.php?id_article=aphi_643_0479)

DEJOUX, C. (2013). Gestion des compétences et GPEC (2ème édition). Paris. 128p: Dunot.

DUMONT, J.-P. (2013, 2014). Gestion des Ressources Humaines - Support de cours Master 1 Management et Santé. IAE-UPEC.

HABIB, J. (2013, 2014). Systèmes d'information - Support de cours Master 1 Management et Santé. IAE-UPEC.

HERON, M. (2014). La gestion des ressources soignantes : Démarche "métiers compétences" 2012 - Support de cours Master 1 Management et Santé. ESM-IAE-UPEC.

JOVIC, L. (2015, January). Interview. Les pratiques avancées infirmières.

MARCHAND, X. (2014, 2015). Analyse de l'activité et gestion des métiers et des compétences - Support de cours Master 2 MOS. IAE-UPEC.

ROBINEAU-FAUCHON, I. (2013, 2014). Assurance qualité - Démarche Qualité dans les secteurs sanitaire et social - Support de cours Master 1 Management et Santé. ESM-IAE-UPEC.

ROBINEAU-FAUCHON, I. (2014, 2015). Les outils de la qualité - Support de cours Master 2 MOS. ESM-IAE-UPEC.

VALENTIN, C. (2014, avril). A quoi sert la vision entrepreneuriale? Retrieved from [HTTP://EMOSAPIENS.COM/2014/04/QUOI-SERT-LA-VISION-ENTREPRENEURIALE/](http://emosapiens.com/2014/04/QUOI-SERT-LA-VISION-ENTREPRENEURIALE/)

¹⁴⁹ BOUTINET, J.-P. (1990). Anthropologie du projet (Broché). Paris. 464p: PUF.

d'anticiper, de prévoir l'état futur. S'ébauche alors le projet, qui devient pour nous une nécessité (...). »¹⁵⁰.

Développer des pratiques avancées infirmières au sein d'un établissement est un changement pour celui-ci. Que des pratiques ou activités similaires existent déjà ou non, dans tous les cas, le développement et l'institutionnalisation de ces pratiques doivent être définis. Pour se faire, la mise en place d'un projet d'organisation semble en être le moyen incontournable et nécessaire.

2.2.1.1 La singularité du projet :

Comme vu précédemment, un accompagnement au changement doit prendre en compte aussi bien la dimension stratégique que la dimension sociale qui impacte les acteurs. Selon BOUTINET¹⁵¹, « *ce dernier [le projet] se veut toujours une réponse inédite qu'un acteur singulier apporte à une situation elle-même singulière. Il ne saura donc y avoir de projet répétable sauf à vouloir trop facilement manier la contradiction* ». L'ambition de ce travail n'est donc pas de déterminer une méthode clé en main mais de proposer une trame permettant une réflexion à adapter à chaque contexte organisationnel et social.

2.2.1.2 Définir le projet :

Le projet d'organisation consiste en l'introduction d'infirmiers en pratiques avancées dans un établissement.

On peut comprendre ce projet comme un processus. Un processus est un ensemble d'activités transformant des éléments d'entrée en éléments de sortie. Dans ce projet les éléments d'entrées sont les infirmiers en soins généraux et le(s) élément(s) de sortie, l'infirmier en pratiques avancées. Au-delà du processus lui-même, c'est sur son analyse qu'il est important de s'attarder. En effet, ce processus doit avoir un objectif, une finalité et surtout permettre la création de valeur ajoutée. Cette valeur ajoutée se mesure dans l'écart qui existe entre les éléments d'entrée et les éléments de sortie. Ainsi, la création de valeur ajoutée ici tient dans le haut niveau de compétence des infirmiers en pratiques avancées. Cette création de valeur ajoutée doit aussi avoir une utilité, à savoir l'amélioration de la prise en charge des patients et la performance.

Pour ce faire, ce projet est scindé en deux temps : une phase préparatoire puis une phase d'implémentation.

¹⁵⁰ Ibid. P 6

¹⁵¹ Ibid. P 253

2.2.1.3 L'évaluation du projet :

L'évaluation fait partie intégrante du projet. Elle doit être définie dès la phase de démarrage du projet et doit accompagner sa réalisation. En effet, comment savoir si le projet a été correctement mené si l'on ne sait pas d'où on part et ce que vers quoi on tend.

Il faut donc définir des critères mesurables qui permettront de gérer les écarts entre les règles définies initialement et la réalisation effective. (*ANNEXE 10*).

Cette évaluation pourra donc se situer sur les diverses phases abordées et faire l'objet d'actions correctives ou de réajustements.

2.2.2 La phase préparatoire :

Cette phase doit permettre de définir la gouvernance du projet, la vision, la stratégie. Elle permet d'anticiper, c'est-à-dire de mener une réflexion en amont sur toutes les dimensions du projet afin de permettre sa réussite opérationnelle.

Les points qui semblent incontournables comme la définition de la gouvernance du projet, l'évaluation des coûts et gains du projet, et la vision stratégique du projet dans une cohérence globale de l'établissement de santé seront donc développés.

2.2.2.1 Définir la gouvernance :

La gouvernance d'un projet correspond à la façon dont le projet est dirigé et contrôlé. Elle définit le pilotage et le mode de gestion du projet et lui donne une légitimité.

2.2.2.1.1 Définir un COPIL :

Le comité de pilotage (COPIL) réunit l'ensemble des dirigeants concernés par ce projet et permet de réaliser le suivi et de prendre des décisions stratégiques. Ce qui est important c'est d'avoir en son sein des personnes ayant les capacités décisionnelles pour arbitrer les meilleures options du projet. Elles pourront donc prendre des décisions stratégiques, donner les moyens nécessaires et valider les décisions dans tous les domaines concernés ou impactés par le projet.

2.2.2.1.2 Définir la chefferie de projet :

Ce COPIL va désigner la chefferie du projet. Le document de l'ARS Ile de France 2015¹⁵² propose d'avoir un co-pilotage médical et soignant, avec par exemple, le président de la CME et le directeur des soins infirmiers et paramédicaux. Le développement des pratiques avancées impacte majoritairement ces deux professions. La mise en place d'une « double » chefferie de projet peut permettre de légitimer les actions et d'appréhender toutes les dimensions du projet. Ce peut donc être un bon moyen pour réduire les résistances.

Les chefs de projet gèrent le projet. Ils forment les groupes de travail opérationnels et assurent le suivi de l'avancement des actions de ces groupes.

2.2.2.2 *Les coûts et gains envisagés du projet :*

Le projet doit s'inscrire dans une évaluation des gains et coûts (ANNEXE 11). Il semble donc nécessaire d'identifier, de calculer et de valider les gains économiques et les charges liées au projet. On peut retrouver deux types de gains : des gains directs ayant un impact financier que l'on peut appeler gains quantitatifs et des gains qualitatifs en termes d'amélioration de la qualité et gestion des risques. On peut les mesurer à court, moyen ou long terme.

L'intérêt de cette démarche est d'avoir une description précise des gains financiers du projet par le biais d'un support officiel documenté et donc de pouvoir en suivre l'évolution au long du projet et par la suite.

Par ailleurs, le département qualité et gestion des risques pourra lui aussi fournir des éléments permettant d'alimenter cette partie, comme les taux d'évènements indésirables ou de plaintes en rapport avec la compétence, l'organisation de la prise en charge etc.

2.2.2.3 *Définir une charte projet.*

Une charte projet est un document fixant tous les éléments du projet (ANNEXE 12). Elle va servir de trame de travail tout au long du projet. Elle sera réactualisée pour y adjoindre des éléments chiffrés, des indicateurs. Elle peut aussi l'être durant le projet en cas de changements d'objectifs ou de périmètre.

¹⁵² ARS Ile de France. (2015). Intégration des infirmiers de pratique avancée dans les équipes de soins. Amélioration des pratiques professionnelles paramédicales (p. 44). Saint Denis: ARS Ile de France.

2.2.2.4 La vision, étape de définition des besoins :

La vision est une représentation d'une situation idéale. Elle doit prendre en compte aussi bien la poursuite de l'activité de l'établissement en termes de performance que les besoins des patients et les nouveaux besoins à venir.

L'intérêt est de donner du sens au changement, de mobiliser l'engagement des acteurs autour de la vision. Cette phase doit donc permettre une analyse des besoins et des résistances au changement. Elle doit aussi s'appuyer sur une analyse des différentes dimensions dans lesquelles ce projet s'intègre (*ANNEXE 13*).

La mise en place de pratiques avancées doit être en cohérence avec les besoins de l'établissement. Il apparaît donc nécessaire de mettre en place cette démarche dans une perspective globale de stratégie d'établissement à moyen terme. Ce projet doit être défini pour répondre à la question, « que sera mon établissement dans 5 ou 10 ans au regard des défis auxquels j'ai à faire face ? ».

Pourquoi dans 5 à 10 ans ? L'idée n'est pas d'attendre 5 à 10 ans pour développer les pratiques avancées mais de se placer dans une vision prospective. Comme cela a été présenté précédemment, l'établissement de santé d'aujourd'hui ne sera pas identique à celui de demain. Le développement des pratiques avancées doit s'étudier dans une démarche d'anticipation de l'environnement tel qu'il est aujourd'hui, tel qu'il projette d'être demain et des impacts que cela peut engendrer sur la singularité de chaque établissement.

2.2.2.4.1.1 La première phase de la vision :

Elle doit permettre de déterminer, au regard des ressources et contraintes externes et internes, la nature des activités projetées de l'établissement.

Les questions à se poser : Quelles sont les activités clés pour réussir dans 5 ans ? Quelles sont les activités sans lesquelles l'établissement ne peut fonctionner pour permettre de concilier la poursuite de la performance et de la qualité de prise en charge ?

Ainsi, il faut définir les activités qui seront supprimées, développées ou celles qui seront critiques.

Cette réflexion se fait au sein du COPIL. Chaque responsable des différents domaines a une expertise permettant de définir ces activités.

Il s'appuie sur le projet régional de santé, le projet d'établissement, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, le projet de soins, le projet médical, le projet de pôle financier, de ressources humaines et les différents indicateurs. Il peut s'accompagner d'une étude des forces, faiblesses, menaces, opportunités (SWOT).

Les axes peuvent se définir sur tout l'établissement ou en ciblant des secteurs bien particuliers. Cela dépend aussi bien de la taille de la structure que du type d'activité en son sein. Si l'on se réfère à la loi de Pareto, 20% des actions peuvent améliorer 80% des problématiques. Le choix de se concentrer sur certains secteurs critiques pourra alors être fait. Toutefois, un changement global sur l'ensemble d'une structure peut aussi favoriser un dynamisme global de l'établissement et limiter les cloisonnements. Tout ceci dépendra donc des décisions prise lors du COPIL.

A la fin de ce travail, devront être définis des objectifs clairs et précis, mesurables à l'aide d'indicateurs.

2.2.2.4.1.2 La deuxième phase s'appuie sur la première.

La question à se poser : au regard des activités critiques ou à développer, quelles sont les compétences nécessaires à l'atteinte des objectifs ? Les infirmiers en pratiques avancées sont des infirmiers avec un haut niveau de compétences. Celles-ci doivent répondre à un besoin qu'il est nécessaire de préciser.

Cette réflexion peut se faire de groupes de travail restreints et s'appuyer sur l'aide de professionnels experts dans certains domaines concernés. Elle est pilotée par les chefs de projet. Au regard des objectifs fixés et des entités concernées, le groupe de travail opérationnel doit réfléchir aux compétences indispensables. Ces compétences doivent être clairement définies en termes de savoirs, savoir-faire, savoir-être. Elles doivent être portées au regard des missions des infirmiers en pratiques avancées définies selon le modèle ANN HAMRIC, à savoir : la pratique clinique, le leadership, l'enseignement et la formation, le conseil - la consultation - la coopération et enfin, la recherche. Cela permettra la définition des missions attendues de l'infirmier en pratiques avancées. Selon l'ARS¹⁵³, il est nécessaire que l'activité clinique soit répartie sur minimum 50% du temps de travail de cet infirmier.

Ce travail peut mettre en exergue des besoins en compétences dans d'autres professions que celles des infirmiers. Il s'agira donc, au regard des bornes fixées par la charte projet, d'évaluer si ces

¹⁵³ ARS Ile de France. (2015). Intégration des infirmiers de pratique avancée dans les équipes de soins. Amélioration des pratiques professionnelles paramédicales (p. 44). Saint Denis: ARS Ile de France.

compétences doivent faire l'objet d'un travail conjoint ou si celles-ci ne rentrent pas dans le cadre du projet de développement des pratiques avancées.

Les usagers, patients sont également directement concernés par le développement des pratiques avancées. Aussi, leur regard sur la prise en charge peut être très intéressant. L'objet ici n'est pas de leur demander de se substituer aux décisions du COPIL mais de venir incrémenter des réflexions autour des attentes et des compétences attendues et des évolutions de prise en charge.

2.2.2.5 *Le plan de communication :*

Un plan de communication doit être établi (ANNEXE 14). C'est un élément essentiel du projet. Il faut rappeler que la réussite du projet passe aussi par son appropriation par les personnes concernées. Même si l'appropriation ne provient pas uniquement de la communication, elle en est un enjeu important. S'il existe au sein de la structure un référent en communication, il faut s'aider de cette personne.

Ce plan de communication peut se faire de différentes manières suivant la taille de l'établissement de santé et des diverses contraintes relevées. De plus, comme tout projet de ce type, les instances représentatives devront être consultées et informées en début de projet et régulièrement durant sa mise en place.

2.2.3 *La phase d'implémentation :*

Une fois les premières phases réalisées et les objectifs clairs fixés, il s'agit maintenant, au regard de ceux-ci de réaliser un état des lieux afin de savoir d'où l'on part. L'objectif étant, à la fin de cette partie, de réussir à mesurer l'écart entre le réel et le souhaité pour définir les actions concrètes à mener.

Tout d'abord, il s'agit de situer la démarche utilisée pour réaliser un état des lieux. L'objectif n'étant pas de « réinventer la roue » mais de s'appuyer sur des méthodes existantes. On utilisera donc les apports de la méthode GPMC (gestion prévisionnelle des métiers et des compétences, dans les établissements publics) ou GPEC (gestion prévisionnelle des emplois et des compétences dans les établissements privés).

2.2.3.1 Un projet en cohérence avec la démarche GPMC :

Selon, l'ARS Pays de la Loire (2012)¹⁵⁴, la GPMC (ou GPEC) est « *une gestion anticipative et préventive des ressources humaines, permettant de faire évoluer les personnels en fonction des contraintes de l'environnement et des choix stratégiques de l'établissement.* ». C'est donc un outil indispensable et nécessaire dans le projet de développement des pratiques avancées. Nous y retrouvons ainsi le volet ressources humaines et l'évolution des métiers dans une cohérence avec la stratégie et les contraintes de l'établissement de santé.

De nombreux établissements de santé ont d'ores et déjà mis en place cette démarche ou l'ont initié. D'autres établissements ne l'ont pas encore fait. Chaque étape est ici développée. Bien évidemment, en fonction de l'avancement de la démarche GPMC dans chaque établissement, ces différentes phases seront plus ou moins à travailler par celui-ci.

Par ailleurs, même si ce projet peut impacter le domaine médical, administratif ou paramédical et qu'une perspective globale peut être menée, la profession infirmière sera l'unique objet d'étude.

2.2.3.2 L'état des lieux :

Plusieurs dimensions sont à traiter. Les compétences attendues ont été précédemment définies. Ainsi, la question qui se pose est de pouvoir, aujourd'hui, évaluer les compétences actuelles. Cependant, avant d'évaluer les compétences actuelles, il est nécessaire d'aborder une dimension quantitative. Cela semble être la base d'un travail concernant le développement des compétences. Il faut savoir, d'un point de vue quantitatif d'où on part, à savoir quelles sont les ressources infirmières : leur nombre, les postes, etc.

2.2.3.2.1 Etat des lieux quantitatif : la cartographie des métiers :

La cartographie des métiers permet de savoir le nombre de métiers détenus par l'établissement de santé pour que celui-ci fonctionne. Celle-ci pourra être réalisée dans les secteurs concernés par le projet.

Cette cartographie correspond aux métiers réels de l'établissement. Non pas que certains métiers soient irréels mais il peut résider un écart entre les métiers payés et les métiers réellement

¹⁵⁴ ARS Pays de la Loire. (n.d.). Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences (GPMC). Retrieved from [HTTP://WWW.ARS.PAYSDELA LOIRE.SANTE.FR/GESTION-PREVISIONNELLE-DES-MET.118470.0.HTML](http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/gestion-previsionnelle-des-met.118470.0.html)

pratiqués. Pour exemple, une infirmière est faisant-fonction de cadre et qui donc réalise un travail de cadre mais elle est dans une grille indiciaire d'infirmière. Dans la cartographie des métiers, elle sera considérée comme une cadre puisque c'est le métier réel qu'elle occupe. Ou encore, une infirmière qui, pour la majeure partie de son activité, réalise des activités d'aide-soignante devra être considérée comme « aide-soignante » dans la cartographie et non comme « infirmière ». Si l'infirmier réalise plusieurs activités, il ne faut prendre en compte que son activité principale.

Cette cartographie peut se faire en croisant les données des ressources humaines (métiers payés) avec les résultats de questionnaires remplis par les infirmiers sur la base de fiches métiers du répertoire des métiers de la santé et de l'autonomie de la fonction publique hospitalière¹⁵⁵.

Ensuite, il faudra compiler ces données et les mettre au regard des effectifs théoriques, de leur répartition, de la pyramide des âges, des différents types de contrat (CDI, CDD, intérim, vacations), etc.

2.2.3.2.2 L'état des lieux qualitatifs : la cartographie des compétences :

Cette étape doit se fixer sur le réel. Quelles sont, aujourd'hui, les compétences infirmières présentes dans les secteurs dans lesquels les pratiques avancées doivent être développées ?

Les compétences sont définies en fonction de savoirs, savoir-faire et savoir-être en situation (*ANNEXE 6*). C'est donc dans les situations de travail qu'elles doivent être évaluées.

Pour se faire, il faut tout d'abord définir les actes et les situations prépondérantes dans les activités des infirmiers. Ensuite, ils pourront être précisés entre des activités communes et des activités spécifiques. Enfin, il s'agira de les évaluer en situation au regard d'objectifs fixés et selon une grille permettant d'évaluer le niveau d'acquisition de compétences.

Il est aussi nécessaire de prendre en compte les activités réalisées dans le cadre de domaines spécifiques liés à un diplôme de spécialisation (douleur, éducation thérapeutique, etc.) en ce qu'elles peuvent avoir un impact direct sur les compétences nécessaires pour l'avenir.

Cette phase est assez longue à réaliser. Néanmoins, la suite du projet passe par sa réalisation et sa réussite.

¹⁵⁵ Répertoire des métiers de la santé et de l'autonomie de la fonction publique hospitalière. (2015). Repéré à [HTTP://WWW.METIERS-FONCTIONPUBLIQUEHOSPITALIERE.SANTE.GOUV.FR/](http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/)

2.2.3.3 *Mesurer l'écart :*

Mesurer l'écart entre le souhaité et le réel permet de définir les objectifs-clés du développement des pratiques avancées. Cela doit se formaliser sous la forme d'objectifs clairs, mesurables à l'aide d'indicateurs.

Cette mesure d'écart doit donc comprendre la définition des compétences présentes, le niveau d'expertise dans la compétence, mais aussi les compétences absentes. Elle doit aussi tenir compte des apports de la cartographie des métiers et de la pyramide des âges (par exemple pour un infirmier avec un grand niveau d'expertise mais qui part en retraite dans peu de temps).

2.2.3.4 *Plan de formation :*

Les besoins en développement des compétences ont été fixés. Il s'agit alors de définir la formation nécessaire. Ensuite, un appel à candidature peut être réalisé et cette formation inscrite au plan de formation de l'établissement.

Le budget doit être alloué pour permettre sa réalisation.

Le service des ressources humaines pourra accompagner l'infirmier ou les infirmiers dans la recherche de la formation. Celle-ci doit correspondre tant aux objectifs fixés qu'aux souhaits de cet infirmier et de-là, à l'adéquation avec le dispositif de développement professionnel continu (DPC).

2.2.3.5 *L'accompagnement à la prise de poste :*

La formation terminée, l'accompagnement de la mise en œuvre concrète des pratiques avancées doit lui, aussi, faire l'objet d'une attention particulière. DEBOUT¹⁵⁶ souligne l'importance de cet accompagnement. Plusieurs études ont notamment indiqué les difficultés de prise de poste des jeunes infirmiers de pratiques avancées et particulièrement lorsque l'activité est nouvelle dans un établissement de santé.

Cet accompagnement se situera tout d'abord sur un plan institutionnel par la définition d'une fiche de poste, l'intégration dans un organigramme et la précision des liens hiérarchiques et fonctionnels. Elle se situera aussi sur un accompagnement lors de la prise de poste : accueil, information, bureau, moyens logistiques, etc.

¹⁵⁶ DEBOUT, C. (2012). Infirmières de pratiques avancées et défis de santé publique. Soins cadres, 21(81), pp 14–17. P16-17

Il s'agira ensuite de déterminer, avec l'infirmier en pratiques avancées, des indicateurs permettant de réaliser le suivi et l'évaluation de son activité. L'ARS Ile de France¹⁵⁷ propose une liste d'indicateurs (ANNEXE 15).

Enfin, il faudra rendre visible l'activité sur les actions engagées et le travail en collaboration. Il est donc nécessaire de poursuivre la communication.

¹⁵⁷ ARS Ile de France. (2015). Intégration des infirmiers de pratique avancée dans les équipes de soins. Amélioration des pratiques professionnelles paramédicales (p. 44). Saint Denis: ARS Ile de France. Pp 14-15

CONCLUSION :

Ce travail a permis de définir une méthode d'accompagnement d'un établissement de santé au développement des pratiques avancées. Ainsi, si la problématique était de comprendre comment passer d'un modèle conceptuel à une intégration concrète, il semble que cela doive se réaliser selon plusieurs séquences : une nécessaire compréhension de tous les enjeux et défis du contexte médico-socioéconomique français, une définition précise des enjeux et contours du concept de pratiques avancées, une réflexion sur l'accompagnement au changement et enfin la définition d'un projet d'organisation.

Toutes les mutations à venir vont profondément réorganiser le système de santé. Se profile un changement de paradigme d'une offre multiple qui tente de répondre aux besoins de santé de la population, vers une évaluation des besoins de santé de la population pour y répondre en termes d'offre de soins adaptée.

Ainsi, l'établissement de santé lui-même va être directement impacté. Celui-ci, va devoir adapter son offre de soins à des besoins nouveaux dans une perspective qui ne sera plus hospitalo-centrée mais décloisonnée entre des prises en charge sanitaires, sociales et médico-sociales. Suite à ce qui a été indiqué, cela passera très probablement par le développement des compétences des professionnels de santé.

En se plaçant dans une démarche prospective, ce projet a permis de mettre en évidence que le développement des pratiques avancées infirmières au sein d'un établissement de santé peut répondre aux défis à venir tant sur un aspect d'amélioration de la performance que de qualité de prise en charge des patients accueillis.

Il semble aussi, au décours de ce travail, que ce changement ne soit pas si simple que cela à réaliser. En effet, ce changement est un bouleversement dans un environnement hautement institutionnalisé. Par conséquent, même si les pratiques avancées peuvent se développer dans une cohérence avec la stratégie d'un établissement de santé, leur mode d'introduction ne doit pas être laissé au hasard. Cela doit passer par la définition d'un projet institutionnel mais aussi par un accompagnement au changement. Au-delà, comme ce projet l'a montré, cette introduction devra se réaliser dans le contexte et la singularité propre à chaque établissement.

Par ailleurs, il est intéressant de noter tout l'intérêt de ce sujet puisque durant sa réalisation, l'ARS Ile de France¹⁵⁸ a publié un « *guide d'intégration des infirmiers de pratiques avancées dans les équipes de soins* ». Ce sujet est donc d'actualité et comme cela a été expliqué, il doit être anticipé.

Si ce projet a permis de réaliser une évaluation des actions à mettre en œuvre au regard de lectures et recherches, il serait désormais nécessaire de valider sa réalisation sur un plan empirique. Ce travail n'est donc pas une fin en soi. Il ne doit pas uniquement rester au stade de projet mais doit faire l'objet d'un développement concret dans le contexte réel d'un établissement de santé. En effet, l'évaluation de sa réussite, au-delà de la capacité à avoir pris en compte une vision globale et exhaustive des différents enjeux et perspectives, pourra être réalisée lors de la mise en œuvre concrète de ce celui-ci par un établissement de santé.

Par ailleurs, un concept qui a été abordé, la légitimité, pourrait faire l'objet d'une étude plus approfondie. A partir du moment où cette activité aura été mise en place dans un établissement de santé, il pourrait être intéressant d'analyser les processus de légitimation à l'œuvre. En effet, sur la base d'un recensement de données académiques issues de travaux de recherche, il a été montré que ce n'est pas parce que cette nouvelle activité est définie par une règle coercitive ou organisationnelle qu'elle sera pour autant légitimée. La question qui se posera alors est de savoir comment ces infirmiers en pratiques avancées vont réussir à asseoir leur légitimité dans cet environnement hautement institutionnalisé ?

¹⁵⁸ ARS Ile de France. (2015). Intégration des infirmiers de pratique avancée dans les équipes de soins. Amélioration des pratiques professionnelles paramédicales (p. 44). Saint Denis: ARS Ile de France.

SOMMAIRE DES ANNEXES :

Annexe 1 : Evolution de la population Française depuis le 19ème siècle

Annexe 2 : Evolution de l'espérance de vie en France depuis le 19ème siècle

Annexe 3 : Part des personnes de 65 ans et plus dans la population française

Annexe 4 : Répartition des ALD par tranche d'âge

Annexe 5 : Densité médicale des médecins généralistes en France

Annexe 6 : Lexicographie

Annexe 7 : Synthèse des pratiques avancées dans le monde

Annexe 8 : Evaluation des résistances possibles au changement

Annexe 9 : Impacts du changement

Annexe 10 : Evaluation du projet

Annexe 11 : Evaluation et coûts et gains du projet

Annexe 12 : Eléments à intégrer dans la charte projet

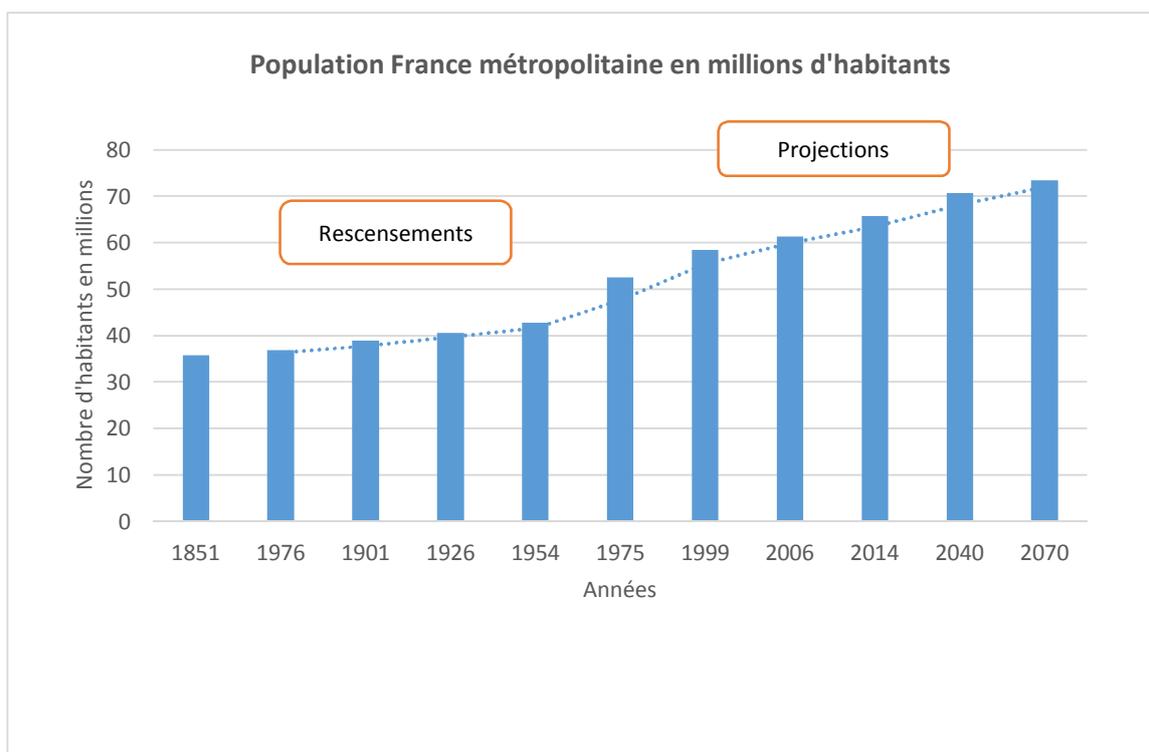
Annexe 13 : Les dimensions du projet

Annexe 14 : Le plan de communication

Annexe 15 : Indicateurs de suivi du développement des pratiques avancées

ANNEXE 1

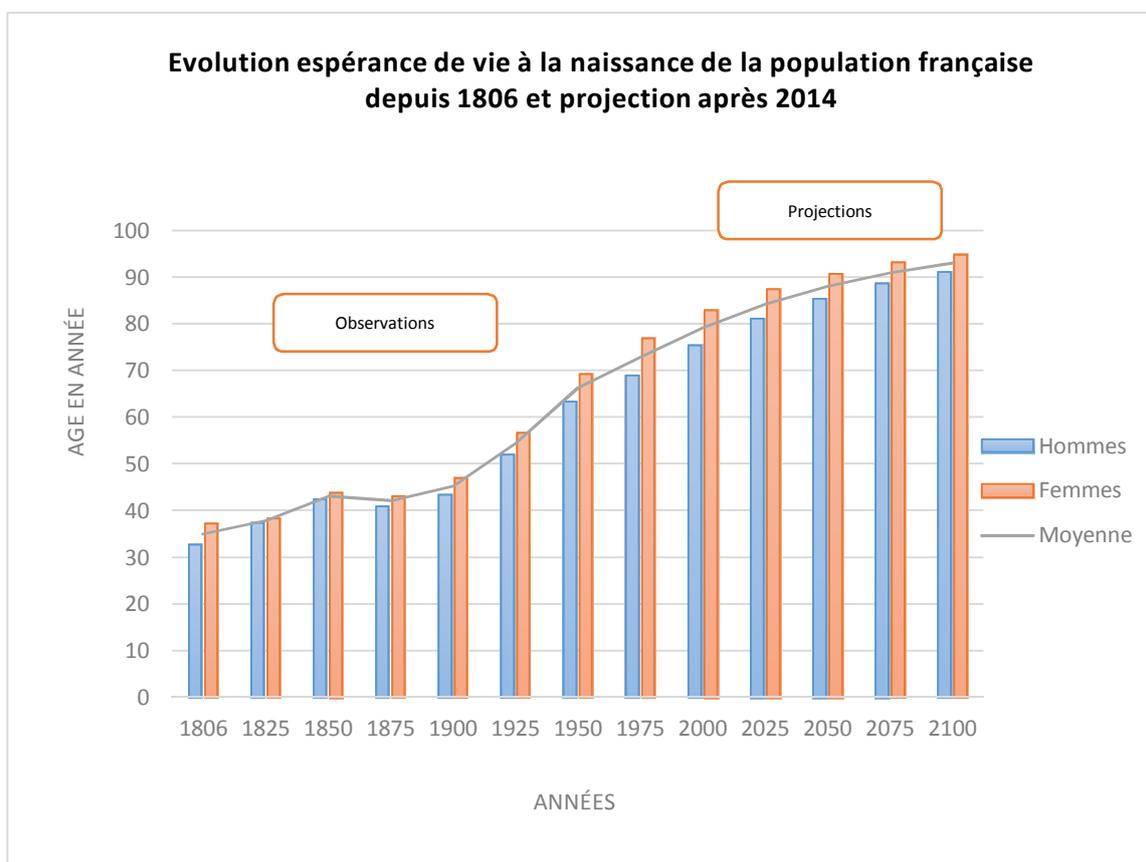
ÉVOLUTION DE LA POPULATION FRANÇAISE DEPUIS LE 19ÈME SIÈCLE :



Données retraitées à partir de INED¹⁵⁹.

¹⁵⁹ INED. (n.d.). L'espérance de vie en France depuis 18ème siècle. Retrieved from [HTTP://WWW.INED.FR/FR/TOUT-SAVOIR-POPULATION/GRAPHIQUES-CARTES/GRAPHIQUES-INTERPRETES/ESPERANCE-VIE-FRANCE/](http://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/graphiques-cartes/graphiques-interpretes/esperance-vie-france/)

EVOLUTION DE L'ESPERANCE DE VIE EN FRANCE DEPUIS LE 19EME SIECLE :

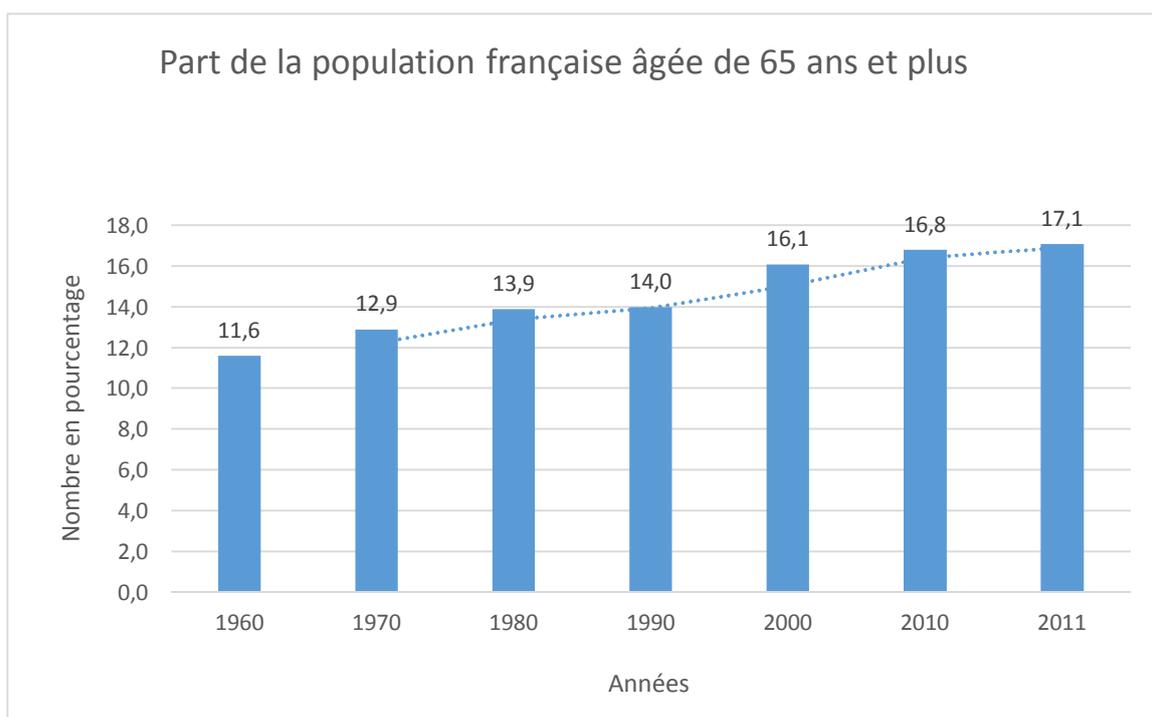


Données retraitées à partir de INED.¹⁶⁰

¹⁶⁰ VALLIN, J., et al. (2001). Tables de mortalité françaises pour les XIXe et XXe siècles et projections pour le XXIe siècle. Paris: INED. Retrieved from [HTTP://WWW.INED.FR/FR/TOUT-SAVOIR-POPULATION/GRAPHIQUES-CARTES/GRAPHIQUES-INTERPRETES/ESPERANCE-VIE-FRANCE/](http://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/graphiques-cartes/graphiques-interpretes/esperance-vie-france/)

ANNEXE 3

PART DES PERSONNES DE 65 ANS ET PLUS DANS LA POPULATION FRANÇAISE :

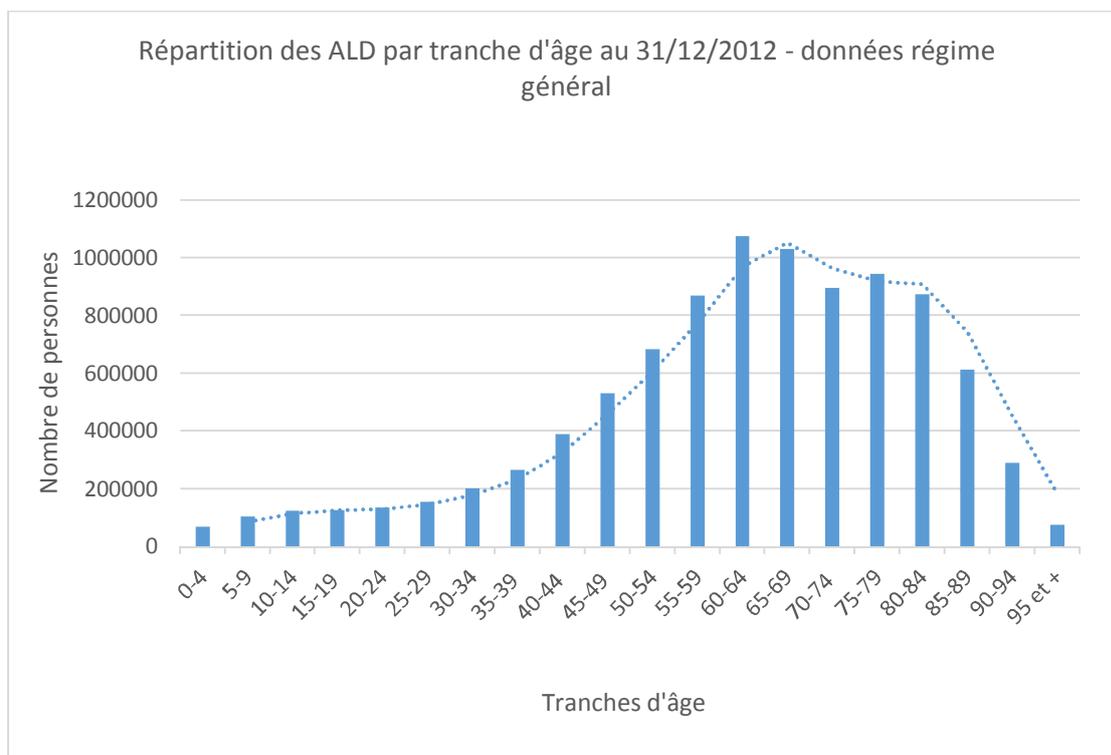


Données retraitées à partir de OCDE¹⁶¹

¹⁶¹ OECDiLibrary. Statistiques de l'OCDE sur la santé. Retrieved from [HTTP://WWW.OECD-ILIBRARY.ORG/SOCIAL-
ISSUES-MIGRATION-HEALTH/DATA/STATISTIQUES-DE-L-OCDE-SUR-LA-SANTE HEALTH-DATA-FR](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/statistiques-de-l-ocde-sur-la-sante_health-data-fr)

ANNEXE 4

REPARTITION DES ALD PAR TRANCHE D'AGE :



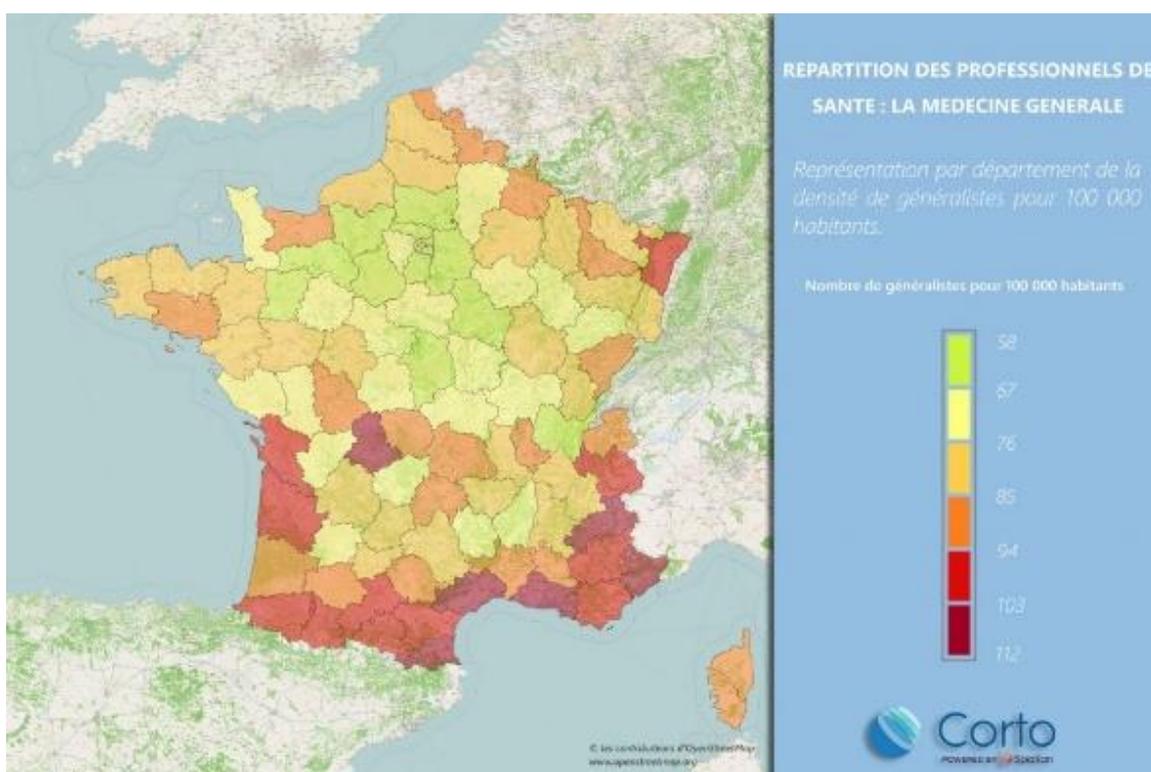
Source Ameli.fr¹⁶²

¹⁶² AMELI. (2015, Février). Affections de longue durée - Prévalence - ALD 2012 - Tableau II. Retrieved from [HTTP://WWW.AMELI.FR/L-ASSURANCE-MALADIE/STATISTIQUES-ET-PUBLICATIONS/DONNEES-STATISTIQUES/AFFECTION-DE-LONGUE-DUREE-ALD/PREVALENCE/FREQUENCE-DES-ALD-AU-31-12-2012.PHP](http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/frequence-des-ald-au-31-12-2012.php)

ANNEXE 5

DENSITE MEDICALE DES MEDECINS GENERALISTES EN FRANCE :

La carte ci-dessous nous en donne un exemple en représentant la densité de médecins généralistes en France en 2010.¹⁶³



¹⁶³ SPALLIAN. (2014). Répartition des professionnels de santé en France. Retrieved from [HTTPS://WWW.DATA.GOUV.FR/FR/REUSES/REPARTITION-DES-PROFESSIONNELS-DE-SANTE-EN-FRANCE/](https://www.data.gouv.fr/fr/reuses/repartition-des-professionnels-de-sante-en-france/)

LEXICOGRAPHIE :

Infirmier diplômé d'Etat – infirmier en soins généraux :

Les deux termes renvoient à la même chose. Si le premier est issu du champ réglementaire français, le deuxième correspond à la même définition mais sur un plan européen. L'infirmier en soins généraux est en France, l'infirmier diplômé d'Etat. Nous utiliserons les deux termes mais en abordant l'exercice en pratiques avancées sur un plan international, nous préfererons l'emploi d'infirmier en soins généraux.

Le genre : dans de nombreux écrits, il est fait mention de l'infirmière en pratiques avancées, de l'infirmière clinicienne ou de l'infirmière praticienne. Le genre utilisé est féminin mais il doit se comprendre aussi bien au masculin qu'au féminin.

Métier / profession

Ces deux termes s'emploient fréquemment l'un pour l'autre. Néanmoins, de nombreux travaux académiques précisent qu'il faut distinguer les deux.

Nous utiliserons le terme de profession pour aborder la profession infirmière et ce, pour plusieurs raisons. Tout d'abord, selon WILENSKI¹⁶⁴, « *pour être reconnue comme une profession, une occupation (...) doit acquérir successivement six caractères : être exercée à plein temps, comporter des règles d'activité, comprendre une formation et des écoles spécialisées, posséder des organisations professionnelles, comporter une protection légale du monopole, avoir établi un code de déontologie* ». De plus, selon TOURMEN¹⁶⁵, « (...) à partir du moment où un métier est caractérisé par une structuration forte de l'accès au marché du travail (fermeture) que ses membres contrôlent, une identité largement revendiquée et reconnue socialement, des savoir-faire spécifiques bien identifiés, alors on pourra parler de profession. »

¹⁶⁴ BRONNER, G., & STEBE, J.-M. (1970). Les gardiens-concierges : d'un métier à une profession. In *Espaces et sociétés : revue critique internationale de l'aménagement, de l'architecture et de l'urbanisation* / dir. publ. Serge Jonas (p. pp 211–228). Éd. Anthropos (Paris). Retrieved from [HTTP://GALLICA.BNF.FR/ARK:/12148/BPT6K5619649T/F219.IMAGE](http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/BPT6K5619649T/F219.IMAGE) P218

¹⁶⁵ TOURMEN, C. (2007). *Activité, tâche, poste, métier, profession : quelques pistes de clarification et de réflexion*. *Santé Publique*, 19(0), 15p. [HTTP://DOI.ORG/10.3917/SPUB.070.0015](http://doi.org/10.3917/SPUB.070.0015) P7

La notion de compétence :

La compétence est aussi une notion complexe. Elle a été beaucoup travaillée en ergonomie, en sociologie. De ces travaux, il ressort majoritairement 5 critères qui semblent la définir : des savoirs, des savoir-faire, un savoir-être, dans une situation de travail déterminée et de la réflexivité.

Les savoirs sont un « *Ensemble des connaissances d'une personne ou d'une collectivité acquises par l'étude, par l'observation, par l'apprentissage et/ou par l'expérience.* »¹⁶⁶.

Le savoir-faire est un ensemble de pratiques, techniques ou méthodes permettant de réaliser son activité de travail.¹⁶⁷

« *Le savoir-être (ou qualités personnelles) correspond à la capacité de produire des actions et des réactions adaptées à l'environnement humain et écologique* »¹⁶⁸.

La situation de travail : la situation de travail selon Mayen¹⁶⁹, semble être un critère nécessaire à la définition de la compétence. En effet, les savoirs, savoir-faire et savoir-être sont utilisés dans un contexte bien précis. « *La compétence est située, c'est-à-dire toujours relative à une situation ou à une classe de situations* »¹⁷⁰.

La réflexivité est une forme de mise en miroir sa propre manière d'agir ou de penser. Au-delà de la réflexion qui permet à l'acteur de s'interroger sur un objet et/ou sujet donné, la réflexivité traite de la manière dont l'acteur s'interroge sur l'objet et/ou le sujet en question.

Ainsi, lorsque nous aborderons de la notion de compétence c'est dans l'interconnexion entre ces différentes notions que nous la comprendrons.

Dans le rapport de 2003, MATILLON¹⁷¹ définit la notion de compétence « *comme "la mise en œuvre d'une combinaison de savoirs (connaissances, savoir-faire, comportement et expérience) en situation" (Medef 1998, LeBoterf 1996, Zarifian 2000)* ». »

Précisons tout de même que la notion de compétence n'a pas nécessairement de lien direct avec celle de l'expérience, il faut savoir distinguer les deux. Selon la définition que nous avons posée

¹⁶⁶ Définition savoirs. CNRTL. Repéré à <http://www.cnrtl.fr/definition/savoirs>

¹⁶⁷ Définition savoir-faire. CNRTL. Repéré à <http://www.cnrtl.fr/definition/savoir-faire>

¹⁶⁸ Définition savoir-être source Wikipédia. Repéré à <http://fr.wikipedia.org/wiki/Savoir-%C3%AAtre>

¹⁶⁹ MAYEN, P., et al. (2010). Les situations de travail. Recherche et Formation, 64, pp 31–46. Retrieved from <HTTP://RECHERCHEFORMATION.REVUES.ORG/191>

¹⁷⁰ Ibid.

¹⁷¹ MATILLON, Y. (2003). Modalités et conditions d'évaluation de la compétence professionnelle des différents métiers de la santé. (p. 94). Paris: Ministère de la Santé et de la famille et des personnes handicapées, Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche.

de la compétence, on comprend que l'on peut être expérimenté sans pour autant pouvoir répondre aux critères de la compétence.

L'expertise : la notion d'expertise est reprise selon les travaux de BENNER¹⁷². Selon l'auteur, il existe 5 phases pour acquérir et développer la compétence : novice, débutant, compétent, performant, expert. L'expert est alors défini comme « *capable de passer du stade de la compréhension à l'acte sans s'appuyer sur les principes analytiques (...). Sa grande expérience lui donne une vision intuitive de la situation et lui permet d'appréhender un problème sans se perdre dans un large éventail de solutions et de diagnostics stériles. (...) L'infirmière experte cultive la notion de « ce qui est possible ». Ses interventions sont souples et montrent un niveau élevé d'adaptation et de compétence.* ».

Ainsi, l'obtention d'un diplôme signifie la validation de savoirs et de savoir-faire mais n'implique pas non plus nécessairement la compétence. Un jeune diplômé devra développer ces savoirs et savoir-faire en situation pour développer la compétence.

Le travail, les activités, les actes et les tâches :

L'activité correspond à l'ensemble des actions réalisées pour effectuer son travail dans le cadre de ses fonctions. Elles peuvent être précisées en termes d'actes ou de tâches à réaliser.

Le travail, lui, peut être précisé selon deux champs : le travail prescrit et le travail réel¹⁷³. Le travail prescrit comporte l'ensemble des règles définies pour un travail donné. Cela peut se matérialiser par une fiche de poste, des procédures, des tâches à réaliser, etc. Le travail réel est le travail effectif des individus dans une organisation. Le professionnel va devoir réaliser une tâche et va adapter la règle prescrite pour répondre aux besoins de sa situation de travail, de son activité.

Les notions de coopération, coordination et délégation :

Ce sont des termes que nous emploierons dans la suite de ce projet. Ils ont un sens bien particulier et, pour le préciser, nous utiliserons les définitions données par le CNRTL.

Coordination « *Mise en ordre, agencement calculé des parties d'un tout selon un plan logique et en vue d'une fin déterminée* »¹⁷⁴

¹⁷² SIDERAL-Santé, P. (n.d.). Résumé de l'ouvrage de BENNER P. De novice à expert. Excellence en soins infirmiers. Résumé d'ouvrage. Retrieved from [HTTP://WWW.SIDERALSANTE.FR/BIBLIOTHEQUE/BENNER.PDF](http://www.sideralsante.fr/bibliotheque/benner.pdf) P3

¹⁷³ ALTER, N. (2000). L'innovation ordinaire (Broché). Paris. 388p: PUF. P281

¹⁷⁴ Définition coordination. CNRTL. Repéré à <http://www.cnrtl.fr/definition/coordination>

Coopération : « Action de participer (avec une ou plusieurs personnes) à une œuvre ou à une action commune »¹⁷⁵

Délégation : « Action de charger quelqu'un d'une mission, généralement officielle, avec tout pouvoir pour la remplir; action de transmettre, de confier quelque chose, généralement des attributions officielles, à quelqu'un »¹⁷⁶

Pluri-professionnels et pluridisciplinaire :

Pluridisciplinarité implique la participation de plusieurs personnes de disciplines différentes au sein d'une même profession. La pluri-professionnalité implique, quant à elle, la participation de plusieurs personnes de professions différentes. Lorsque nous aborderons les pratiques avancées et la notion de collaboration, elle s'entendra sous l'angle d'un travail pluri-professionnel. Le terme pluridisciplinaire semble trop restrictif.

¹⁷⁵ Définition coopération. CNRTL. Repéré à <http://www.cnrtl.fr/definition/coopération>

¹⁷⁶ Définition délégation. CNRTL. Repéré à <http://www.cnrtl.fr/lexicographie/d%C3%A9l%C3%A9gation>

ANNEXE 7

SYNTHESE DES PRATIQUES AVANCEES DANS LE MONDE :

Données issues de (Delamaire & Lafortune, 2010)¹⁷⁷

Pays	Dénomination	Tâches	Niveau de formation
Australie	Infirmières en pratique avancée "Advanced Practice Nurses" (infirmières cliniciennes, consultantes)	<ul style="list-style-type: none"> - tâches cliniques / techniques : <ul style="list-style-type: none"> • consultations infirmières avancées et diagnostics (évaluation physiologique et psychologique avancée) • prescription des médicaments avec supervision des médecins (bien qu'il y ait des variations dans les droits de prescription selon les états) • tri / orientation des patients par ordre de priorité - enseignement et recherche - tâches liées aux qualités de commandement (leadership) - tâches liées à la diffusion de l'expertise - tâches liées à l'amélioration de la qualité 	Diplôme Bac+4 (« Graduate diploma » ou Master)
	Infirmières praticiennes	<ul style="list-style-type: none"> - tâches cliniques / techniques identiques à celles des infirmières en pratique avancée -tâches cliniques / tâches additionnelles : <ul style="list-style-type: none"> • prescription et interprétation de tests de diagnostic (incluant la prescription de rayons X et celle d'ultrasons) • management d'une gamme de maladies chroniques (suivi, contrôle, éducation thérapeutique et conseils sur le mode de vie pour des cas non aigus) • prescription de médicaments sans supervision médicale • vaccination sans prescription de médecin • transfert des patients aux spécialistes 	Master
Canada	Infirmières praticiennes 2 catégories: a-soins primaires (Infirmières praticiennes de famille ou pour tous les âges) b-soins aigus (adultes, enfants et néonataux)	<ul style="list-style-type: none"> - fournir l'ensemble des soins aux clients de tout âge incluant la promotion de la santé et la prévention des maladies, les soins curatifs, de réadaptation et les soins palliatifs - dans les structures de soins primaires, le soin curatif peut impliquer le diagnostic et le traitement de maladies et de blessures bénignes aiguës, et le contrôle / le management de maladies chroniques stables - dans les structures de soins aigus, le soin curatif peut impliquer le diagnostic et le traitement des patients qui ont des maladies aiguës ou chroniques. - prescrire et interpréter des tests de diagnostic (incluant les rayons X, les ultrasons et les tests de laboratoire) - prescrire des médicaments sans la supervision des médecins (bien qu'il y ait des variations dans les droits de prescription selon les provinces) - exécuter des procédures spécifiques dans le cadre du champ de pratique autorisé - transfert des patients aux spécialistes (bien qu'il y ait des variations selon les provinces) 	Master pour toutes celles en soins aigus Master pour celles en soins primaires dans toutes les provinces à l'exception de 3 (Ontario, Saskatchewan, Newfoundland /Labrador)

¹⁷⁷ DELAMAIRE, M.-L., & LAFORTUNE, G. (2010). Les pratiques infirmières avancées : Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés (p. 118). OCDE. Retrieved from [HTTP://DX.DOI.ORG/10.1787/5KM4HV77VW47-FR](http://dx.doi.org/10.1787/5KM4HV77VW47-FR)

	Infirmières cliniciennes spécialisées	<ul style="list-style-type: none"> - évaluer les patients, développer ou contribuer au plan de soins et intervenir dans des situations complexes dans le cadre de la spécialité clinique sélectionnée - conduire des consultations pour les patients, conseiller les infirmières et autres professionnels de santé pour améliorer les soins et traiter des questions complexes - aider le personnel infirmier effectuant des soins directs par l'enseignement clinique et la promotion des meilleures pratiques - examiner la recherche disponible et donner un avis d'expert pour déterminer les applications les plus efficaces - conduire le développement et l'application des recommandations cliniques - faciliter le changement 	Master
Chypre	Infirmières spécialisées dans le diabète	<ul style="list-style-type: none"> - consultations infirmières avancées et diagnostics pour les patients diabétiques - suivi, contrôle, éducation thérapeutique et conseils sur le mode de vie pour des cas non aigus - transfert des patients aux spécialistes 	Spécialisation avec des programmes de formation de courte durée terme ou des cours de 12 à 18 mois suite à un diplôme universitaire de premier cycle
	Infirmières en psychiatrie dans la « communauté »	<ul style="list-style-type: none"> - consultations infirmières avancées et diagnostics (évaluation psychologique avancée) - suivi et contrôle pour des cas non aigus) - transfert des patients aux spécialistes 	
	Infirmières en psychiatrie	<ul style="list-style-type: none"> consultations infirmières avancées et diagnostics (évaluation psychologique avancée) - orientation/tri des patients par ordre de priorité (selon la formation) 	
	Infirmière dans la « communauté » (incluant les « health visitors »)	<ul style="list-style-type: none"> - consultations infirmières avancées et diagnostics (évaluation physiologique et psychologique avancée) - vaccination sans prescription de médecin (« health visitors » seulement) - tri/orientation des patients par ordre de priorité (selon la formation) - transfert des patients aux spécialistes - management d'une gamme de maladies chroniques (suivi pour des cas non aigus, éducation thérapeutique et conseils sur mode de vie 	
Etats-Unis	Infirmières cliniciennes spécialisées	<ul style="list-style-type: none"> - intégrer les soins dans la continuité du traitement - promouvoir l'amélioration des soins infirmiers et des résultats des patients - développer les meilleures pratiques pour réduire la douleur des patients - faciliter une prise de décision éthique - diagnostiquer et traiter les patients à différents stades de la maladie ou en prévention - gérer les maladies et promouvoir la santé - prévenir les maladies et les comportements à risques parmi les individus, les familles, les groupes et les communautés 	Master (suivi par un examen national officiel)
	Infirmières praticiennes	<ul style="list-style-type: none"> - diagnostiquer et traiter les patients à la fois dans les soins primaires et aigus - fournir un bilan initial incluant tous les antécédents du patient, réaliser les examens physiques et autres bilans de santé ainsi que les activités de dépistage - traiter et gérer les patients avec des maladies aiguës et chroniques incluant la prescription de tests de laboratoire, la prescription de médicaments et l'orientation appropriée des patients et de leurs familles. - prendre en charge la promotion de la santé, la prévention des maladies, l'éducation thérapeutique et le conseil 	
République Tchèque	Infirmières spécialisées	<ul style="list-style-type: none"> - consultations infirmières avancées et diagnostics - prescription et interprétation de tests de diagnostic (incluant des prescriptions de tests de laboratoire) 	2 ou 3 ans de spécialisation avec une

		- management de maladies chroniques (suivi pour des cas non aigus, éducation thérapeutique et conseils sur mode de vie)	attestation (examen)
	Infirmières avec diplôme de Master dans une discipline clinique	- consultations infirmières avancées et diagnostics - prescription et interprétation de tests de diagnostic (incluant des prescriptions de tests de laboratoire)	Master
Finlande	Infirmières de Santé Publique (avec un diplôme supérieur)	- consultations infirmières avancées et diagnostics (évaluation physiologique et psychologique avancée) - prescrire et exécuter des tests de diagnostic (incluant des ultrasons / échographies basées sur le programme national de dépistage et de conseils dans les structures de maternité dans les soins primaires) - management d'une gamme de maladies chroniques (suivi, contrôle, éducation thérapeutique et conseils sur le mode de vie pour des cas non aigus) - transfert des patients aux spécialistes (patientes envoyées aux consultations externes des hôpitaux)	Diplôme Supérieur (postgraduate diploma) (30-60 ECTS soit environ 750 à 1500 heures) ou
	Infirmières avec un diplôme supérieur	- consultations infirmières avancées et diagnostics (évaluation physiologique et psychologique avancée) - prescrire et exécuter des tests de diagnostic (échographie dans les hôpitaux) - management d'une gamme de maladies chroniques (suivi et contrôle pour des cas non aigus, éducation thérapeutique) - management d'une gamme de problèmes de santé aigus (examen des symptômes du patient et évaluation des besoins de soins pour les infections et les blessures mineures) - tri/orientation des patients par ordre de priorité	Master (60-90 ECTS soit environ 1500 à 2250 heures)
Irlande	Infirmières cliniciennes spécialisées	Application des connaissances et compétences spécialisées pour améliorer la qualité des soins. Le rôle inclut: - évaluation, planification et fourniture des soins - participation à la recherche infirmière et à sa diffusion ainsi qu'à des audits - travail étroit avec les collègues médecins et paramédicaux, incluant des modifications des options cliniques prescrites en accord avec les protocoles convenus - donner des conseils concernant l'enseignement et la pratique clinique aux collègues infirmières et à l'équipe interdisciplinaire élargie. - prescription de médicaments et d'imagerie diagnostique [exemple : rayons X] (avec une formation initiale et continue additionnelle et une inscription à un registre) Le NCNM (2008a) définit les normes et exigences de ces postes.	Diplôme de premier cycle universitaire depuis 2002, complété par un diplôme additionnel («Postgraduate diploma») dans un domaine spécialisé.
	Infirmières praticiennes avancées	Les concepts de base des infirmières praticiennes avancées incluent l'autonomie dans la pratique clinique, l'expertise, la qualité de commandement (leadership) et la recherche. Fonctions additionnelles par rapport aux infirmières cliniciennes spécialisées : - autonomie d'exercice telle que la gestion d'une structure d'urgence pour des blessures mineures - « case management » et suivi, contrôle, éducation thérapeutique et conseils sur le mode de vie pour une gamme de patients avec des maladies chroniques - prescription de médicaments et d'imagerie diagnostique (par exemple, rayons X) en suivant un protocole (supervision médicale) ou de manière indépendante avec la formation initiale et continue reconnue, et l'inscription à un registre - autres diagnostics: échocardiographie/ prescription de tests de laboratoire Le NCNM (2008b) définit les normes et exigences de ces postes.	Master

Royaume-Unis	Infirmières cliniciennes spécialisées	<ul style="list-style-type: none"> - consultations infirmières avancées et diagnostics (évaluation physiologique et psychologique avancée), selon la formation et le niveau de compétences - prescription et interprétation des tests de diagnostic (incluant la prescription de rayons X, d'ultrasons/échographies, prescription de tests de laboratoire), selon la formation et niveau de compétences - prescription de médicaments avec ou sans la supervision de médecins (si l'infirmière est inscrite en tant que prescripteur non médical) - management d'une gamme de maladies chroniques (suivi, contrôle, éducation thérapeutique et conseils sur le mode de vie pour des cas non aigus), selon le rôle et la formation - tri / orientation des patients par ordre de priorité (selon la formation et le niveau de compétences) - transfert des patients aux spécialistes (selon la formation et le niveau de compétences) / gestion des sorties des patients 	Diplôme de premier cycle universitaire ou Master, complété par une expérience approfondie dans le domaine d'exercice et un développement professionnel continu
	Infirmières praticiennes (avancées) « (Advanced) Nurse Practitioners »	<p>Mêmes tâches que pour les infirmières cliniciennes spécialisées mais plus orientées sur les consultations médicales, en remplaçant fréquemment les médecins. Les tâches incluent (RCN, 2008) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - recevoir les patients avec des problèmes non diagnostiqués et indifférenciés et évaluer leurs besoins de soins de santé - faire un dépistage des facteurs de risques et des signes précurseurs de maladie - faire des diagnostics différenciés - développer avec le patient un plan de soin infirmier, avec l'accent sur les mesures préventives - prescrire les tests nécessaires, et fournir les traitements et soins - fournir du conseil et de l'éducation thérapeutique - avoir l'autorité d'admettre ou de faire sortir des patients et adresser les patients à d'autres professionnels de santé 	Licence (« Bachelor degree ») au minimum – la plupart possèdent un diplôme de Master
Royaume-Unis	Infirmières consultantes (« Nurse Consultants »)	<p>Infirmières très expérimentées. Elles se spécialisent dans un domaine particulier d'exercice et ont quatre fonctions principales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) une pratique experte 2) une fonction liée à la qualité de commandement (leadership) et au conseil 3) les formations initiale et continue et l'amélioration des services de soins 4) la recherche et l'évaluation 	Master et Doctorat
	« Modern Matrons » « Community Matrons »	<p>Les « modern matrons » ont trois rôles principaux:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) assurer les plus grands standards de soins cliniques par le biais du développement d'un leadership chez les infirmières en première ligne et chez les autres personnels 2) s'assurer que les services administratifs et de supports sont conçus pour atteindre les normes les plus élevées de soins (incluant la maîtrise de la propreté de l'hôpital, la prévention des infections en milieu hospitalier) 3) assurer une présence importante dans les services – être quelqu'un vers lequel les patients et leurs familles puissent se tourner pour demander de l'aide <p>Les « community matrons » sont des infirmières expérimentées traitant des patients avec des problèmes chroniques, qui ont des besoins complexes, et risquent de fréquentes admissions non planifiées à l'hôpital. Elles agissent comme des « case managers » et sont capables de prendre en charge au domicile des cas en phase aiguë, pour éviter les hospitalisations.</p>	Master ou expérience étendue

EVALUATION DES RESISTANCES POSSIBLES AU CHANGEMENT :

Cette réflexion est non exhaustive, elle permet de donner des orientations de réflexions mais doit être analysée dans le contexte singulier de chaque établissement.

Il est à noter que cette partie a été élaborée grâce à des connaissances empiriques mais surtout grâce à l'apport de divers enseignements ou articles ; ceux n'étant explicitement cités par la suite sont recensés en bas de page¹⁷⁸

Les professionnels de santé :

D'une manière globale, côtoyer, travailler avec quelqu'un qui a des compétences élargies dans un champ particulier, ici celui des soins infirmiers, peut entraîner une remise en question des modes de fonctionnements habituels. Si la compétence est visible est peut être un moteur pour améliorer les prises en charge, les moindres compétences risquent aussi d'être plus visibles. La réflexivité, le développement des connaissances peuvent remettre en question les fonctionnements d'équipes. Les acteurs peuvent avoir des craintes à voir leurs dysfonctionnements mis au jour en entrevoyant l'ampleur, pour certains, de l'investissement que l'adaptation peut nécessiter.

Les médecins :

Les médecins peuvent voir leur monopole de prescription, de diagnostic remis en cause. Le cœur de métier médical est la pratique clinique ; si de nombreuses autres professions peuvent s'intéresser à la discipline médicale sous un angle sociologique ou managérial par exemple, la singularité médicale réside dans la pratique clinique. L'émergence de pratiques avancées et d'une capacité à prescrire, diagnostiquer change ce modèle. Cela peut donc être vu comme un contre-pouvoir sur ce pouvoir exercé par le corps médical. A ce jour, il existe des pratiques transgressives

¹⁷⁸ AMBROSINO, F., CAVAYE, M., & DEMARTHE, P. (2012). L'Infirmière de Pratique Avancée expliquée aux infirmières (Mémoire de Master 1 Sciences Cliniques Infirmières). EHESP, France. 35p. Retrieved from <HTTP://WWW.INFIRMIERS.COM/PDF/RECHERCHE-FLORENCE-AMBROSINO.PDF> P18

DELAHAIRE, M.-L., & LAFORTUNE, G. (2010). Les pratiques infirmières avancées : Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés (p. 118). OCDE. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1787/5km4hv77vw47-fr>

JOVIC, L. (2015, January). Interview. Les pratiques avancées infirmières.

MARCHAND, X. (2014, 2015). Analyse de l'activité et gestion des métiers et des compétences - Support de cours Master 2 MOS. IAE-UPEC.

MGFrance. (17/10/2014). Loi de Santé : le Parlement doit corriger un texte inacceptable par les médecins généralistes. Retrieved May 11, 2014, from <HTTP://WWW.MGFRANCE.ORG/INDEX.PHP/PRESSE/COMMUNIQUE/632-LOI-DE-SANTE-LE-PARLEMENT-DOIT-CORRIGER-UN-TEXTE-INACCEPTABLE-PAR-LES-MEDECONS-GENERALISTES>

dans les établissements de santé : prescription téléphoniques, premier sondage chez un homme, etc. De nombreuses choses sont acceptées tant que c'est illégal puisque cela ne remet pas en cause le pouvoir médical. La décision reste celle du médecin. Ainsi, la légalisation des certains actes risque donc de remettre en cause l'ordre établi et de générer des résistances.

De plus, la substitution de certaines activités peut générer la crainte de ne plus pouvoir suivre les patients, de laisser le suivi des patients simples à des infirmiers en pratiques avancées et de ne plus avoir une toutes les informations quant à ces patients. En lien avec cela, il peut exister des craintes concernant le chevauchement potentiel dans le champ de pratique, la perte d'activités et donc un manque à gagner. Cela peut aussi entraîner des craintes au regard du degré d'autonomie et d'indépendance des infirmières en pratique avancée, mais aussi de la responsabilité juridique en cas de faute professionnelle. Enfin, des questionnements quant aux réelles compétences et expertise des infirmières en pratique avancée.

Enfin, il y a la question de la rémunération. En libéral, ce qui est le cas par exemple dans les cliniques privées, le mode de rémunération médical est à l'acte. Celui-ci doit atteindre un revenu cible qui constitue son salaire. Le développement de pratiques avancées et la possibilité de suivi de certains patients par l'infirmier en pratiques avancées peut constituer un manque à gagner pour ces médecins. De plus, si ceux-ci se concentrent sur des patients plus complexes et que l'infirmier en pratiques avancées prend en charge des patients plus simples, le temps de consultation d'un patient complexe est plus important et risque encore une fois de limiter la capacité d'atteinte d'un revenu cible. C'est le problème du modèle économique français qui, en libéral, n'est pas favorable au développement de ces nouvelles activités.

Les infirmiers :

Les infirmiers peuvent voir les pratiques avancées comme une remise en question de leurs compétences. « Pourquoi, une pratique avancée alors que l'on fait déjà très bien les choses ici ? » « Encore une couche supplémentaire, à qui se réfère-t-on maintenant ? » Les soignants peuvent aussi être réticents et avoir le sentiment d'une remise en question de leurs compétences.

Les infirmiers peuvent aussi refuser de prendre la responsabilité d'actes médicaux ou activités médicales qu'ils préfèrent laisser au soin des médecins.

Les cadres de santé :

Concernant les cadres de santé : l'activité du cadre de santé se scinde en deux volets. Un rôle de gestionnaire mais en tant que soignants, ils sont aussi souvent l'interface avec les patients,

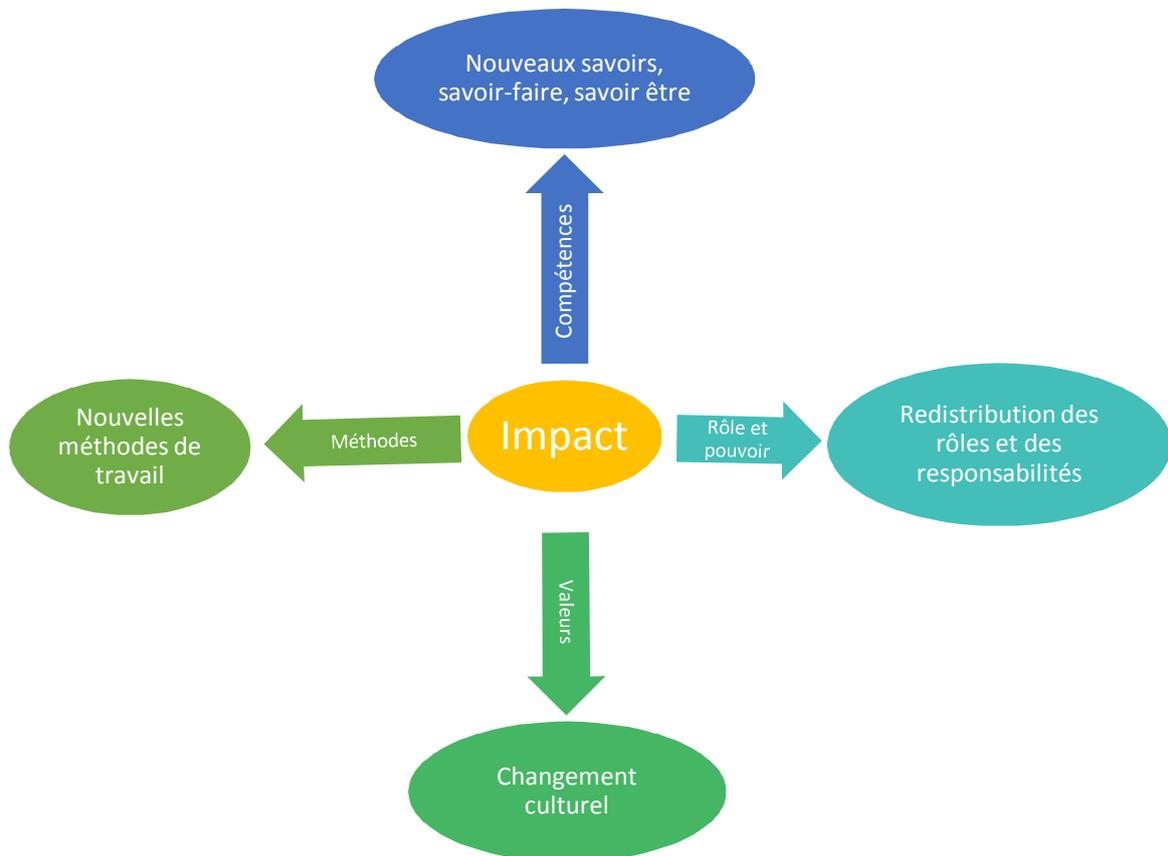
médecins, soignants. Une crainte peut apparaître quant à « l'abandon » de certaines activités sur le soin (entendu aussi au sens large).

De plus, si les cadres de santé ont un diplôme de cadre avec un titre de Master 1, les infirmiers en pratiques avancées auront (si le niveau d'étude est validé dans le projet de loi de santé), un grade de Master 2. La notion de hiérarchie et de niveau d'études peut entraîner des craintes de cadres face à cette nouvelle fonction.

Les patients :

Enfin, concernant les patients – usagers, des craintes peuvent aussi émerger. Elles peuvent se situer aussi bien sur la compétence de ces infirmiers que sur la difficulté, comme nous l'avons abordé, à remettre en cause le tenu pour acquis, cette place que l'infirmière doit avoir et qui n'est pas celle de l'autonomie mais celle de l'exécutante.

IMPACTS DU CHANGEMENT :



ANNEXE 10

EVALUATION DU PROJET

Pour évaluer la réussite d'un projet, voici ce qui peut être réalisé dès la phase de démarrage du projet :

- Clarifier la vision de l'équipe dirigeante : expliciter de manière la plus concrète possible ce qu'ils veulent voir ou constater à l'issue du projet.

C'est poser et réfléchir dès le début aux questions suivantes :

- à quoi verrez-vous que le projet aura réussi ? Quels comportements et attitudes voulez-vous voir ?

- que voulez-vous entendre dire de la part des patients quand tout cela aura été mis en place ?

- que voulez-vous que vos collaborateurs ressentent et disent à propos de leur vie au travail, une fois ces nouvelles pratiques mises en œuvre ?

- que voulez-vous voir transformé ? Décrivez-moi l'image / la scène de la vie à l'hôpital que vous voulez voir dans x années ?

L'important est de partir du patient parce que ce sujet est non négociable et qu'il doit faire unanimité des acteurs.

- A partir des réponses, identifier les quelques indicateurs clés de réussite (qualitatifs) - ne pas oublier l'aspect financier et le suivi des coûts et délais du projet. Il ne faut pas définir trop d'indicateurs mais ceux qui semblent les plus pertinents et qui sont complémentaires à ceux de la gestion et du pilotage du projet (avancement, formation, suivi des ressources, suivi des risques, ...).

- Faire des évaluations régulières durant toute la vie du projet de ces indicateurs qualitatifs.

- Et bien sûr communiquer avec ces indicateurs. Ils doivent donc être simples, clairs et compréhensibles par tous.

ANNEXE 11

EVALUATION ET COUTS ET GAINS DU PROJET :

Cette évaluation pourra porter sur les items suivants :

Coût du projet :

- En termes de ressources (humaines, logistiques) et de temps alloué au projet.
- Coût d'une éventuelle aide à la maîtrise d'ouvrage. Ce coût doit être pondéré en fonction des risques liés à un retard voire à un échec du projet si l'établissement n'a pas les compétences de gestion de projet en son sein ou s'il n'a pas la possibilité de dégager un temps suffisant pour la gestion de celui-ci.

Les coûts et gains liés au développement des pratiques avancées :

La formation et l'exercice en pratiques avancées :

- Financement de la formation de/des infirmier(s) en pratiques avancées : coût de la formation et coût du remplacement sur un plan financier mais sur un plan qualitatif. L'infirmier qui part en Master sera généralement une personne qui aura acquis des compétences dans le domaine définit ; son remplacement doit être anticipé pour éviter une baisse de la qualité de prise en charge par un infirmier plus novice donc avec des compétences moindres.
- Coût du salaire de l'infirmier en pratiques avancées versus salaire infirmier. Même si les modes de financements ne sont pas encore définis, le niveau d'études impliquera une revalorisation salariale. Ce coût est à contrebalancer avec le coût du salaire médecin versus salaire infirmier en pratiques avancées sur les périodes de substitution d'activités cliniques au profit de l'infirmier en pratiques avancées.

Sur un plan stratégique :

- Développement de l'attractivité aussi bien des patients que des professionnels de santé. Une meilleure image d'un établissement peut attirer des professionnels plus compétents ou avec une certaine notoriété. Cela peut permettre une amélioration de la qualité mais aussi un meilleur recrutement de patients.

Sur le plan ressources humaines :

- Fidélisation du personnel.
- Développement des compétences des soignants
- Poursuivre ou mise en place d'une démarche GPMC/GPEC
- Réallocation des ressources entre les temps médicaux et non médicaux et les différentes activités : conseil, recherche etc.

Sur un plan éthique :

- L'amélioration de la prise en charge du patient : se reporter aux études réalisées à l'étranger.
- Amélioration des conditions de travail.

Sur un plan financier :

- Financement par le développement d'activités de recherche infirmière : dotation MIG dans le cadre, par exemple, de MERRI (missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation).

ANNEXE 12

ELEMENTS A INTEGRER DANS LA CHARTE PROJET :

La charte projet peut contenir les éléments suivants :

- Les enjeux : liens entre le projet et la stratégie.
- Les problèmes et / ou risques envisagés.
- Les objectifs : quantification des résultats attendus.
- Le périmètre : cadrage du projet (dans / hors du cadre).
- Les moyens : ressources (rôles et responsabilités) et temps alloué au projet (cadrage, ateliers participatifs, mise en place du plan d'actions, contrôle).
- La planification avec la définition d'un calendrier qui comprend la durée envisagée du projet, le nombre de réunions, les modalités de compte-rendu, le suivi du plan d'avancement, etc. Il pourra par exemple être réalisé sous la forme d'un diagramme de Gantt.
- Le plan de communication : les moyens de communication, les acteurs ciblés par la communication, la fréquence, etc.

LES DIMENSIONS DU PROJET :

Différentes dimensions du projet peuvent être analysées. Nous présentons quelques pistes, non exhaustives, pour les analyser.

- La dimension stratégique du projet :

Ce projet vise à développer de nouvelles compétences mais aussi à la développer dans une perspective globale pour l'établissement de santé. Il s'agira donc d'analyser les objectifs définis, de poser des indicateurs et des délais concernant le développement ou la réduction de certaines activités, la poursuite de la performance, la poursuite de l'amélioration du service rendu aux patients, l'efficacité (objectifs par rapport résultat obtenu) et l'efficience (moyens engagés par rapport aux résultats obtenus), coûts et bénéfices attendus et ainsi la valeur ajoutée de cette nouvelle fonction.

- La dimension structurelle du projet :

Le développement des pratiques avancées va nécessiter de revoir les processus de prise en charge, de redéfinir les rôles de chacun et l'allocation des ressources.

- La dimension opérationnelle du projet :

Les pratiques avancées vont entraîner la modification des zones de compétences. Entraîne un changement sur les pratiques, sur la manière d'aborder son travail au quotidien et de travailler en collaboration.

LE PLAN DE COMMUNICATION :

A toutes les étapes du projet, il sera nécessaire de bien informer les personnels concernés et de bien leur communiquer l'objet du travail. Dans les établissements dans lesquels la démarche GPMC n'a jamais été réalisée, ces différentes étapes peuvent être un bouleversement et entraîner de nombreuses craintes. Il est donc nécessaire de prendre cela en considération et de prendre le temps nécessaire à communiquer, expliquer, et surtout s'assurer que les personnels ont compris ; puisque ce n'est pas parce que l'on dit quelque chose que la même chose est comprise, il faut tenir compte du risque de distorsion de l'information. Tout le temps « pris » pour expliquer cela en amont rendra la suite plus simple et efficace.

Réaliser un plan de communication¹⁷⁹ :

- Quels sont les groupes ciblés ? Auprès de qui dois-je réaliser une information sur le projet ?
Relever à ce moment toutes les personnes externes et internes qui seront concernées par le projet : les infirmiers, les médecins, les cadres de santé, les autres paramédicaux, les patients, les instances du personnel mais aussi les réseaux de ville ou encore l'ARS, etc. Il faudra aussi le cibler en fonction des secteurs directement concernés par la mise en place de pratiques avancées infirmières.
- A quel moment commencer la communication, à quelle périodicité doit-elle être réalisée ?
Si pour certains groupes, cette information devra être réalisée dès le début du projet, pour d'autres il sera nécessaire d'atteindre d'avoir passé certaines étapes. De même si cette information sera unique pour certains groupes, elle devra être réitérée selon une certaine fréquence pour d'autres.
- Quel est le message à faire passer ?
Prioriser les messages permettant de favoriser l'adhésion et de réduire les résistances. Il devra donc être adapté à chaque groupe ciblé.
- Quels sont les supports prévus pour communiquer au mieux ?
Réunion d'information, réunion-débat, journal de l'établissement, site internet, intranet, vidéos, etc.
- Qui transmet le message ?

¹⁷⁹ COMM Collection. (2005). Etablir le plan de communication d'un projet - Guide pour les communicateurs fédéraux. Georges Monard. Retrieved from [HTTP://WWW.FEDWEB.BELGIUM.BE/FR/BINARIES/BROCH_COMMCOLLECTION12_COMMUNICATIEPLAN_FR_TCM119-3356.PDF](http://www.fedweb.belgium.be/fr/binaries/broch_commcollection12_communicatieplan_fr_tcm119-3356.pdf)

La personne qui transmet le message doit avoir une légitimité auprès des groupes concernés.

- Qui est responsable de l'action de communication ?
- Quels sont les outils logistiques nécessaires ? fournitures, matériel informatique, etc.
- Quels sont les moyens alloués à la communication ? un budget doit être défini

Tous les items que nous venons de voir doivent être justifiés, réalistes, mesurables. Il faut ensuite définir l'évaluation du plan de communication pour réaliser les ajustements nécessaires.

Analyse d'un plan de communication :

- Toutes les personnes concernées ont-elles bénéficié de l'information ou des groupes ont-ils été oubliés ?
- La communication est-elle efficace ou doit-elle être ajustée ?
- Comment est-il possible d'évaluer l'impact et la portée des messages : feed-back direct, réalisation d'une enquête, etc.
- Le budget a-t-il été respecté ?
- Les moyens alloués étaient-ils suffisants ?

ANNEXE 15

INDICATEURS DE SUIVI DU DEVELOPPEMENT DES PRATIQUES AVANCEES :

Ces données sont reprises du document de l'ARS Ile de France¹⁸⁰ (2015).

« Satisfaction :

- *du patient et de son entourage*
- *du professionnel de pratique avancée, de l'équipe médicale et soignante*

·Activité en fonction des rôles :

Clinique :

- *nombre d'actes réalisés ;*
- *nombre de patients suivis ;*
- *taux d'infections nosocomiales (cathéter veineux périphérique, sonde urinaire...) ;*
- *incidence des problèmes en lien avec la prévention des risques (escarres, chutes, dénutrition...)*
;
- *taux de réadmissions précoces...*

Conseil (collaboration avec les autres professionnels) :

- *nombre de participations en staffs médico-soignants ;*
- *nombre de participations en réunions cliniques ;*
- *nombre d'évaluations des pratiques professionnelles, d'audits de processus réalisés...*
- *nombre de nouveaux protocoles de soins élaborés...*
- *indicateurs relatifs à la tenue du dossier de soins ;*

Leadership :

- *nombre de représentations auprès des instances internes et externes à l'établissement ;*

Enseignement et formation :

- *nombre de personnes encadrées (stagiaires, étudiants...) ;*

¹⁸⁰ ARS Ile de France. (2015). Intégration des infirmiers de pratique avancée dans les équipes de soins. Amélioration des pratiques professionnelles paramédicales (p. 44). Saint Denis: ARS Ile de France.

- nombre de cours, d'interventions pédagogiques ;

Recherche :

- contributions à la recherche : soutien des équipes, projets de recherche...
- liste de publications ;
- nombre de publications ;
- liste de communications orales, affichées ;
- nombre de communications orales, affichées ;

Aspects économiques :

- coût des activités en intégrant éventuellement les actes dérogatoires ;
- Temps médical et/ou infirmier redéployé ;
- Recouvrement de l'activité réalisée (AMI) ;

Conduite de projet :

- respect du calendrier ;
- atteinte des objectifs fixés. »

BIBLIOGRAPHIE

- ABAD, M., et al. (2014). *Synchroniser les temps médicaux et non médicaux auprès du patient hospitalisé - Démarche méthodologique* (p. 80). Paris: ANAP.
- ALTER, N. (2000). *L'innovation ordinaire* (Broché). Paris. 388p: PUF.
- AMBROSINO, F., et al. (2014, Novembre). *Etude descriptive transversale : état des lieux des infirmières de pratique avancée, spécialistes cliniques et cliniciennes en France*. Salon Infirmier.
- AMBROSINO, F., et al. (2012). *L'Infirmière de Pratique Avancée expliquée aux infirmières* (Mémoire de Master 1 Sciences Cliniques Infirmières). EHESP, France. 35p. Retrieved from [HTTP://WWW.INFIRMIERS.COM/PDF/RECHERCHE-FLORENCE-AMBROSINO.PDF](http://www.infirmiers.com/pdf/recherche-florence-ambrosino.pdf)
- AMELI. (2012, Décembre). Qu'est-ce qu'une affection de longue durée ? Retrieved from [HTTP://WWW.AMELI.FR/PROFESSIONNELS-DE-SANTE/MEDECINS/EXERCER-AU-QUOTIDIEN/LES-AFFECTIONS-DE-LONGUE-DUREE/QU-EST-CE-QU-UNE-AFFECTION-DE-LONGUE-DUREE/LES-ALD-EXONERANTES.PHP](http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/les-affections-de-longue-duree/qu-est-ce-qu-une-affection-de-longue-duree/les-ald-exonerantes.php)
- AMELI. (2015, Février). Affections de longue durée - Prévalence - ALD 2012 - Tableau II. Retrieved from [HTTP://WWW.AMELI.FR/L-ASSURANCE-MALADIE/STATISTIQUES-ET-PUBLICATIONS/DONNEES-STATISTIQUES/AFFECTION-DE-LONGUE-DUREE-ALD/PREVALENCE/FREQUENCE-DES-ALD-AU-31-12-2012.PHP](http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/frequence-des-ald-au-31-12-2012.php)
- ANACT. (2011). Promotion de la santé : un nouveau regard sur le travail. *Bimestriel Du Réseau Anact Pour L'amélioration Des Conditions de Travail*, (339), 16p. Retrieved from [HTTP://WWW.ANACT.FR/PORTAL/PLS/PORTAL/DOCS/1/8626377.PDF](http://www.anact.fr/portal/pls/portal/docs/1/8626377.pdf)
- ARS Ile de France. (2013). *Infirmière clinicienne spécialisée : éléments de cadrage pour les missions, la formation et l'emploi* (p. 74). ARS Ile de France.
- ARS Ile de France. (2015). *Intégration des infirmiers de pratique avancée dans les équipes de soins. Amélioration des pratiques professionnelles paramédicales* (p. 44). Saint Denis: ARS Ile de France.
- ARS Ile de France. (n.d.). Qu'est ce que la démocratie sanitaire. Retrieved from [HTTP://WWW.ARS.ILEDEFRANCE.SANTE.FR/DEMOCRATIE-SANITAIRE.81526.0.HTML](http://www.ars.iledefrance.sante.fr/democratie-sanitaire.81526.0.html)
- ARS Pays de la Loire. (n.d.). Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences (GPMC). Retrieved from [HTTP://WWW.ARS.PAYSDELALOIRE.SANTE.FR/GESTION-PREVISIONNELLE-DES-MET.118470.0.HTML](http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/gestion-previsionnelle-des-met.118470.0.html)
- AURIAS, A. (2015, March). Google investit dans les sciences de la vie. *Biofutur. Le mensuel européen de biotechnologie*, Bioterrorisme. Détecter et répondre à la menace. (363), 22.
- AUTISSIER, D., & VANDANGEON-DERUMEZ, I. (2007). Pas de changement sans adhésion des managers. *L'Expansion Management Review*, (3), pp 116–129. Retrieved from [HTTP://WWW.CAIRN.INFO/ARTICLE.PHP?ID_ARTICLE=EMR_126_0116](http://www.cairn.info/article.php?id_article=EMR_126_0116)

- AUTISSIER, D., VANDANGEON-DERUMEZ, I., & VAS, A. (2010). *Conduite du changement : concepts-clés - 2e éd. - 50 ans de pratiques: 50 ans de pratiques issues des travaux des auteurs fondateurs* (Broché - 2ème édition). Paris. 257p: Dunot.
- BABEAU, O. (2005, décembre). *Le manager et la transgression ordinaire des règles : le cas des sociétés de conseil en management*. (Thèse de doctorat pour obtenir le titre de Docteur en Sciences de Gestion). Université Paris Dauphine - Paris IX, Paris. 545p. Retrieved from <HTTPS://TEL.ARCHIVES-OUVERTES.FR/TEL-00145852>
- BARLET, M., & et al. (2010). Quelles perspectives pour la démographie médicale ? Insee. Retrieved from HTTP://WWW.INSEE.FR/FR/FFC/DOCS_FFC/REF/FSR10G.PDF
- BERLAND, Y. (2002). *Mission « Démographie des professions de santé » - Tome 1* (No. Rapport n°2002135) (p. 114). Paris: Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées.
- BERLAND, Y. (2003). *Mission "coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences". Rapport d'étape*. (p. 58). Paris: Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées.
- BERLAND, Y. (2008). *La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner*. (p. 148). St Denis: HAS.
- BERLAND, Y., et al. (2011). *Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer* (p. 57). Paris: Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, Secrétariat d'État chargé de la Santé. Retrieved from HTTP://WWW.SANTE.GOUV.FR/IMG/PDF/RAPPORT_RELATIF_AUX_METIERS_EN_SANTE_DE_NIVEAU_INTERMEDIAIRE_-_PROFESSIONNELS_D_AUJOURD_HUI_ET_NOUVEAUX_METIERS_-_DES_PISTES_POUR_AVANCER.PDF
- BOISVERT, J. (1994). *Les grands esprits du management*. Presses de l'université du Québec. Retrieved from HTTPS://BOOKS.GOOGLE.FR/BOOKS?ID=-HPM55X1ZEFC&PG=PA58&LPG=PA58&DQ=%C2%AB+PR%C3%A9VOIR,+c%27EST+%C3%A0+LA+FOIS+SUPPUTER+L%27AVENIR+ET+LE+PR%C3%A9PARER+;+PR%C3%A9VOIR,+c%27EST+D%C3%A9J%C3%A0+AGIR.+%C2%BB&SOURCE=BL&OTS=NH3_Yk9BG0&SIG=GTTPSELQIM3i68yMr8GLE--ZGAU&HL=FR&SA=X&EI=9DLHVBNPFQKPYQOHOID4CQ&VED=0CE4Q6AEWCA#V=ONEPAGE&Q=%C2%AB%20PR%C3%A9VOIR%2C%20C'EST%20%C3%A0%20LA%20FOIS%20SUPPUTER%20L'AVENIR%20ET%20LE%20PR%C3%A9PARER%20%3B%20PR%C3%A9VOIR%2C%20C'EST%20D%C3%A9J%C3%A0%20AGIR.%20%C2%BB&F=FALSE
- BOITTE, P., & COBBAUT, J. (2012). Vers une gouvernance réflexive de la démarche éthique dans les institutions de soins. *Journal International de Bioéthique*, 32(3), pp 15–31. <HTTP://DOI.ORG/10.3917/JIB.233.0015>
- BOLTANSKI, L., & THEVENOT, L. (1991). *De la justification. Les économies de la grandeur*. (Broché). France. 483p: Gallimard.
- BOULA, J. (2010). Cadres de santé et interrogation éthique : éthique de l'encadrement. *Ethique et Santé*, 7, pp 54–70.

- BOUTINET, J.-P. (1990). *Anthropologie du projet* (Broché). Paris. 464p: PUF.
- BOUVERESSE, J. (2001). Que veut dire «Faire la même chose»? *Archives de Philosophie*, (3), pp 479–503. Retrieved from [HTTP://WWW.CAIRN.INFO/RESUME.PHP?ID_ARTICLE=APHI_643_0479](http://www.cairn.info/resume.php?id_article=APHI_643_0479)
- BRONNER, G., & STEBE, J.-M. (1970). Les gardiens-concierges : d'un métier à une profession. In *Espaces et sociétés : revue critique internationale de l'aménagement, de l'architecture et de l'urbanisation / dir. publ. Serge Jonas* (p. pp 211–228). Éd. Anthropos (Paris). Retrieved from [HTTP://GALLICA.BNF.FR/ARK:/12148/BPT6K5619649T/F219.IMAGE](http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/BPT6K5619649T/F219.IMAGE)
- BROUE, C. (13 février 2015). Qu'est-ce que « l'homme + »?. France culture. La Grande table. Baladodiffusion. Retrieved from [HTTP://WWW.FRANCECULTURE.FR/EMISSION-LA-GRANDE-TABLE-2EME-PARTIE-QU-EST-CE-QUE-L-HOMME-%20-2015-02-13](http://www.franceculture.fr/emission-la-grande-table-2eme-partie-qu-est-ce-que-l-homme-%20-2015-02-13)
- CALLON, M. (1986). Éléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques dans la Baie de Saint-Brieuc. *L'Année sociologique*, 36, 40p.
- CATANAS, M. (2009). Quelle place de l'infirmière dans l'évolution sociohistorique des professions de soin ? Retrieved from [HTTP://WWW.INFIRMIERS.COM/PROFESSION-INFIRMIERE/PRESENTATION/HISTORIQUE-DE-LA-PROFESSION.HTML](http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/presentation/historique-de-la-profession.html)
- CII. (2009). Infirmière spécialiste et infirmière experte : définition et caractéristiques. ICN.CIE.CII. Retrieved from [HTTP://WWW.ICN.CH/IMAGES/STORIES/DOCUMENTS/PUBLICATIONS/FACT_SHEETS/1B_FS-INFIRMIERE_SPECIALISTE_EXPERTE-FR.PDF](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/1b_FS-INFIRMIERE_SPECIALISTE_EXPERTE-FR.PDF)
- CII. (2014, MAJ juin). Définition des Soins Infirmiers. Retrieved from [HTTP://WWW.ICN.CH/FR/WHO-WE-ARE/ICN-DEFINITION-OF-NURSING/](http://www.icn.ch/fr/who-we-are/icn-definition-of-nursing/)
- CNOM. (2015, Janvier). Santé connectée - de la e-santé à la santé connectée- Le Livre Blanc du Conseil national de l'Ordre des médecins. Retrieved from [HTTP://WWW.CONSEIL-NATIONAL.MEDECCIN.FR/SITES/DEFAULT/FILES/MEDECINS-SANTE-CONNECTEE.PDF](http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/medecins-sante-connectee.pdf)
- COLLIERE, M.-F. (1996). *Promouvoir la vie* (Broché - Nouvelle). 392p: Masson.
- COLLIERE, M.-F. (2001). *Soigner. Le premier art de la vie* (Broché - deuxième). 440p: Masson.
- COMM Collection. (2005). Etablir le plan de communication d'un projet - Guide pour les communicateurs fédéraux. Georges Monard. Retrieved from [HTTP://WWW.FEDWEB.BELGIUM.BE/FR/BINARIES/BROCH_COMMCOLLECTION12_COMMUNICATIEPLAN_FR_TCM119-3356.PDF](http://www.fedweb.belgium.be/fr/binaries/broch_commcollection12_communicatieplan_fr_tcm119-3356.pdf)
- COULON, R. (2010). Le cadre de santé entre logiques d'utilité économique et logiques de soins hospitaliers. 2° *Journée Transdisciplinaire de Recherche En Management Hospitalier*, pp 2–15. Retrieved from [HTTP://HALSHS.ARCHIVES-OUVERTES.FR/DOCS/00/60/21/13/PDF/STRASBOURG_2010_COULON.PDF](http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/60/21/13/pdf/strasbourg_2010_coulon.pdf)
- CROZIER, M., & FRIEDBERG, E. (1977). *L'acteur et le système: Les contraintes de l'action collective* (Poche). France. 500p: Seuil.

- DEBOUT, C. (2012, décembre). *Introduire les pratiques avancées en France: contribution du master en sciences cliniques infirmières*. Conférence de l'IUFRS, Université de Lausanne.
- DEJOUX, C. (2013). *Gestion des compétences et GPEC* (2ème édition). Paris. 128p: Dunot.
- DE KERVASDOUÉ, J. (2010). *Réformer les systèmes de santé?*. Paris. Retrieved from [HTTP://WWW.DAILYMOTION.COM/VIDEO/XE5JRO_JEAN-DE-KERVASDOUE-REFORMER-LES-SYS_WEBCAM](http://www.dailymotion.com/video/xE5JRO_JEAN-DE-KERVASDOUE-REFORMER-LES-SYS_WEBCAM)
- DELAMAIRE, M.-L., & LAFORTUNE, G. (2010). *Les pratiques infirmières avancées : Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés* (p. 118). OCDE. Retrieved from [HTTP://DX.DOI.ORG/10.1787/5KM4HV77VW47-FR](http://dx.doi.org/10.1787/5KM4HV77VW47-FR)
- DOURGNON, P., et al. (2013). L'impact du dispositif des affections de longue durée (ALD) sur les inégalités de recours aux soins ambulatoires entre 1998 et 2008. *Questions D'économie de La Santé*, 183, 6p. Retrieved from [HTTP://SURMEDICALISATION.FR/BLOG/WORDPRESS3/WP-CONTENT/UPLOADS/2014/05/ALD-ET-NON-ALD-FRANCE-2013.PDF](http://surmedicalisation.fr/blog/wordpress3/wp-content/uploads/2014/05/ALD-ET-NON-ALD-FRANCE-2013.pdf)
- DUMONT, J.-P. (2013, 2014). *Gestion des Ressources Humaines - Support de cours Master 1 Management et Santé*. IAE-UPEC.
- DUMONT, J.-P. (2014). *La Grande Transformation - support de cours Master MOS*. IAE-UPEC.
- EHESP. Master sciences cliniques infirmières. Repéré à [HTTP://WWW.EHESP.FR/FORMATION/FORMATIONS-DIPLOMANTE/MAS-TER-SCIENCES-CLINIQUES-INFIRMIERES/MASTER](http://www.ehesp.fr/formation/formations-diplomantes/master-sciences-cliniques-infirmieres/master)
- FLAJOLET, A. (2008). *Les disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire - Annexes du rapport* (p. 89). Ministère de la Santé, de la jeunesse et des sports et de la vie associative. Retrieved from [HTTP://WWW.SANTE.GOUV.FR/IMG/PDF/ANNEXES.PDF](http://www.sante.gouv.fr/IMG/PDF/ANNEXES.PDF)
- FORMERY, S.-L. (2014). *La Constitution commentée article par article*. 40p: Hachette Éducation. Retrieved from [HTTP://BOOKS.GOOGLE.COM/BOOKS?HL=EN&LR=&ID=XGGAGAAQBAJ&OI=FND&PG=PT2&DQ=%22DE+LA+SOUVERAINET%C3%A9+NATIONALE+ET+DE+LA%22+%22EST+LE+GARANT+DE+L%27IND%C3%A9PENDANCE+NATIONALE,+DE+L%27INT%C3%A9GRIT%C3%A9+DU+TERRITOIRE+ET%22+%22DU+NOUVEAU+PR%C3%A9SIDENT+A+LIEU+VINGT+JOURS+AU+MOINS+ET+TRENTE-CINQ%22+&OTS=LZC3uTYEXU&SIG=EOLAZPY_x0K286iHGAN4xSkSPX8](http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=XGGAGAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT2&dq=%22DE+LA+SOUVERAINET%C3%A9+NATIONALE+ET+DE+LA%22+%22EST+LE+GARANT+DE+L%27IND%C3%A9PENDANCE+NATIONALE,+DE+L%27INT%C3%A9GRIT%C3%A9+DU+TERRITOIRE+ET%22+%22DU+NOUVEAU+PR%C3%A9SIDENT+A+LIEU+VINGT+JOURS+AU+MOINS+ET+TRENTE-CINQ%22+&ots=LZC3uTYEXU&sig=EOLAZPY_x0K286iHGAN4xSkSPX8)
- HABIB, J. (2013, 2014). *Systèmes d'information - Support de cours Master 1 Management et Santé*. IAE-UPEC.
- HAS & Ministère des Affaires sociales et de la Santé. *Scope Santé*. Retrieved from [HTTP://WWW.SCOPESANTE.FR/#/](http://www.scopesante.fr/#/)
- HAS. (2014). *Rapport d'activité 2013 : les protocoles de coopération - Art.51 de la loi HPST* (p. 33). Saint Denis: HAS. Retrieved from [HTTP://WWW.HAS-SANTE.FR/PORTAIL/UPLOAD/DOCS/APPLICATION/PDF/2014-09/RAPPORT_DACTIVITE_2013_-_ARTICLE_51.PDF](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-09/rapport_dactivite_2013_-_article_51.pdf)
- HAUT CONSEIL DE LA SANTE PUBLIQUE. (2009). *La prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladie chronique* (p. 72). Paris: HCSP. Retrieved from [HTTP://WWW.HCSP.FR/EXPLORE.CGI/AVISRAPPORTSDOMAINE?CLEFR=95](http://www.hcsp.fr/EXPLORE.CGI/AVISRAPPORTSDOMAINE?CLEFR=95)

- HECKETSWEILER, C. (2014, August 20). Les patients ont le droit de savoir ce que recèlent leurs gènes [LeMonde.fr]. Retrieved from [HTTP://WWW.LEMONDE.FR/ECONOMIE/ARTICLE/2014/08/18/L-HOMME-QUI-INVENTE-LE-SEQUENCAGE-LOW-COST-DE-L-ADN_4472793_3234.HTML](http://www.lemonde.fr/economie/article/2014/08/18/l-homme-qui-invente-le-sequencage-low-cost-de-l-adn_4472793_3234.html)
- HERON, M. (2014). La gestion des ressources soignantes : Démarche “métiers compétences” 2012 - Support de cours Master 1 Management et Santé. ESM-IAE-UPEC.
- HIRECHE, L. (2004). L'influence de l'éthique des managers sur les comportements au travail et la performance organisationnelle: esquisse d'un modèle conceptuel. *Université Paris Dauphine France*, 20p. Retrieved from [HTTP://BASEPUB.DAUPHINE.FR/HANDLE/123456789/2883](http://basepub.dauphine.fr/handle/123456789/2883)
- HORROCKS, S., et al. (2002). Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *Bmj*, 324(7341), pp 819–823. Retrieved from [HTTP://WWW.BMJ.COM/CONTENT/324/7341/819.SHORT](http://www.bmj.com/content/324/7341/819.short)
- HUAULT, I. (2009). Paul DiMaggio et Walter Powell. Des organisations en quête de légitimité. *Les Grands Auteurs En Management*, 11p. Retrieved from [HTTP://HALSHS.ARCHIVES-OUVERTES.FR/DOCS/00/67/17/97/PDF/DIMAGGIO_POWELL.PDF](http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/67/17/97/pdf/dimaggio_powell.pdf)
- INED. (n.d.). L'espérance de vie en France depuis 18ème siècle. Retrieved from [HTTP://WWW.INED.FR/FR/TOUT-SAVOIR-POPULATION/GRAPHIQUES-CARTES/GRAPHIQUES-INTERPRETES/ESPERANCE-VIE-FRANCE/](http://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/graphiques-cartes/graphiques-interpretes/esperance-vie-france/)
- INSEE. (2015). Espérance de vie - Définition. Retrieved from [HTTP://WWW.INSEE.FR/FR/METHODES/DEFAULT.ASP?PAGE=DEFINITIONS/ESPERANCE-VIE.HTM](http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/esperance-vie.htm)
- INSEE. (2015). Espérance de vie en bonne santé - Définition. Retrieved from [HTTP://WWW.INSEE.FR/FR/METHODES/DEFAULT.ASP?PAGE=DEFINITIONS/ESPERANCE-VIE-BONNE-SANTE.HTM](http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/esperance-vie-bonne-sante.htm)
- INSEE. (2015, Janvier). Bilan démographique 2014. Retrieved from [HTTP://WWW.INSEE.FR/FR/THEMES/DOCUMENT.ASP?REG_ID=0&REF_ID=IP1532](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=ip1532)
- Institut Montaigne. (2013). *Accès aux soins : en finir avec la fracture territoriale* (p. 90). France. Retrieved from [HTTP://WWW.INSTITUTMONTAIGNE.ORG/RES/FILES/PUBLICATIONS/ETUDE%20RENSEIGNEMENT%20JUILLET%202014.PDF](http://www.institutmontaigne.org/res/files/publications/etude%20renseignement%20juillet%202014.pdf)
- JEGU, S. (2014, April 11). L'exercice en pratique avancée pourrait concerner entre 1% et 3% de la profession infirmière. Retrieved April 11, 2014, from [HTTP://ABONNES.HOSPIMEDIA.FR/ANALYSES/20141104-RESSOURCES-HUMAINES-L-EXERCICE-EN-PRACTIQUE-AVANCEE-POURRAIT](http://abonnes.hospimedia.fr/analyses/20141104-ressources-humaines-l-exercice-en-pratique-avancee-pourrait)
- JOVIC, L. (2015, January). Interview. Les pratiques avancées infirmières.
- JOVIC, L., et al. (2009). Pratiques avancées des professionnels paramédicaux: Étude exploratoire dans la région Ile-de-France. *Recherche en soins infirmiers*, 99(4), 117p. [HTTP://DOI.ORG/10.3917/RSI.099.0117](http://doi.org/10.3917/rsi.099.0117)
- KHENIENE et al. (2008). Impact économique de la mise en place d'un automate de distribution des médicaments dans un service de réanimation. *Revue française d'anesthésie et de réanimation*, 27(3), pp 208–215.

- LACHMANN, H., et al. (2010). Bien-être et efficacité au travail – 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail. *Rapport Fait À La Demande Du Premier Ministre*, 19p. Retrieved from [HTTP://WWW.JEANLOUISRENAULT.COM/POST/2010/02/24/Bien-%C3%AAtre-et-fficacit%C3%A9-au-travail-%E2%80%93-10-propositions-pour-am%C3%A9liorer-la-sant%C3%A9-psychologique-au-travail](http://www.jeanlouisrenault.com/post/2010/02/24/Bien-%C3%AAtre-et-fficacit%C3%A9-au-travail-%E2%80%93-10-propositions-pour-am%C3%A9liorer-la-sant%C3%A9-psychologique-au-travail)
- LACROIX, A. (2014, Octobre). Liberté. Inégalité. Immortalité. Le monde que vous prépare la Silicon Valley. Enquête dans la Silicon Valley. Sauvegardez votre vie (pour l'éternité) ! *Philosophie Magazine*, (83), pp 49–57.
- LAIFI, A. (2012). De la légitimité d'un business model innovant. Cas de la bibliothèque numérique Cyberlibris. *Revue Française de Gestion*, (4), pp 75–89. Retrieved from [HTTP://WWW.CAIRN.INFO/RESUME.PHP?ID_ARTICLE=RFG_223_0075](http://www.cairn.info/resume.php?id_article=rfg_223_0075)
- LAUTARD, V. (2011, Année universitaire /2012). *Glissements de compétences entre infirmiers et médecins : une insécurité permanente*. Université Toulouse 1 Capitole, France. 72p.
- LECHENET, A. (2014, August 19). Business, éthique, légalité... Le séquençage de l'ADN en questions [LeMonde.fr]. Retrieved from http://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2014/08/18/le-sequençage-du-genome-comment-ca-marche_4472313_4355770.html
- LEROUX HUGON, V., et al. (1997). L'histoire de l'Ecole d'infirmières de la Salpêtrière. *Histoire des Sciences Médicales*, 31(2), 189–200. Retrieved from [HTTP://WWW.BIUSANTE.PARISDESCARTES.FR/SFHM/HSM/HSMx1997x031x002/HSMx1997x031x002x0189.PDF](http://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/HSMx1997x031x002/HSMx1997x031x002x0189.pdf)
- LETOURNEAU, D. (2013). Petite histoire hospitalière - Support de cours Master 1 Management et Santé. ESM-IAE-UPEC.
- LETOURNEAU, D. (2014). Les politiques de santé - Support de cours Master. ESM-IAE-UPEC.
- MARCHAND, X. (2014, 2015). Analyse de l'activité et gestion des métiers et des compétences - Support de cours Master 2 MOS. IAE-UPEC.
- MATILLON, Y. (2003). *Modalités et conditions d'évaluation de la compétence professionnelle des différents métiers de la santé*. (p. 94). Paris: Ministère de la Santé et de la famille et des personnes handicapées, Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche.
- MAYEN, P., et al. (2010). Les situations de travail. *Recherche et Formation*, 64, pp 31–46. Retrieved from [HTTP://RECHERCHEFORMATION.REVUES.ORG/191](http://rechercheformation.revues.org/191)
- MERDINGER-RUMPLER, C., & NOBRE, T. (2011). Quelles étapes pour la conduite du changement à l'hôpital ? *Gestion 2000*, 28(3), pp 51–66.
- MGFrance. (17/10/2014). Loi de Santé : le Parlement doit corriger un texte inacceptable par les médecins généralistes. Retrieved from [HTTP://WWW.MGFRANCE.ORG/INDEX.PHP/PRESSE/COMMUNIQUE/632-LOI-DE-SANTE-LE-PARLEMENT-DOIT-CORRIGER-UN-TEXTE-INACCEPTABLE-PAR-LES-MEDECONS-GENERALISTES](http://www.mgfrance.org/index.php/presse/communiqués/632-loi-de-sante-le-parlement-doit-corriger-un-texte-inacceptable-par-les-medecins-generalistes)
- Ministère des Finances et des Comptes publics et Ministère de l'Économie de l'Industrie et du Numérique. (2015). Quel avenir pour le dispositif de prise en charge des affections de longue

durée (ALD) ? (Trésor-éco No. N°145) (p. 8). Paris: Ministère des Finances et des Comptes publics et Ministère de l'Économie de l'Industrie et du Numérique. Retrieved from <HTTP://WWW.TRESOR.ECONOMIE.GOUV.FR/FILE/411847>

OECDiLibrary. *Statistiques de l'OCDE sur la santé*. Retrieved from HTTP://WWW.OECD-ILIBRARY.ORG/SOCIAL-ISSUES-MIGRATION-HEALTH/DATA/STATISTIQUES-DE-L-OCDE-SUR-LA-SANTE_HEALTH-DATA-FR

OUHARZOUNE, Y. (2014). Actu cadres. Entretien avec Michèle Lenoir-Salfati. *Soins cadres*, 23(92), pp 5–7.

Plan Cancer 2014-2019. (2014, Février). Ministère des Affaires Sociales et de la Santé - Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche - Institut National du Cancer. Retrieved from HTTP://WWW.SOCIAL-SANTE.GOUV.FR/IMG/PDF/2014-02-03_PLAN_CANCER.PDF

PROME, G. (2015, Février). e-santé, m-santé, DM connecté: la réglementation expliquée. Retrieved from <HTTP://WWW.QUALITISO.COM/E-SANTE-REGLEMENTATION-MEDICAL/>

PRUITT, S., et al. (2005). *Former les personnels de santé du 21ème siècle : le défi des maladies chroniques*. Genève. 80p: Organisation mondiale de la santé.

RAIMONDEAU, J. (2013). *L'épreuve de santé publique : Concours administratifs dans les secteurs de la santé et du médico-social* (Broché). Paris. 204p: Presses de l'EHESP.

RAULINE, N. (2014, 25 Novembre). Google, Apple, Facebook et Amazon, quatre géants dont le pouvoir ne cesse de croître [LesEchos.fr]. Retrieved from HTTP://WWW.LESECHOS.FR/25/11/2014/LESECHOS.FR/0203966069845_GOOGLE--APPLE--FACEBOOK-ET-AMAZON--QUATRE-GEANTS-DONT-LE-POUVOIR-NE-CESSE-DE-CROITRE.HTM

RICHARD, F. (2015). Nanotechnologies - Un avenir entre risques et promesses. Les technologies du futur !. *Collection Science et Espace* (10), pp 18–33.

ROBINEAU-FAUCHON, I. (2013, 2014). Assurance qualité - Démarche Qualité dans les secteurs sanitaire et social - Support de cours Master 1 Management et Santé. ESM-IAE-UPEC.

ROBINEAU-FAUCHON, I. (2014, 2015). Les outils de la qualité - Support de cours Master 2 MOS. ESM-IAE-UPEC.

ROJOT, J. (2003). *Théorie des organisations* (ESKA, Vol. 1). 542p: Broché.

ROSANVALLON. (2010, janvier). *Qu'est-ce qu'une société démocratique 1/2*. Conférence du Collège de France. Baladodiffusion. Retrieved from <HTTP://WWW.COLLEGE-DE-FRANCE.FR/SITE/PIERRE-ROSANVALLON/COURSE-2010-01-06-10H00.HTM>

ROYER, I. (1999). Escalade de l'engagement : décideurs et responsabilité : étude du cas "Les Amants du Pont Neuf." *Perspectives En Management Stratégique*.

SCOTTI, J.-C. (1999). *Evolution des techniques soignantes et évolution des répartitions des compétences soignantes et des responsabilités juridiques à l'hôpital*. 399p.

- SERRES, M. (2012). *Petite poucette* (Broché). France. 84p: Editions le Pommier.
- SICARD, D. (2013, Avril). Les médecins au 1er janvier 2013 - document de travail - SÉRIE STATISTIQUES N°179. DREES. Retrieved from [HTTP://WWW.DREES.SANTE.GOUV.FR/IMG/PDF/SERIESTAT179.PDF](http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/PDF/SERIESTAT179.PDF)
- SIDERAL-Santé, P. (n.d.). Résumé de l'ouvrage de BENNER P. De novice à expert. Excellence en soins infirmiers. Résumé d'ouvrage. Retrieved from [HTTP://WWW.SIDERALSANTE.FR/BIBLIOTHEQUE/BENNER.PDF](http://www.sideralsante.fr/BIBLIOTHEQUE/BENNER.PDF)
- SIEURIN, A., et al. (2011). *Les espérances de vie sans incapacité en France: une tendance récente moins favorable que dans le passé* (p. 42). INED. Retrieved from [HTTP://WWW.COR-RETRAITES.FR/IMG/PDF/DOC-2234.PDF](http://www.cor-retraites.fr/IMG/PDF/DOC-2234.PDF)
- SIMON, H.A. (1945). *Administrative Behavior. A Study of Decision-Making Processes in Administrative Organization*. New York, The Free Press.
- SOLE, A. (2000). *Créateurs de mondes. Nos possibles, nos impossibles*. (Broché). 311p: Editions du Rocher.
- SPALLIAN. (2014). *Répartition des professionnels de santé en France*. Retrieved from [HTTPS://WWW.DATA.GOUV.FR/FR/REUSES/REPARTITION-DES-PROFESSIONNELS-DE-SANTE-EN-FRANCE/](https://www.data.gouv.fr/fr/reuses/repartition-des-professionnels-de-sante-en-france/)
- STAW, B. M. (1976). Knee-Deep in the Big Muddy: a study of escalating commitment to a chosen course of action. *Organizational Behavior and Human Performance*, 16, pp 27–44.
- STAW, B. M. (1981). The escalation of commitment to a course of action. *Academy of Management Review*, 6(4), pp 577–587. Retrieved from [HTTP://AMR.AOM.ORG/CONTENT/6/4/577.SHORT](http://amr.aom.org/content/6/4/577.short)
- TOURMEN, C. (2007). Activité, tâche, poste, métier, profession : quelques pistes de clarification et de réflexion. *Santé Publique*, 19(0), 15p. <http://doi.org/10.3917/spub.070.0015>
- TROUINARD, A. (2004). Les bouleversements des champs organisationnels: quelles leçons tirer de la presse quotidienne parisienne? In *13 e Conférence de l'AIMS* (p. 32p). Retrieved from [HTTP://WWW.STRATEGIE-AIMS.COM/EVENTS/CONFERENCES/10-XIIIEME-CONFERENCE-DE-L-AIMS/COMMUNICATIONS/499-LES-BOULEVERSEMENTS-DES-CHAMPS-ORGANISATIONNELS-QUEELLES-LECONS-TIRER-DE-LA-PRESSE-QUOTIDIENNE-PARISIENNE/DOWNLOAD](http://www.strategie-aims.com/events/conferences/10-xiiieme-conference-de-l-aims/communications/499-les-bouleversements-des-champs-organisationnels-queelles-lecons-tirer-de-la-presse-quotidienne-parisienne/download)
- UFR des sciences de la santé de l'Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines. Master sciences cliniques en soins infirmiers. Repéré à [HTTP://WWW.ETU.UVSQ.FR/MASTER-1-SCIENCES-CLINIQUES-EN-SOINS-INFIRMIERS-197753.KJSP](http://www.etu.uvsq.fr/master-1-sciences-cliniques-en-soins-infirmiers-197753.kjsp)
- VALENTIN, C. (2014, avril). A quoi sert la vision entrepreneuriale ? Retrieved from [HTTP://EMOSAPIENS.COM/2014/04/QUOI-SERT-LA-VISION-ENTREPRENEURIALE/](http://emosapiens.com/2014/04/quoi-sert-la-vision-entrepreneuriale/)
- VALLIN, J., et al. (2001). *Tables de mortalité françaises pour les XIXe et XXe siècles et projections pour le XXIe siècle*. Paris: INED. Retrieved from [HTTP://WWW.INED.FR/FR/TOUT-SAVOIR-POPULATION/GRAPHIQUES-CARTES/GRAPHIQUES-INTERPRETES/ESPERANCE-VIE-FRANCE/](http://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/graphiques-cartes/graphiques-interpretes/esperance-vie-france/)
- VANDANGEON-DERUMEZ, I. (2014). Le changement dans les établissements de santé - Support de cours Master 1 Management et Santé. IAE-UPEC.

- VEYER, K., & Conseil Régional de l'Ordre des Infirmiers d'Ile de France. (n.d.). Lettre protocole de coopération en cancérologie. Adressée à M. Roger Salamon Président du Collège du HCSP.
- VIDEAU, Y. (2013). Micro-économie de la santé - Support de cours Master 1 Management et Santé. IAE-UPEC.
- VINOT, D. (1999). *Le projet d'établissement à l'hôpital : de la formalisation du concept à son instrumentalisation*. (Thèse de doctorat es Sciences de Gestion). Business administration. Université Jean Moulin - Lyon III, 456p. Retrieved from [HTTPS://TEL.ARCHIVES-OUVERTES.FR/TEL-00477692/DOCUMENT](https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00477692/document)
- WEBER, M. (1919). *Le Savant et le Politique* (Poche). 224p: 10 X 18.
- WEBER, M. (1922). *Economie et société, tome 1 : Les Catégories de la sociologie* (Nouvelle). 410p: Pocket.
- WOODWARD, D., et al. (2002). Mondialisation et santé: un cadre pour l'analyse et l'action. *Bulletin de l'Organisation Mondiale de La Santé*, 6, 36–41. Retrieved from http://whqlibdoc.who.int/recueil_articles/2002/RA_2002_6_36-42_fre.pdf
- ZACHARIE, C. (2013). Droit de la Santé - Support de cours Master 1 Management et Santé. IAE-UPEC.
- ZAIDMAN, C., & et al. (2014). *Comptes nationaux de la santé 2013 - Edition 2014* (p. 247). France: DRESS. Retrieved from [HTTP://WWW.DREES.SANTE.GOUV.FR/IMG/PDF/COMPTES_SANTE_2013_EDITION_2014.PDF](http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/PDF/COMPTES_SANTE_2013_EDITION_2014.PDF)

SOURCES LEGISLATIVES :

Amendement n° AS1505 présenté par le Gouvernement - Article 30 du projet de loi relatif à la santé - Adopté par l'Assemblée Nationale le 13 mars 2015. N° 2302. Retrieved from [HTTP://WWW.ASSEMBLEE-NATIONALE.FR/14/AMENDEMENTS/2302/CIION-SOC/AS1505.ASP](http://www.assemblee-nationale.fr/14/AMENDEMENTS/2302/CIION-SOC/AS1505.ASP)

Arrêté du 28 mars 2012 modifiant l'arrêté du 31 décembre 2009 relatif à la procédure applicable aux protocoles de coopération entre professionnels de santé (ETSH1209189A). , Pub. L. No. ETSH1209189A (2012). Retrieved from [HTTP://WWW.LEGIFRANCE.GOUV.FR/AFFICHTEXTE.DO?CIDTEXTE=JORFTEXT000025684247&CATEGORIELIEN=ID](http://www.legifrance.gouv.fr/AFFICHTEXTE.DO?CIDTEXTE=JORFTEXT000025684247&CATEGORIELIEN=ID)

Code de la sécurité sociale. - Article L281-1. Retrieved from [HTTP://WWW.LEGIFRANCE.GOUV.FR/AFFICHCODEARTICLE.DO?IDARTICLE=LEGIARTI000006742223&CIDTEXTE=LEGITEXT000006073189](http://www.legifrance.gouv.fr/AFFICHCODEARTICLE.DO?IDARTICLE=LEGIARTI000006742223&CIDTEXTE=LEGITEXT000006073189)

Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine. Retrieved from [HTTP://WWW.LEGIFRANCE.GOUV.FR/AFFICHTEXTE.DO?CIDTEXTE=JORFTEXT000022932449&CATEGORIELIEN=ID](http://www.legifrance.gouv.fr/AFFICHTEXTE.DO?CIDTEXTE=JORFTEXT000022932449&CATEGORIELIEN=ID)

Loi constitutionnelle n° 96-138 du 22 février 1996 instituant les lois de financement de la sécurité sociale. Retrieved from [HTTP://WWW.LEGIFRANCE.GOUV.FR/AFFICHTEXTE.DO;JSESSIONID=D4A19E3F8E3C335FBED5441E085B78A8.TPDILA23V_3?CIDTEXTE=JORFTEXT000000741468&CATEGORIELIEN=ID](http://www.legifrance.gouv.fr/AFFICHTEXTE.DO;JSESSIONID=D4A19E3F8E3C335FBED5441E085B78A8.TPDILA23V_3?CIDTEXTE=JORFTEXT000000741468&CATEGORIELIEN=ID)

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (2002). Retrieved from [HTTP://WWW.LEGIFRANCE.GOUV.FR/AFFICHTEXTE.DO;JSESSIONID=FDC50B3AC6519A15765DF2C0D018CC55.TPDILA10V_1?CIDTEXTE=JORFTEXT000000227015&CATEGORIELIEN=ID](http://www.legifrance.gouv.fr/AFFICHTEXTE.DO;JSESSIONID=FDC50B3AC6519A15765DF2C0D018CC55.TPDILA10V_1?CIDTEXTE=JORFTEXT000000227015&CATEGORIELIEN=ID)

Loi n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique. Retrieved from [HTTP://WWW.LEGIFRANCE.GOUV.FR/AFFICHTEXTE.DO?CIDTEXTE=JORFTEXT000000441469](http://www.legifrance.gouv.fr/AFFICHTEXTE.DO?CIDTEXTE=JORFTEXT000000441469)

Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Retrieved from [HTTP://WWW.LEGIFRANCE.GOUV.FR/AFFICHTEXTE.DO?CIDTEXTE=JORFTEXT000000787078&DATETEXTE=&CATEGORIELIEN=ID](http://www.legifrance.gouv.fr/AFFICHTEXTE.DO?CIDTEXTE=JORFTEXT000000787078&DATETEXTE=&CATEGORIELIEN=ID)

Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (2005). Retrieved from [HTTP://WWW.LEGIFRANCE.GOUV.FR/AFFICHTEXTE.DO?CIDTEXTE=JORFTEXT000000446240&CATEGORIELIEN=ID](http://www.legifrance.gouv.fr/AFFICHTEXTE.DO?CIDTEXTE=JORFTEXT000000446240&CATEGORIELIEN=ID)

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires _ (2009). Retrieved from [HTTP://WWW.LEGIFRANCE.GOUV.FR/AFFICHTEXTE.DO;JSESSIONID=E48B9E4B4B440F1285136704BBFFB871.TPDILA10V_1?CIDTEXTE=JORFTEXT000020879475&CATEGORIELIEN=ID](http://www.legifrance.gouv.fr/AFFICHTEXTE.DO;JSESSIONID=E48B9E4B4B440F1285136704BBFFB871.TPDILA10V_1?CIDTEXTE=JORFTEXT000020879475&CATEGORIELIEN=ID)

Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée (1996).

Repéré à

[HTTP://WWW.LEGIFRANCE.GOUV.FR/AFFICHTEXTE.DO?CIDTEXTE=LEGITEXT000005620817](http://WWW.LEGIFRANCE.GOUV.FR/AFFICHTEXTE.DO?CIDTEXTE=LEGITEXT000005620817)

Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

Retrieved from

[HTTP://WWW.LEGIFRANCE.GOUV.FR/AFFICHTEXTE.DO;JSESSIONID=D4A19E3F8E3C335FBED5441E085B78A8.TPDILA23V_3?CIDTEXTE=JORFTEXT000000606537&CATEGORIELIEN=ID](http://WWW.LEGIFRANCE.GOUV.FR/AFFICHTEXTE.DO;JSESSIONID=D4A19E3F8E3C335FBED5441E085B78A8.TPDILA23V_3?CIDTEXTE=JORFTEXT000000606537&CATEGORIELIEN=ID)

Projet de loi relatif à la santé, Pub. L. No. 2302 (2014). Retrieved from [HTTP://S3-EU-WEST-](http://S3-EU-WEST-1.AMAZONAWS.COM/STATIC.HOSPIMEDIA.FR/DOCUMENTS/175987/1062/PROJET_DE_LOI_SANTE.PDF?1414685115)

[1.AMAZONAWS.COM/STATIC.HOSPIMEDIA.FR/DOCUMENTS/175987/1062/PROJET_DE_LOI_SANTE.PDF?1414685115](http://S3-EU-WEST-1.AMAZONAWS.COM/STATIC.HOSPIMEDIA.FR/DOCUMENTS/175987/1062/PROJET_DE_LOI_SANTE.PDF?1414685115)

Projet de loi de modernisation de notre système de santé - Adopté par l'Assemblée Nationale en première lecture. , Pub. L. No. 505 (2015). Retrieved from [HTTP://WWW.ASSEMBLEE-](http://WWW.ASSEMBLEE-NATIONALE.FR/14/TA/TA0505.ASP)

[NATIONALE.FR/14/TA/TA0505.ASP](http://WWW.ASSEMBLEE-NATIONALE.FR/14/TA/TA0505.ASP)



Formation & Recherche en Soins

2 rue Antoine Etex 94000 CRETEIL – Tel 01.58.42.46.20 Fax 01.58.42.46.29

**Diplôme de Master Management des Organisations Soignantes
MTMOS@14-15**

TITRE DU MEMOIRE

L'accompagnement au développement de pratiques avancées infirmières dans un établissement de santé.

AUTEUR

GENERAU Marie

MOTS-CLES

Pratiques avancées infirmières, compétences, établissement de santé, gestion de projet, accompagnement au changement

KEYWORDS

Advanced nursing practices, skills, healthcare facility, project management, change management

RESUME

Dans le contexte actuel, notre système de santé fait face à de nombreux bouleversements et doit s'adapter à de nouveaux enjeux tout en continuant à améliorer la qualité des soins.

Le développement des pratiques avancées infirmières pourrait être un moyen de répondre à ces défis. D'ailleurs, le projet de loi pour la santé de 2015 prévoit de donner un statut à la fonction d'infirmier en pratiques avancées. Ainsi leur articulation concrète dans notre environnement mérite d'être étudiée et ce changement accompagné.

L'objectif de ce travail est de définir une démarche d'introduction des pratiques avancées infirmières à destination des établissements de santé. C'est un projet prospectif qui doit pouvoir s'adapter aux besoins des établissements de santé dans lesquels cette réflexion se posera.

Ce projet se développe donc selon 4 phases : les enjeux, les pratiques avancées, la conduite du changement et le projet d'organisation.

Les résultats se situent à deux niveaux. Premièrement, la réussite du projet en ce qu'il aura pris en compte une vision globale et exhaustive des différents enjeux et perspectives. Deuxièmement, un résultat prospectif qui pourra être évalué lors de la mise en œuvre concrète de ce projet par un établissement de santé.

ABSTRACT

Within the current context, our healthcare system has to cope with many upheavals and to face new challenges while continuing to improve the quality of care.

The development of advanced nursing practices could provide a response to these challenges. Besides, the 2015 French law on public health includes the provision of a legal status for a new function: advanced practices nurse. As a result their integration in our environment must be studied and this change supported.

The aim of this project is to define a process to introduce the advanced nursing practices in a healthcare facility. It is a prospective project that should be able to adapt to the healthcare facility in which there is a reflexion on this issue.

The project is developed in four stages: challenges, advanced practices, change management and the organisation project.

The results can be assessed at two levels. Firstly, if the project managed to provide an exhaustive detailed overview of the issues and challenges. And secondly, if a prospective result can be evaluated when this project is implemented in a healthcare facility.