



**Master 2^{ème} année
Management Sectoriel, Parcours « Management
des Organisations Soignantes »**

**Piloter le changement organisationnel en EHPAD :
la mise en place de la pratique avancée infirmière**

Projet Managérial
ECUE 7.2
Marie GENERAU
Patrick FARNAULT

Eléonore ABSALON
Année 2021/2022

Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne



Note aux lecteurs

Les travaux des étudiants du Master Management des Organisations Soignantes de l'ESM sont des travaux personnels réalisés pendant l'année de formation.

Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'ESM – Formation & Recherche en Soins.

« Aucun de nous, en agissant seul, ne peut atteindre le succès » Nelson Mandela (1918-2013)

TABLE DES MATIERES

TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	3
LISTE DES ABREVIATIONS.....	4
INTRODUCTION.....	6
1. EHPAD Sainte-Marthe : état des lieux et analyse de l'existant.....	8
1.1 Contexte institutionnel.....	8
1.1.1 L'histoire et la gouvernance	8
1.1.2 L'EHPAD Sainte-Marthe.....	9
1.2 Contexte d'émergence du projet.....	10
1.2.1 L'organisation et les moyens humains	10
1.2.2 Des médecins traitants de moins en moins présents	10
1.2.3 Une perte d'efficacité dans la réalisation des soins	11
1.2.4 Les attentes des résidents	11
1.2.5 Des enjeux politiques face aux évolutions démographiques	12
1.2.5.1 Le vieillissement de la population.....	12
1.2.5.2 Une démographie médicale déclinante	13
1.2.5.3 Une politique de maintien à domicile	14
1.2.5.4 Une diminution des lits d'USLD	14
1.2.5.5 La promotion de nouvelles formes de coopération.....	15
2. La pratique avancée, un concept innovant en France	16
2.1 Expériences des pratiques avancées internationales.....	16
2.2 L'IPA en France	17
2.2.1 Approche socio-historique française de la profession infirmière	18
2.2.1.1 Une période réformatrice.....	18
2.2.1.2 Vers la professionnalisation de la profession.....	19
2.2.1.3 Une quête de reconnaissance	19
2.2.1.4 Emergence de l'autonomie professionnelle	20
2.2.2 Cadre réglementaire de l'exercice infirmier en pratique avancée en France	21
2.2.2.1 Une dynamique affirmée.....	21
2.2.2.2 Les activités, la formation	22
2.2.3 Une approche par compétences.....	23
2.3 L'IPA dans l'accompagnement du grand âge	25
2.3.1 Une expertise dans les maladies chroniques	25
2.3.2 L'importance de l'approche populationnelle.....	26
2.3.3 Une complémentarité médecin-IPA indispensable.....	27
2.3.4 Synthèse des bénéfices attendus.....	29
2.3.5 Traduction pratique à l'aide d'un cas clinique.....	29
3. La gestion de projet pour le développement de l'IPA en EHPAD.....	30

3.1	Réunir les conditions d'une dynamique de changement.....	30
3.1.1	Initier et manager le changement.....	30
3.1.2	Une méthodologie de projet spécifique : le modèle PEPPA.....	33
3.2	Réussir le lancement du projet.....	35
3.2.1	Mise en place du comité de pilotage.....	35
3.2.2	Un impact budgétaire à mesurer	37
3.2.2.1	Des coûts liés aux ressources humaines	37
3.2.2.2	Prévoir le financement de nouvelles compétences	38
3.2.2.3	L'implantation d'une IPA constitue une stratégie d'attractivité et de fidélisation	40
3.2.2.4	Moyen mis à disposition.....	40
3.2.3	Être à l'écoute des représentations	41
3.2.3.1	Donner à chacun la possibilité d'apporter sa contribution au projet.....	41
3.2.3.2	Les rapports de pouvoir	41
3.2.3.3	Etude d'impact.....	41
3.2.4	Stratégie de communication.....	44
3.2.5	Présenter le projet.....	45
3.3	Accompagner l'intégration de l'IPA.....	46
3.3.1	La sélection dans le cadre d'un projet professionnel IPA.....	46
3.3.2	Situer le rôle de l'IPA.....	47
3.3.3	Positionnement hiérarchique.....	49
3.4	Évaluer le projet	49
3.5	Perspectives.....	51
	CONCLUSION.....	52
	BIBLIOGRAPHIE.....	53
	ANNEXES.....	

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 – Evolution passée et projetée de l'espérance de vie à la naissance en France métropolitaine.....	12
Figure 2 – Evolution de la densité des médecins généralistes en France entre 2012 et 2021.....	13
Figure 3 – Modèle des relations interpersonnelles de Peplau.....	16
Figure 4 – La pratique avancée en soins infirmiers : un concept, deux fonctions.....	17
Figure 5 – Calendrier de mise en œuvre de la PAI.....	21
Figure 6 – État des lieux des infirmiers et infirmiers étudiants en pratique avancée en mars 2022.....	23
Figure 7 – Modélisation des compétences de l'IPA selon le modèle d'HAMRIC.....	25
Figure 8 – Les sciences infirmières dans la pratique avancée infirmière.....	27
Figure 9 – Matrice d'analyse stratégique de l'intégration de la pratique avancée à Sainte-Marthe.....	32
Figure 10 – Modèle PEPPA.....	34
Figure 11 – Matrice des leviers de X. MARCHAND.....	36
Figure 12 – Elaboration de la matrice Pouvoir-Intérêt sur le modèle de Johnson et Scholes.....	43

LISTE DES ABREVIATIONS

ANFIPA Association nationale française des infirmiers(ères) en pratique avancée

APA Allocation personnalisée d'autonomie

ARS Agence régionale de santé

CA Conseil d'administration

CASF Code de l'action sociale et des familles

CESE Conseil économique, social et environnemental

CII Conseil international des infirmiers(ères)

CNSA Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

COMEX Comité exécutif

CPF Compte professionnel de formation

CVS conseil de la vie social

DAF Direction des affaires financières

DG Direction générale

DEIPA Diplôme d'Etat d'infirmier(ère) en pratique avancée

DREES Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DRH Direction des ressources humaines

EHPAD Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EPRD État prévisionnel des recettes et des dépenses

ETP Équivalent temps plein

FIR Fonds d'intervention régional

GPEC Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences

HAS Haute autorité de santé

IDE Infirmier(ère) diplômé(e) d'Etat

INSEE Institut national de la statistique et des études économiques

IP Infirmier(ère) praticienne

IPA Infirmier(ère) de pratique avancée

ISC Infirmière spécialiste clinique

ISO Organisation nationale de normalisation

MEDCO Médecin coordonnateur

PAI Pratique avancée infirmière

PASA Pôle d'activité et de soins adaptés

PCS Pathologies chroniques stabilisées

PNM Professionnels non médicaux

PHRIP Programme hospitalier de recherches infirmières et paramédicales

OCDE Organisation de coopération et de développement économique

OMS Organisation mondiale de la santé

SFGG Société française de gériatrie et gérontologie

SWOT Strength [forces], weaknesses [faiblesses], opportunities [opportunités], threats [menaces]

UNIPA Union national des infirmiers en pratique avancée

USLD Unité de soins de longue durée

VAE Validation des acquis de l'expérience

VAP Validation des acquis professionnels

INTRODUCTION

« Mourir cela n'est rien
Mourir la belle affaire
Mais vieillir... ô
vieillir. »¹

Ils sont nos grands-parents, nos parents, nos aînés, que d'autres qualifieront de seniors, anciens, vétérans ou encore vieillards, par affection ou à l'inverse dérision. Dans ce projet, je choisis de les nommer les personnes âgées.

Leur nombre est en constante augmentation en raison de l'allongement de l'espérance de vie à la naissance, ce qui induit un vieillissement de la population avec pour corollaire une hausse de la polymorbidité.

Cadre de santé depuis 2019 à l'établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD) Sainte-Marthe, je suis témoin d'une augmentation du nombre de demandes d'admission concernant des résidents en perte d'autonomie avec des critères de fragilité, et notamment atteints de maladies chroniques et de troubles psychiques. Comme l'indique un rapport d'information publié par la commission des affaires sociales en 2015, « les résidents d'EHPAD nécessitent une prise en charge médicale plus importante qu'auparavant, un résident d'EHPAD cumulant en moyenne 7,9 pathologies. »²

Bien que considéré comme un lieu de vie, l'EHPAD est également un lieu où sont dispensés des soins, y compris palliatifs et qui accompagne la fin de vie. Bien qu'un EHPAD relève du secteur médico-social, conformément à l'article L 312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles, la médicalisation y est de plus en plus prégnante.

Cependant, les modalités de fonctionnement de l'EHPAD Sainte-Marthe, la gestion des ressources humaines et les pratiques professionnelles n'ont pas fait l'objet de réaménagements suffisamment élaborés et co-construits avec les professionnels pour moduler les réponses aux besoins émergents.

Ce constat vient questionner de façon plus globale le modèle actuel des soins en EHPAD, qui peine à répondre aux enjeux sanitaires et à l'hétérogénéité des profils de résidents accueillis. Dans un avis de 2018 concernant l'accompagnement de la perte d'autonomie, le conseil économique, social et environnemental (CESE) préconise de « travailler ensemble autrement pour répondre aux exigences d'un accompagnement global et digne »³. En 2019, il rend compte d'une nécessaire « amélioration de la prise en charge coordonnée des maladies chroniques en EHPAD par l'évolution des pratiques professionnelles »⁴ et affirme explicitement dans sa préconisation n°10 de « progresser, en concertation avec les organisations professionnelles, dans les pratiques avancées. »⁵

Cette volonté d'opérer un renforcement dans la coopération entre les professionnels de santé s'est légiférée en France avec la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Elle crée par son article 119 le cadre législatif de l'exercice en pratique avancée : « Les auxiliaires médicaux peuvent exercer en pratique avancée au sein d'une équipe de soins primaires coordonnée par le médecin traitant ou au sein d'une équipe de soins en établissements de santé ou en établissements médico-sociaux coordonnée par un médecin. »⁶

Le décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 vient préciser l'exercice de l'infirmière en pratique avancée (IPA), définie par le Conseil International des Infirmiers (CII) comme « un infirmier(ère) diplômé qui a acquis des connaissances théoriques, le savoir-faire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de sa profession. Les caractéristiques de cette pratique avancée sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmier(ère) sera autorisé à exercer. »⁷

¹ Jacques Brel, Vieillir, 1977.

² Iborra M., Fiat, C. (2018). Rapport d'information déposé par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

³ Esch M-C. (2018). Vieillir dans la dignité, avis et rapport du CESE adopté le 24 avril 2018.

⁴ Chassang M., Gautier A. (2019). Les maladies chroniques, avis et rapport du CESE adopté le 11 juin 2019.

⁵ Ibid.

⁶ Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Disponible : [LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé \(1\) - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](https://www.legifrance.gouv.fr/LOI/n2016-41-du-26-janvier-2016-de-modernisation-de-notre-systeme-de-sante-1)

⁷ [L'infirmier en pratique avancée - Ministère des Solidarités et de la Santé \(solidarites-sante.gouv.fr\)](https://www.solidarites-sante.gouv.fr/infirmerie/infirmerie-en-pratique-avancee)

C'est donc au prisme de ces enjeux que se situe ce projet managérial, qui se veut enrichir les connaissances sur cette nouvelle forme d'exercice afin d'intégrer la pratique avancée infirmière (PAI) dans son organisation future.

Dans une première partie, je m'attacherai à présenter l'établissement, à proposer un état des lieux et une analyse du contexte institutionnel à l'aune du projet. En seconde partie, j'évoquerai les fondements de la PAI, ses enjeux, ainsi que les réponses que le modèle français peut apporter dans l'amélioration de la prise en soins en EHPAD. Dans une dernière partie, je m'emploierai à développer le contenu et la gestion de projet pour l'intégration de la PAI en EHPAD.

Pour mener à bien ce projet, j'ai réalisé des entretiens semi-directifs qualitatifs, afin d'objectiver l'appréciation et la projection des différents acteurs concernés envers la pratique avancée. Je me suis également appuyée sur des lectures de matériaux empiriques, dont les expériences à l'international, et j'ai procédé à de nombreuses recherches et une analyse documentaire. Cette démarche de connaissances m'est apparue tout autant nécessaire que fondamentale.

1. EHPAD Sainte-Marthe : état des lieux et analyse de l'existant

Je m'emploierai dans ce chapitre à décrire l'EHPAD dont je suis la cadre de santé, en présentant le gestionnaire et ses valeurs, l'établissement et son histoire avant d'évoquer le contexte d'émergence du projet de l'implantation de la PAI, résultant de facteurs internes à la structure, mais aussi externes.

1.1 Contexte institutionnel

1.1.1 L'histoire et la gouvernance

En cent trente-deux ans d'existence, l'établissement Sainte-Marthe a connu quatre gestionnaires. A la suite de Louise Glavier, religieuse et fondatrice de la maison, la gestion fut assurée par sa congrégation religieuse, avant d'être confiée en 1970 à une association de croyants non ordonnés.

L'association, connaissant des difficultés financières, s'est adossée à la fondation Sainte-Marie reconnue d'utilité publique en 2009. Enfin, en 2016, la fondation a elle-même intégré le giron de l'union mutualiste du groupe VYV. L'objectif de cette opération était de renforcer la surface financière du gestionnaire et de lui permettre de garantir la réalisation de ses missions.

Les Groupes MGEN, Istya et Harmonie ont formé, le 13 septembre 2017, le Groupe VYV pour constituer un pôle non lucratif de la santé et de la protection sociale, porteur d'une ambition d'acteur global de santé et d'un vrai projet de société.

VYV 3, qui constitue l'offre de soins et d'accompagnement du groupe VYV, rassemble aujourd'hui plus de 1000 établissements de soins et de services dans 17 domaines du médico-social, du sanitaire et des biens médicaux, sur 56 départements, avec 25 000 collaborateurs.

VYV 3 Ile de France est un organisme privé à but non lucratif, régi par le livre III du Code de la mutualité qui gère à ce jour 54 structures sanitaires et médico-sociales représentant plus de 2 900 salariés. Son organisation s'articule autour de 2 pôles métiers.



Congrégation, association loi 1901, fondation, union mutualiste, l'EHPAD Sainte-Marthe a connu différents gestionnaires au cours de son histoire, mais partageant un même socle de valeurs encore vivantes aujourd'hui, appartenant tous au secteur non lucratif.

Dans le prolongement de ses prédécesseurs, la mission déclarée de VYV3 Ile de France est de répondre aux besoins spécifiques des personnes dépendantes, malades ou atteintes d'affections chroniques invalidantes, quel que soit leur âge. Il inscrit son action dans une triple dynamique : améliorer continuellement la qualité et la prise en charge des personnes accompagnées ou accueillies à toutes les étapes de leurs parcours, chercher constamment à répondre dans une logique de proximité aux besoins insuffisamment ou non pourvus sur les territoires et veiller à la pertinence et à l'équilibre économique des activités de ses membres.

Cette orientation véhicule les valeurs du groupe, en parfait accord avec le projet d'implanter la PAI pour améliorer la prise en soins des résidents.

La nature stratégique de ce projet implique sa présentation en gouvernance pour une nécessaire validation. A ce titre, il apparaît pertinent d'évoquer l'organisation de la gouvernance de VYV3 Ile de France.

Comme explicité précédemment le groupe VYV est un groupe d'acteurs mutualistes, dont chacun d'eux est représenté par un collège de délégués au sein de l'Assemblée générale qui élisent un bureau de quatre membres constituant le conseil d'administration (CA). Parmi ses différentes attributions, le CA nomme le directeur général (DG) de VYV3 Ile de France. Le DG définit les orientations stratégiques qu'il met en œuvre avec une équipe de direction : secrétaire générale, direction des ressources humaines (DRH), direction des affaires financière (DAF), direction chargée de mission développement, à laquelle sont rattachées les autres fonctions supports (communication, service informatique et systèmes d'information, service qualité, service de maintenance et sécurité).

Le DG organise un comité de pôle trimestriel, instance où les directions de pôle présentent les projets stratégiques nécessitant la validation de l'organe politique. Chaque mois, les directions de pôle réunissent en comité exécutif (COMEX) les directions d'établissement de leur périmètre. Le COMEX est l'instance où se rejoignent le stratégique et le managérial, où s'échange l'information entre siège et établissements.

1.1.2 L'EHPAD Sainte-Marthe

L'établissement Sainte-Marthe est officiellement un EHPAD par décret du 30 juin 2007. Il dispose d'une capacité d'accueil de 89 places, ramenée à 85 dans le cadre de la convention tripartite pluriannuelle signée en 2007. Cette disposition permet d'abaisser à 13 le nombre de chambres à deux lits, afin d'accueillir dans des chambres individuelles des résidents nécessitant des prises en charge lourdes. Toutefois, à ce jour, nous sommes dans l'obligation de proposer un hébergement en chambre double pour 30% des personnes accueillies, bien que la proportion de résidents présentant des troubles importants et nécessitant une chambre individuelle augmente.

Son offre de soins est proposée dans un bassin constitué de plusieurs établissements privés et publics avec lesquels Sainte-Marthe a passé plusieurs conventions pour satisfaire à ses missions de service public. L'établissement est habilité à l'aide sociale, répondant ainsi aux personnes âgées socialement défavorisées et propose uniquement des hébergements permanents.

Les conditions d'hébergement, au niveau des chambres comme des espaces communs, ne répondant plus aux besoins actuels des personnes âgées dépendantes accueillies, VYV3 Ile de France, envisage depuis une quinzaine d'années un programme de reconstruction des locaux de l'EHPAD permettant d'offrir aux résidents et à leur famille un confort hôtelier plus adapté. Ce projet de reconstruction vise à améliorer l'offre de soins et d'hébergement d'un point de vue quantitatif et qualitatif par :

- Une augmentation de la capacité en hébergement permanent de 15 places pour une mise en exploitation complète de 104 lits habilités à l'aide sociale
- Une amélioration des conditions de vie et d'hébergement des résidents
- Une offre de soins enrichie avec deux unités d'hébergement spécialisés pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer de 14 places chacune et un Pôle d'activité et de soins adaptés (PASA) de 14 places
- Une conception architecturale repensée et adaptée aux spécificités des personnes accueillies.

Néanmoins, les négociations avec les tutelles sont à ce jour toujours en cours et la reconstruction est en attente de financement. La projection de cette reconstruction a longtemps fait obstacle à l'élaboration d'une réflexion sur l'évolution de l'organisation des soins dans le contexte actuel.

Pour ne pas rester lettre morte, l'engagement proclamé de mettre en place un exercice de PAI en EHPAD doit s'appuyer sur les points forts, tout en considérant les faiblesses, les opportunités et les menaces. Le chapitre suivant en fait l'examen.

1.2 Contexte d'émergence du projet

1.2.1 L'organisation et les moyens humains

L'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD) de l'établissement prévoit une équipe pluridisciplinaire de 57 salariés répartis en équipe hébergement (hôtellerie, restauration, buanderie et services généraux), équipe médicale (un médecin coordonnateur à mi-temps), paramédicale (une cadre de soins, trois postes d'infirmier(ère)s (IDE), un poste d'ergothérapeute à temps plein) et thérapeutique (une psychologue présente deux jours par semaine), une animatrice à temps plein et du personnel administratif et d'accueil. L'EHPAD dispose ainsi d'un taux d'encadrement de 0,67, supérieur au taux médian national de 0,63 selon les données de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)⁸.

Néanmoins, il reste très contraint au regard des difficultés de recrutement. Si tous les postes sont concernés, la situation est particulièrement préoccupante pour le médecin coordonnateur (MEDCO).

Le temps de présence du MEDCO est défini au niveau règlementaire⁹ et correspond à un équivalent temps plein (ETP) de 0,50 pour un établissement dont la capacité autorisée est comprise entre 60 et 99 places. Bien que l'EPRD soit conforme à cette réglementation, le poste reste vacant depuis trois ans, et ce malgré une revalorisation salariale.

Pour pallier cette difficulté et assurer la continuité des soins, le médecin traitant de la majorité des résidents de l'EHPAD a accepté d'intervenir en qualité de MEDCO à raison de deux demi-journées par semaine, soit 0,20 ETP. Il intervient également une journée en tant que médecin traitant pour le suivi des résidents faisant partie de sa patientèle afin d'effectuer le renouvellement des prescriptions. En parallèle, il exerce une activité libérale. De fait, même présent dans l'établissement, sa disponibilité médicale est limitée car il est en charge de nombreuses missions afférentes au poste de MEDCO (fonctions médico-administratives dont dépendent le financement de la structure, visites de préadmission, révision et élaboration de protocoles etc.)

1.2.2 Des médecins traitants de moins en moins présents

L'autre difficulté croissante à laquelle nous sommes confrontés est le désengagement des médecins traitants initiaux à l'entrée d'un résident au sein de l'EHPAD. Se déplacer à l'EHPAD apparaît en effet trop chronophage dans un emploi du temps médical contraint, et les résidents d'EHPAD sont parmi les premiers à pâtir de la diminution des visites à domicile effectuées par les généralistes. L'EHPAD étant par essence un établissement médicalisé, une visite au résident apparaît a priori moins urgente, le médecin traitant pouvant avoir l'impression que celui-ci est déjà pris en charge par l'institution. Mais d'autres freins sont parfois évoqués par les médecins traitants et notamment une mauvaise expérience due à des dysfonctionnements structureaux (communication inefficace notamment) ou encore le temps de trajet.

En se rapprochant des autres établissements du groupe et notamment de l'EHPAD Saint-Antoine de Padoue situé sur le même département, nous nous rendons compte que les difficultés sont similaires.

⁸ CNSA. (2019). La situation des EHPAD en 2017. Analyse de la gestion des établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes et de la prise en charge des résidents.

⁹ Article D. 312-156 du code de l'action sociale et des familles

Un rapport d'information présenté par IBORRA et FIAT, députées, évoque un nombre très éclairant : sur les 40 000 visites réalisées chaque année par SOS Médecins dans les EHPAD, 40 % ont lieu non pas au titre de la permanence des soins mais au titre de la continuité des soins, c'est-à-dire de jour, aux heures d'ouverture des cabinets des médecins généralistes¹⁰.

1.2.3 Une perte d'efficacité dans la réalisation des soins

La difficulté d'accès aux médecins traitants a des conséquences non négligeables sur la bonne organisation des soins en EHPAD : les visites au résident sont anecdotiques et les médecins doivent régulièrement se contenter de faxer leurs prescriptions. L'établissement est parfois dans l'obligation de se charger de trouver un nouveau médecin traitant à un résident.

Faute de pouvoir convaincre et développer du lien avec les médecins généralistes environnants, nous en sommes arrivés à une situation de médecin coordonnateur prescripteur quasi unique. La charge de travail est considérable et la prise en soins des résidents s'en trouve altérée car insuffisamment réactive : il existe toujours une situation plus urgente que l'urgence.

De nombreuses situations aiguës, récurrentes chez les personnes âgées (pneumopathie d'inhalation, détresse respiratoire aiguë, maladie infectieuse hivernale, iatrogénie médicamenteuse ...), et entraînant des hospitalisations, pourraient être évitées par des actions de prévention et une meilleure permanence et continuité des soins. Selon un guide de la Haute autorité de santé (HAS) s'intitulant « Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents en EHPAD », « leur prévention relève de plusieurs stratégies complémentaires à mettre en œuvre [dont] la prise en charge optimale des maladies chroniques et des syndromes gériatriques »¹¹ en renforçant notamment les ressources soignantes et l'expertise gériatrique au sein de l'EHPAD.

Les problématiques soulevées conduisent à des phénomènes importants de glissements de tâches. Bien que directement liés au manque de personnel, ces glissements sont aussi le signe que le partage des fonctions, les missions de chacun, mériteraient d'être redéfinies.

1.2.4 Les attentes des résidents

Une autre donnée contextuelle probante est la posture du patient qui a évolué au fil des années, du malade « assisté et objet de soins » à l'utilisateur acteur du système de santé, entérinée par la loi du 4 mars 2002¹², dite loi Kouchner. Elle crée les fondements d'une véritable démocratie sanitaire, comme l'atteste l'intitulé de son titre II, en affirmant les droits de l'utilisateur qui contribue à le rendre à la fois acteur de la prise en charge de sa propre santé et acteur des décisions de santé publique.

Lors d'échanges informels avec les résidents et les familles rencontrés dans le service au sujet des soins dispensés au sein de l'EHPAD, j'ai recueilli des verbatims éloquentes sur l'expérience résident, dont certains sont révélateurs de ce changement de paradigme : « vous attendez que je crève », « personne ne s'occupe de ma prostate », « je ne veux pas déranger le médecin même si j'en ai besoin, il est très demandé. Il m'a prescrit un cachet rose mais je ne sais pas à quoi il sert », « il (le médecin) m'a dit qu'il repasserait mais j'attends toujours », « les infirmières s'occupent de mon pansement. Heureusement qu'elles sont présentes car la dernière fois que j'ai vu le médecin ... ça fait quelques mois ».

En analysant les propos des résidents, la notion de temps, les besoins de considération et d'échange relationnel reviennent régulièrement. La communication avec l'équipe soignante semble laborieuse ou associée au sentiment de gêner le corps médical investi dans d'autres tâches. Au-delà d'être une ressource, ces relations s'avèrent parfois apparaître comme un irritant.

¹⁰ Iborra, M., Fiat C. (2018). Rapport d'information déposé par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

¹¹ HAS. (2015). Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents des EHPAD.

¹² Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Les propos d'une famille m'ont particulièrement interpellés : « *La prise en charge médicale est problématique dans le cas de ma mère : le manque de présence médicale entraîne des interventions trop espacées dans le temps et une gestion insuffisante de la douleur. À chaque fois que je lui rends visite, elle me semble inconfortable. La rapidité des visites oblige à privilégier la médecine du corps au détriment de la médecine de l'âme qui ne devrait pas en être dissociée, surtout au grand âge. Prescrire des médicaments ne suffit pas* ».

Ainsi, le contexte de raréfaction préoccupante du temps médical, mais aussi le développement des maladies chroniques et du vieillissement, comme nous le verrons, ont démontré que le système organisé autour du seul médecin a ses limites.

1.2.5 Des enjeux politiques face aux évolutions démographiques

Le contexte d'émergence du projet n'est pas exclusivement lié à des facteurs internes à l'établissement : il tient également à une insuffisante adaptation de notre société à la réalité et aux conséquences du vieillissement. C'est la rencontre entre un phénomène démographique d'une ampleur inédite et une prise de conscience insuffisante des caractéristiques de la population de notre pays.

1.2.5.1 Le vieillissement de la population

Les projections démographiques¹³ de l'institut national de la statistique et des études économiques (Insee) prévoient une augmentation du nombre de personnes âgées de 60 ans et plus de 10,4 millions entre 2007 et 2060. Cela représente une hausse de 80 % pour atteindre 23,6 millions en 2060. La part des personnes âgées de 60 ans et plus passerait de 26,4 % en 2020 à 32,1 % de la population en 2060. De même, la part des personnes âgées de 75 ans et plus passerait de 9,4 % de la population en 2020 à 16 % en 2050 et 16,2 % en 2060. Par ailleurs, l'espérance de vie à la naissance continue de croître en France, pour les femmes (85,3 ans en 2016 contre 85,1 ans en 2015) comme pour les hommes (79,3 ans contre 79,0 ans).

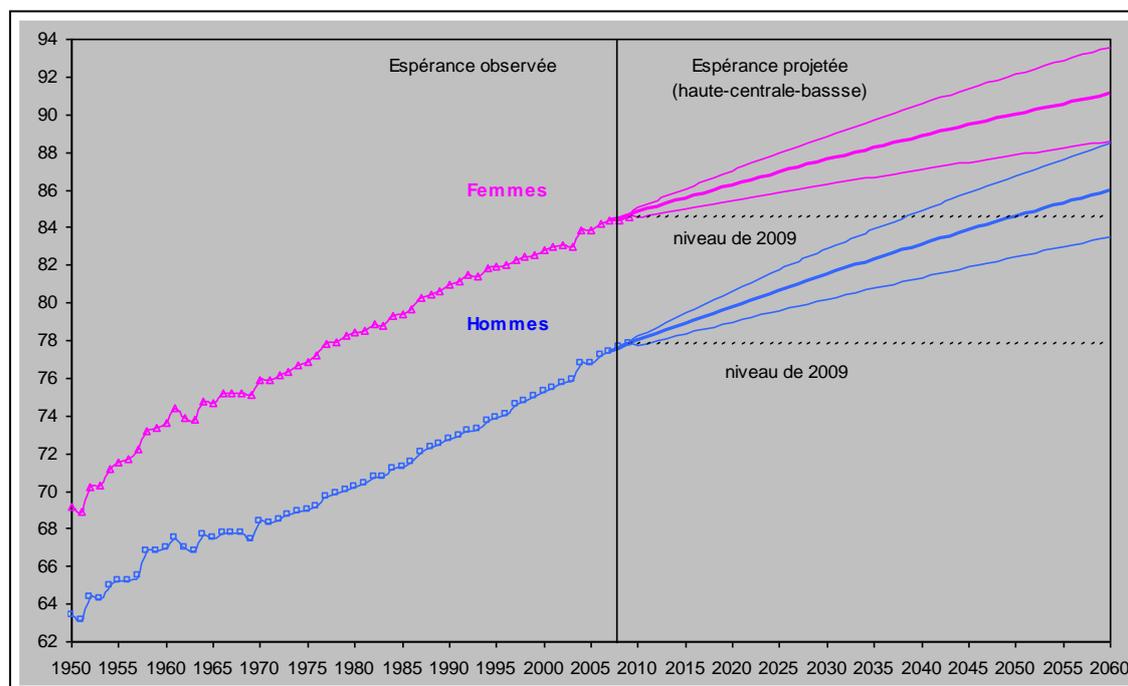


Figure 1 – Evolution passée et projetée de l'espérance de vie à la naissance en France métropolitaine
Source : Insee, estimations de population et statistiques de l'état civil et projection de population 2007-2060.

¹³ Blanpain N., Chardon O. (2010) Projections de population 2007-2060 pour la France métropolitaine, Document de travail, Insee.

Les critères démographiques influent sur le profil des populations accueillies en EHPAD. Les résidents atteignent des âges où les effets de la dépendance sont plus importants. Selon l'étude de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (Drees) de 2017, 81 % des résidents étaient en perte d'autonomie en 2011 au sens de la grille AGGIR¹⁴ et 83 % en 2015¹⁵.

Les besoins de cette population plus âgée s'expriment également au travers des troubles psycho-gériatriques et comportementaux qu'elle peut présenter. La population entrant en EHPAD nécessite de nouveaux besoins en soins croissants.

En conséquence, les prévisions de croissance démographique et l'évolution du profil des résidents accueillis imposent aux EHPAD la nécessité de transformer leur offre de soins pour répondre à ces nouveaux besoins.

1.2.5.2 Une démographie médicale déclinante

Selon la Drees¹⁶, la densité de médecins généralistes diminue nettement entre 2012 et 2021, en raison d'une part de la baisse des effectifs de médecins généralistes et, d'autre part, de l'augmentation de la population. Elle passe ainsi de 153 médecins généralistes pour 100 000 habitants en 2012 à 140 médecins généralistes pour 100 000 habitants en 2021. Cette diminution affecte l'ensemble des régions françaises.

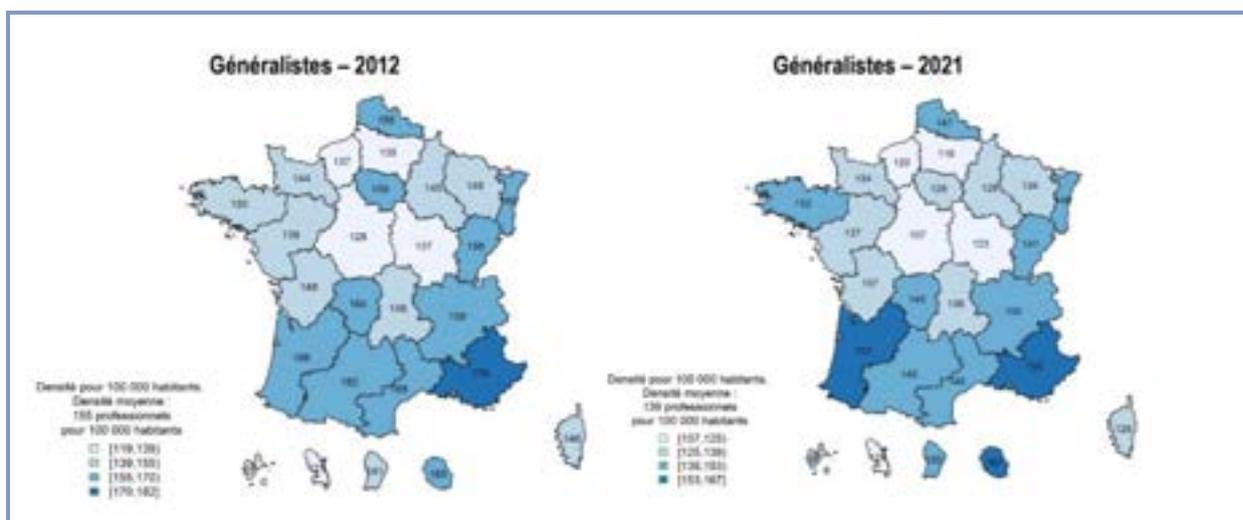


Figure 2 – Evolution de la densité des médecins généralistes en France entre 2012 et 2021

Source : RPPS, Insee, traitement Drees

Ce constat est également confirmé par un rapport publié par le conseil départemental de l'ordre des médecins de Seine-Saint-Denis¹⁷, qui objective sur dix ans une baisse de 17.51 % de généralistes libéraux en activité en Seine-Saint-Denis.

¹⁴ La grille AGGIR (Autonomie, gérontologie, groupes iso-ressources) est un barème permettant d'évaluer l'état d'autonomie de la personne âgée. Il est déterminé par une équipe médico-sociale pluridisciplinaire (médecin, assistante sociale, cadre de santé), qui se charge d'évaluer le degré de perte d'autonomie. Elle détermine ainsi à quel groupe iso-ressources (GIR) appartient le demandeur.

¹⁵ Muller, M. (2017). 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015. Études et résultats, Drees, n° 1015.

¹⁶ Drees. (2021). Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ?. Les dossiers de la Drees n° 76.

¹⁷ http://www.cdom93.fr/fichier/t_bulletin/45/bulletin_fichier_fr_n40.vademecum.2021.pdf

<p>En 2010, la Seine-Saint-Denis comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 522048 habitants - 4889 médecins en activité inscrits au tableau - Soit un médecin pour près de 311 habitants. <ul style="list-style-type: none"> • Dont en activité 1975 médecins généralistes • 2057 médecins spécialistes 	<p>En 2019, le département est passé à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 606660 habitants, soit une croissance de 5.56 % - 5189 médecins en activité inscrits au tableau, soit une croissance de 6.14 % - Soit un médecin pour près de 310 habitants <ul style="list-style-type: none"> • Dont en activité 1714 médecins généralistes • 2460 médecins spécialistes.
--	---

1.2.5.3 Une politique de maintien à domicile

Si l'augmentation du nombre de résidents très âgés est évidemment due à l'allongement de l'espérance de vie, l'augmentation du niveau de dépendance des personnes accueillies en EHPAD est également la résultante des choix politiques qui ont été faits au cours des dix dernières années dans la prise en charge du grand âge.

En effet, si les personnes âgées entrent de plus en plus tard et de plus en plus dépendantes en EHPAD, c'est aussi parce qu'au cours de la décennie écoulée, la priorité a été donnée au « virage domiciliaire ». La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement, promulguée le 28 décembre 2015, privilégie l'accompagnement à domicile des personnes âgées, notamment en revalorisant l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile. Elle reconnaît également le statut de « proche aidant » et permet la création d'un « droit au répit ». De fait, l'entrée en EHPAD est bien souvent repoussée le plus possible, jusqu'à ce que le maintien à domicile devienne inenvisageable.

1.2.5.4 Une diminution des lits d'USLD

À cela s'ajoute la diminution du nombre de places en unités de soins de longue durée (USLD), structures hospitalières s'adressant à des personnes très dépendantes dont l'état nécessite une surveillance médicale constante.

Pour mémoire, les USLD prennent en charge des patients plus gravement dépendants que les EHPAD, et doivent par conséquent fournir « *un suivi médical rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum* ». ¹⁸

Entre 2007 et 2010, sur un total initial d'environ 73 000 lits de soins de longue durée, 41 000 ont été convertis en places d'EHPAD et seuls 32 000 ont conservé un statut sanitaire. ¹⁹ Les crédits correspondant au fonctionnement des 41 000 lits convertis en places d'EHPAD ont logiquement été transférés de l'enveloppe sanitaire vers l'enveloppe médico-sociale. Ceci a mécaniquement conduit les EHPAD à prendre en charge des patients qui étaient auparavant pris en charge dans ces unités hospitalières. La population accueillie aujourd'hui en EHPAD tend donc à se rapprocher de celle qui était accueillie en USLD il y a quelques années, sans toutefois bénéficier de la même prise en charge médicale et des mêmes moyens.

¹⁸ Arrêté du 12 mai 2006 relatif au référentiel destiné à la réalisation des coupes transversales dans les unités de soins de longue durée

¹⁹ Iborra, M., Fiat C. (2018). Rapport d'information déposé par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

1.2.5.5 La promotion de nouvelles formes de coopération

« Notre santé est chose bien trop importante pour la laisser aux seuls médecins »²⁰

Ces données démographiques laissent présager une baisse constante de l'offre de soins alors que nous allons assister à une augmentation de la population assortie d'une demande de soins accrue. Cette situation préoccupante a rendu nécessaire l'adoption de mesures correctives.

Un premier rapport publié en 2002 par le professeur Yvon Berland, doyen de la Faculté de médecine de Marseille, pointait ces risques en faisant état d'un constat alarmant relatif à la démographie des professions de santé.

C'est dans ce contexte qu'un second rapport intitulé « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences » a été réalisé en 2003 pour étudier les potentielles coopérations entre professionnels de santé afin de répondre aux besoins de la population dans un cadre budgétaire contraint. Il préconise de s'appuyer sur les coopérations existantes à l'international et met en exergue « le besoin d'identifier des IDE spécialisées capables par leur formation d'assurer un transfert de compétences dans le cadre d'une activité collaborative. »²¹

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST, régularise ces transferts de tâches dans son article 51 et définit la coopération des professionnels de santé comme suit : « par dérogation [aux conditions légales d'exercice], les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins, ou de réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient »²². Toutefois, ce dispositif montre ses limites car il présente un processus d'instruction chronophage.

En 2011, le rapport Hénart-Berland-Cadet²³ prône « la création d'une nouvelle profession de niveau intermédiaire, entre médecins et paramédicaux, qui pourrait s'intituler paramédical praticien » pour faire face aux évolutions des besoins de santé populationnels et des métiers de la santé. Toutefois, les recommandations formulées dans ce rapport n'ont pas été suivies immédiatement de réflexions visant à les mettre en œuvre.

Dans la même lignée, le rapport « un projet global pour la stratégie nationale de santé » d'Alain Cordier, Président du Comité des Sages, indique dans sa recommandation n°15 « Œuvrer au développement de nouvelles fonctions et de nouveaux métiers de santé » qu'« il faut mettre fin au modèle en silo qui enferme les professionnels dans des périmètres de métiers et d'actes. Il faut permettre d'une part un avancement de carrière soignante sans « éloignement » du malade, et d'autre part développer de nouvelles compétences pour aider à une meilleure fluidité des parcours de soins et de santé. »²⁴ Selon l'auteur, la décision à prendre est de reconnaître le métier d'infirmier clinicien en identifiant les compétences élargies (évaluation des risques, prévention, annonce, accompagnement et suivi clinique et thérapeutique, plan personnalisé de soins, éducation thérapeutique, etc.).

A l'appui de ces trois rapports, c'est finalement, la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 qui pose le cadre juridique de la pratique avancée des auxiliaires médicaux en France, puis un premier décret en date du 18 juillet 2018 dispose « un diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée, délivré par l'université et reconnu au grade master »²⁵.

²⁰ Citation de Voltaire (1694-1778)

²¹ Berland Y. (2003). Mission Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences.

²² Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

²³ Rapport corédigé par Danielle Cadet (coordinatrice générale des soins à l'Assistance Public-Hôpitaux de Paris (AP-HP), Yvon Berland et Laurent Hénart (député de Meurthe et Moselle).

²⁴ Cordier A. (2013). Un projet global pour la stratégie nationale de santé – 19 recommandations du comité des « sages ».

²⁵ Décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée

2. La pratique avancée, un concept innovant en France

2.1 Expériences des pratiques avancées internationales

Si le concept de PAI peut paraître nouveau en France, on constate qu'au niveau international il est apparu il y a plus de soixante-dix ans. En effet, la fonction d'infirmier(ère) en pratique avancée (IPA) trouve son origine à partir des années 1950 aux Etats-Unis, impulsée par Hildegard PEPLAU, infirmière théoricienne. Elle développe une théorie de la relation patient-infirmière dans « Relations interpersonnelles en soins infirmiers »²⁶. À son époque, ses conclusions sur l'échange infirmière-patient ont été perçues comme révolutionnaires : pour la première fois, elle établissait un modèle basé sur le besoin d'un partenariat entre l'IDE et la personne soignée, s'opposant à la passivité du patient recevant des soins médicaux et à l'IDE agissant passivement derrière les ordres du médecin.

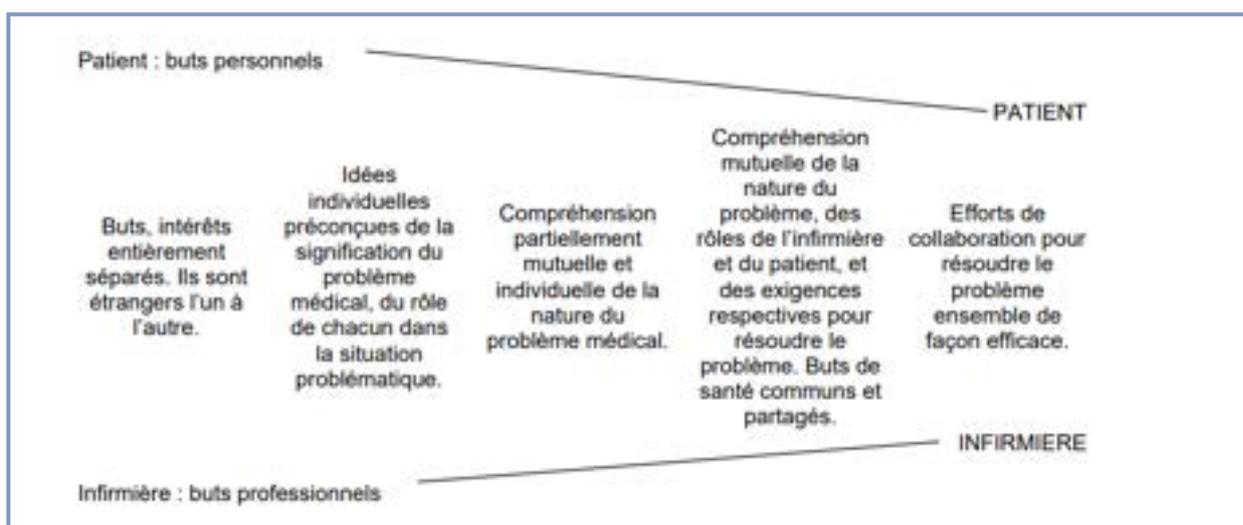


Figure 3 – Modèle des relations interpersonnelles de Peplau

Source : [Microsoft Word – Hildegard PEPLAU.doc \(reseau-asteria.fr\)](#)

Dès lors, pour beaucoup, elle a contribué à l'émergence de l'autonomisation de la profession infirmière, dans la lignée des infirmières théoriciennes interactionnistes, comme la britannique Florence NIGHTINGALE²⁷ (pionnière des soins infirmiers modernes) qui proposa à son époque un modèle de pensée infirmière.

C'est sur la base de ce concept avant-gardiste que s'est exportée et développée la PAI dans une soixantaine de pays, dont l'implantation procède souvent de la conjonction de plusieurs facteurs : les besoins de santé des populations, les évolutions technologiques importantes, les compétences des professionnels de santé, des domaines du soin peu ou pas couverts par les professionnels, les limites à l'organisation des métiers de la santé ou encore des problématiques démographiques.

La terminologie pour désigner la PAI est variée et recouvre des réalités différentes selon les pays, les modes de pratiques et les réglementations en vigueur. Ainsi, on retrouve les appellations infirmière spécialiste, infirmière clinicienne, infirmière praticienne, pratique clinique avancée, infirmière de pratique avancée ...

²⁶ [Microsoft Word - Hildegard PEPLAU.doc \(reseau-asteria.fr\)](#)

²⁷ Florence Nightingale (1820-1910), infirmière britannique, « a su introduire de l'innovation dans la pratique infirmière en s'intéressant aux conditions sanitaires et environnementales des blessés de la guerre de Crimée pour améliorer leur condition de prise en charge. Grâce à son approche statistique et ses connaissances cliniques, elle réussit à diminuer considérablement le taux de mortalité en améliorant les conditions d'hygiène » (Le guide de l'infirmier(ère) en pratique avancée, p. 22).

qui font référence à deux rôles de la pratique avancée, tels qu'ils sont définis par le CII : l'infirmière spécialiste clinique (ISC) et l'infirmière praticienne (IP).



Figure 4 – La pratique avancée en soins infirmiers : un concept, deux fonctions

Source : Ouvrage *Accompagner le changement dans le champs de la santé* p.152

L'ISC ou « clinical nurse specialist » apparaît initialement au Canada. Son rôle visait en partie à répondre à la pénurie d'infirmière qui a suivi la Seconde Guerre mondiale, mais aussi en raison de la technologie croissante des soins de santé et des besoins en soins complexes. Leurs responsabilités consistent notamment à guider et former le personnel infirmier afin de promouvoir des normes élevées de qualité des soins et de sécurité des patients. Leur principal but est l'amélioration de la qualité.

L'IP ou « nurse practitioner » émerge d'une collaboration entre Loretta Ford et Henry Silver, respectivement infirmière et pédiatre américain, qui créent la première formation d'IP en 1965. La réponse à une carence médicale importante dans les territoires ruraux, alors que le nombre d'IDE est élevé, apparaît comme la cause et la conséquence du développement de ce modèle de pratique avancée. Les IP exercent généralement dans les soins primaires et fournissent un ensemble de services par substitution qui, autrement, relèveraient de l'activité médicale. Leur principal but est de décharger du temps médical, d'améliorer l'accès aux soins et dans une moindre mesure de réduire les coûts.

Selon BOURGUEIL et ses collègues, « l'ISC s'inscrit dans un modèle de développement spécifique des savoirs infirmiers (clinical nurse) et celui de l'IP (nurse practitioner) [...] s'inscrit en substitution et/ou en complémentarité de la pratique médicale »²⁸.

Le concept français de la PAI associe le rôle de l'ISC avec celui de l'IP. Le tableau en annexe 2, présentant les caractéristiques de l'ISC, de l'IP et de l'IPA française, selon l'association nationale française des infirmiers(ères) en pratique avancée (Anfipa), est révélateur de cet « équilibre » consenti.

2.2 L'IPA en France

Si dans certains pays (Canada, Australie, Etats-Unis ou France) la pratique avancée a obtenu une extension de rôle très large, avec diagnostic, orientation, traitement et prescription, la majorité, dont la France, assigne un cadre plus restrictif. En effet, les IPA en France n'ont pas le premier recours : ils ne peuvent suivre un

²⁸ Bourgueil Y, Marek A, Mousques J. (2008) Pratiques, rôles et place des infirmières en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec. Rech Soins infirmiers. 93, 94-105

patient que si ce dernier est orienté par son médecin. Ceci les rend dépendants de la profession médicale avec laquelle, « dans le cadre du travail en équipe, [...] un protocole d'organisation est établi »²⁹.

Pour comprendre l'évolution de la profession infirmière aujourd'hui, il est nécessaire de considérer son histoire. Ce chapitre tend à expliquer comment la profession, après avoir connu une domination religieuse jusqu'à la fin du XIXe siècle, puis une domination médicale durant le Xxe siècle, cherche aujourd'hui à s'émanciper notamment par le développement d'une discipline scientifique spécifique, les sciences infirmières.

2.2.1 Approche socio-historique française de la profession infirmière

Les travaux sociologiques consacrés aux infirmières mettent l'accent sur les difficultés que ce groupe rencontre pour définir un domaine d'intervention qui lui soit propre et maintenir des frontières lui permettant de se distinguer des autres métiers du champ de la santé. Ainsi, une approche socio-historique de la profession semble intéressante afin de repérer les ruptures ou les infléchissements, plus ou moins affirmés, qui ont impacté la profession dans sa quête de reconnaissance.

Selon Marie-Françoise Collière³⁰, quatre grands modes d'identification permettent de caractériser l'évolution de la profession infirmière :

- Le soin associé aux activités féminines : la femme soignante guérisseuse
- Le soin associé au pouvoir religieux : la femme soignante consacrée
- Le soin orienté sur la maladie : la femme infirmière auxiliaire du médecin
- Le soin axé sur la prise en charge holistique du patient : l'infirmière professionnelle.

Plusieurs aspects ont contribué à la construction de cette longue évolution.

2.2.1.1 Une période réformatrice

La féminisation de la profession s'est fortement accélérée à partir de la révolution : les guerres ont féminisé le travail à l'usine obligeant les femmes à prendre en charge des situations inédites et l'évolution de la société a, en 1968 notamment, modifié la place des femmes mais aussi celle des infirmières.

D'autre part l'évolution de la profession a été tributaire des événements historiques et sociétaux, dont notamment :

- l'arrivée du Christianisme qui a modifié la prise en charge des malades
- la révolution de 1789 avec la laïcisation, les guerres, la crise de 1968
- l'émancipation de la femme dans la société française

Mais les progrès de la médecine ont aussi entraîné une évolution professionnelle. Si les premiers soins étaient réalisés à partir de données empiriques, c'est surtout suite aux découvertes de Pasteur concernant l'hygiène et la stérilisation que les soins curatifs sont devenus plus techniques demandant formation et professionnalisme. La pratique infirmière à la fin du XIXème siècle s'élabore donc autour d'une double filiation : conventuelle et médicale.

Héritière du modèle religieux et soumise au modèle médical, l'infirmière rencontrera des difficultés à trouver une identité propre. Dans un discours de remise de prix en 1905, voici comment l'infirmière idéale était présentée par un médecin (nc) : « Nous la choisirons autant que possible parmi ces vaillantes filles du peuple qui, à force d'intelligence et d'énergie, sont parvenues à s'instruire [...] Nous la désirerions mariée et mère de famille, car il est des délicatesses

²⁹ Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée

³⁰ Marie-Françoise Collière (1930-2005), qui a exercé en tant qu'enseignante à l'École internationale d'enseignement infirmier supérieur (EIEIS) de Lyon, est connue en France comme au plan international pour être une pionnière dans l'approche historique de la profession infirmière et l'approche anthropologique des soins.

de sentiment pour les faibles et les enfants qui ne s'épanouissent complètement que dans les cœurs des mères [...]. Cette infirmière, plébéienne d'origine, serait dépourvue de morgue et de dédain, elle saurait se faire respecter sans se faire haïr. »³¹

Cette représentation de l'infirmière est comparable aux attributions de la femme au foyer de l'époque : soumission, compétence ménagère et dévouement. L'infirmière est une femme de la « plèbe » soumise au praticien.

2.2.1.2 Vers la professionnalisation de la profession

C'est à partir du début du XX^{ème} siècle qu'un cadre législatif a contribué à définir la profession. Le décret du 27 juin 1922 pose la reconnaissance officielle de la profession, sous l'égide de Léonie Chaptal, directrice d'école. Ce décret représente une véritable charte de la profession. En effet, d'une part, il crée le diplôme d'état et un conseil de perfectionnement qui donne son avis sur les enseignements et d'autre part il organise les examens officiels à partir d'un programme uniforme.

S'en suit la création de trois brevets de capacité permettant de porter le titre d'infirmière diplômée d'État : infirmière hospitalière, infirmière visiteuse de la tuberculose, infirmière visiteuse de l'enfance. Toutes ces tentatives n'ont toutefois pas abouti à déterminer clairement la spécificité de la pratique infirmière qui s'oriente vers une formation exclusivement hospitalière. Cette orientation sera renforcée par le décret du 18 février 1938 qui supprime le diplôme de visiteuse d'hygiène sociale et crée deux diplômes : celui d'infirmière hospitalière et d'assistance de service social. Certains évoquent à ce sujet un premier éclatement de la profession qui se recentre sur le plan curatif au détriment de la prévention.

L'infirmière est entièrement sous la domination du pouvoir médical et exerce une profession par procuration : « *Est considéré comme exerçant la profession d'infirmier ou d'infirmière toute personne qui donne habituellement soit à domicile, soit dans les services publics ou privés d'hospitalisation ou de consultation, des soins prescrits ou conseillers par le médecin* »³².

2.2.1.3 Une quête de reconnaissance

L'exercice professionnel infirmier est soumis à l'obligation du diplôme d'état par la loi du 8 avril 1946. L'augmentation des actes médicaux, et l'essor de la technologie envahissant l'hôpital, entraînent la création des spécialisations : puéricultrice (1947), infirmière aide-anesthésiste (1960), infirmière de bloc opératoire (1971). Petit à petit, l'infirmière voit son champ d'intervention pour partie occupé par d'autres acteurs, comme par l'aide-soignante dont le certificat d'aptitude est créé en 1956. La filière cadre, seule possibilité de carrière, date de 1958. Cette période est caractérisée par un désir de se démarquer de l'ascendant médical et de faire reconnaître la profession.

J. SALIBA³³ décrit les étapes de reconnaissance professionnelle des médecins : « *conquête d'un territoire propre, production et monopolisation d'un savoir ésotérique, contrôle de l'autonomie professionnelle, indépendance et monopole garantis par l'Etat* ». La construction de l'identité professionnelle infirmière suit les mêmes étapes, 1972 s'imposant comme une année charnière.

C'est sur le terrain de la globalité de la prise en charge que se positionnent les infirmières, par opposition à la spécialisation grandissante de la médecine, de plus en plus « *fractionnée, en fonction d'une classification des organes et des pathologies* » (SALIBA 1994).

En 1972, la réforme du programme des études d'infirmières introduit le concept novateur de « plan de soins infirmiers » centré sur la santé, la personne humaine et non plus uniquement sur la maladie. Cette réforme ouvre « *une nouvelle ère pour les infirmières et les infirmiers. Celle d'une rupture avec les formations préparées, guidées, orientées par les médecins depuis 1923 et basées essentiellement sur une discipline, la médecine* »³⁴. Elle permet ainsi l'émergence des soins infirmiers comme discipline à part entière et le développement de la recherche infirmière, soutenue

³¹ [Les infirmières : image d'une profession \(irdes.fr\)](http://irdes.fr)

³² Loi du 8 avril 1946 dans le code de la santé publique livre IV, titre II, article L 473

³³ [Les infirmières : image d'une profession \(irdes.fr\)](http://irdes.fr)

³⁴ Ibid.

dans les textes européens : « la recherche infirmière, en tant que champ spécifique de recherche, devrait être intégrée et pleinement prise en compte dans les politiques et l'organisation de la recherche médicale dans chaque pays »³⁵.

Cette recherche de spécificité infirmière sera entérinée par la loi du 31 mai 1978 qui va juridiquement reconnaître un rôle spécifique en dehors du rôle d'exécutante.

Ce rôle dit « propre » est un domaine dans lequel l'infirmière à l'entière initiative : elle organise son travail, le réalise elle-même ou avec la collaboration d'une aide-soignante, sous son entière responsabilité.

La liste des actes professionnels et les modalités de leur exécution seront fixées par le décret du 12 mai 1981, lequel sera en partie attaqué par les médecins biologistes et annulé par le conseil d'État.

Cela déclenchera le 24 avril 1984 la première grève générale des infirmières. Leur revendication portera ses fruits avec le décret du 17 juillet 1984 qui reprend les grands axes du décret de mai 1981. Dès lors, une indépendance professionnelle infirmière est garantie par l'état.

2.2.1.4 Émergence de l'autonomie professionnelle

Deux aspects vont concourir à l'émergence de l'autonomie professionnelle infirmière : d'une part la formation et d'autre part la déontologie.

En effet, la profession s'est progressivement dotée d'une déontologie professionnelle. En juillet 1953, le CII adopte un code précisant les principes déontologiques appliqués aux soins infirmiers. Ce code a été revu et adopté par le Conseil des représentantes nationales en 1989. Depuis, le décret n°93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers tient lieu de code de déontologie pour la protection du malade.

Par ailleurs, la formation a constitué un élément moteur pour la reconnaissance sociale et la professionnalisation des infirmières, notamment par l'adoption d'un modèle de formation académique, par opposition au modèle d'apprentissage des écoles infirmières initiales. Selon le sociologue R.K. MERTON, « une activité (occupation) devient une profession du fait qu'elle se dote d'un cursus universitaire qui transforme des connaissances empiriques acquises par expérience en savoirs scientifiques. »³⁶

L'enjeu de cette évolution est mis en lumière à la lecture de cette réflexion de R. MAGNON : « Aujourd'hui, cette question ne devrait pas être perdue de vue par la profession. Car dans tous les pays où la formation infirmière est sortie du cadre étroit dans lequel elle était cantonnée, c'est à partir de ce moment-là qu'elle a pu prendre sa véritable dimension, obtenir une véritable reconnaissance sociale, et que la discipline des soins infirmiers qu'elle est censée enseigner a pu véritablement s'enrichir d'apports nouveaux. »³⁷

Les modifications de terminologie sont un indice de cette volonté de changement de statut à travers la formation. Le décret 92-264 du 23 mars 1992 instaure le terme d'étudiant à la place de celui d'élève infirmière, et celui d'institut de formation en soins infirmiers à la place de celui d'école infirmière.

L'arrêté du 8 janvier 2002 marque une accélération dans ce sens en stipulant que le diplôme d'état d'infirmier donne un accès de plein droit en licence de sciences sanitaires et sociales et en licences de sciences de l'éducation, ce qui établit un lien entre la formation infirmière et l'université.

Par la suite, la réingénierie de la formation initiale et l'accès au grade licence (décret n° 2010-1123 du 23 septembre 2010), la création des programmes hospitaliers de recherches infirmières et paramédicales (PHRIP), puis en 2019 l'organisation d'une section en sciences infirmières au Conseil national des universités sont autant d'éléments qui viennent concrétiser et valoriser ce processus de reconnaissance.

Ces différents points montrent que la conception des rôles professionnels est dynamique et contextuelle. Au cours de leur histoire, les infirmières ont su se constituer en profession, même si certains aspects restent encore débattus sur le terrain de l'autonomie. Effectivement, dans le champ de la pratique, les relations de

³⁵ Ibid.

³⁶ Wittorski, R. (2008). La professionnalisation. *Savoirs*, 17, 9-36. <https://doi.org/10.3917/savo.017.0009>

³⁷ [Les infirmières : image d'une profession \(irdes.fr\)](http://www.irdes.fr)

subordination à la médecine qui ont historiquement marqué la profession persistent toujours, l'infirmière exerçant en autonomie dans un cadre défini.

Nous verrons dans la partie suivante que l'exercice des rôles infirmiers avancés s'inscrivent dans ces processus d'interactions sociales, de négociations et de reconfigurations des rapports de pouvoir entre professions.

C'est bien évidemment en prenant en compte l'ensemble de ce contexte français, que devra être définie la stratégie d'implantation des IPA au sein des établissements de santé.

2.2.2 Cadre réglementaire de l'exercice infirmier en pratique avancée en France

2.2.2.1 Une dynamique affirmée

En 2016, la loi n°2016-41 du 26 janvier de modernisation de notre système de santé (Loi Touraine – article 119 notamment) pose le cadre juridique de la pratique avancée pour les auxiliaires médicaux. Si cet exercice en santé existe déjà dans de nombreux pays, en France, le choix a été fait de le déployer au sein d'une équipe, en commençant par la profession d'infirmier. À partir de cette loi, le calendrier de mise en œuvre montre une dynamique affirmée.



Figure 5 – Calendrier de mise en œuvre de la PAI

En 2018, paraissent plusieurs décrets d'application de la loi de modernisation de notre système de santé :

- décret n°2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée (création, entre autres, des articles R.4301-1 à R.4301-7 et D.4301-8 (art. 1 du décret) du Code la santé publique – Chapitre Ier)
- décret n°2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée (création de l'article D.636-73 à D.636-81 du Code de la santé publique)

Ces décrets spécifient les trois domaines d'application que sont les pathologies chroniques stabilisées (PCS) ; l'oncologie et hémato-oncologie ; la maladie rénale chronique, la dialyse, la transplantation rénale. Ils sont complétés par :

- les décrets n°2019-836 et 835 du 12 août 2019 créant la mention de pratique avancée en psychiatrie et santé

- le décret n°2021-1384 du 25 octobre 2021 qui vient élargir le champ d'intervention des IPA en ajoutant un cinquième domaine d'intervention, l'activité d'urgence.

Par ailleurs, les arrêtés du 18 juillet 2018 alimentent également le cadre réglementaire en établissant de manière limitative la liste des pathologies chroniques stabilisées, les listes permettant l'exercice IPA, et en précisant les dispositions relatives au régime des études en vue du diplôme d'état d'infirmier en pratique avancée :

- arrêté du 18 juillet 2018 fixant la liste des pathologies chroniques stabilisées à l'article R 4301–2 du Code de la santé publique
- arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R.4301–3 du Code de la santé publique
- arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'état d'infirmier en pratique avancée

2.2.2.2 Les activités, la formation

L'article R. 4301-1 du décret n°2018-629 définit l'IPA ainsi : « *L'infirmier exerçant en pratique avancée dispose de compétences élargies, par rapport à celles de l'infirmier diplômé d'Etat, validées par le diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée délivré par les universités. Il participe à la prise en charge globale des patients dont le suivi lui est confié par un médecin. La conduite diagnostique et les choix thérapeutiques sont définis par ce médecin. Dans le respect du parcours de soins du patient coordonné par le médecin traitant, l'infirmier exerçant en pratique avancée apporte son expertise et participe, en collaboration avec l'ensemble des professionnels concourant à la prise en charge du patient, à l'organisation des parcours entre les soins de premier recours, les médecins spécialistes de premier ou deuxième recours et les établissements et services de santé ou médico-sociaux.* »

L'IPA peut exercer « *des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage ; des actes d'évaluation clinique, des actes techniques et de surveillance clinique et paraclinique ; des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale obligatoire, des prescriptions d'examen complémentaires et des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales* ».

L'IPA est autorisé à exercer dans l'un des domaines d'intervention s'il remplit les conditions suivantes :

- obtenir le diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée de grade master, délivré par les universités
- justifier de trois années minimum d'exercice en équivalent temps plein de la profession d'IDE
- être enregistré auprès du service ou de l'organisme désigné à cette fin par un arrêté du ministre chargé de la santé.

Les titulaires d'un diplôme d'état d'infirmier de secteur psychiatrique sont habilités à suivre uniquement la mention psychiatrie et santé mentale.

Le diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée (DEIPA) est délivré par les établissements d'enseignement supérieur accrédités ou co-accrédités à cet effet dans les conditions définies à l'article D. 636-81 du code de l'éducation. La formation est organisée en quatre semestres validés par l'obtention de 120 crédits européens. Le DEIPA confère le grade universitaire de master et précise la mention acquise correspondant au domaine d'intervention de l'IPA.

Les deux premiers semestres correspondent à un tronc commun d'enseignement. A l'issue du deuxième semestre, les étudiants confirment le choix de leur mention qui fait l'objet d'enseignements spécifiques au cours des troisième et quatrième semestres.

Un état des lieux des IDE étudiants en pratique avancée mené par l'Union nationale des infirmiers en pratique avancée (Unipa) en mars 2022 révèle l'engouement pour cette évolution professionnelle infirmière et présage un avenir prospère.

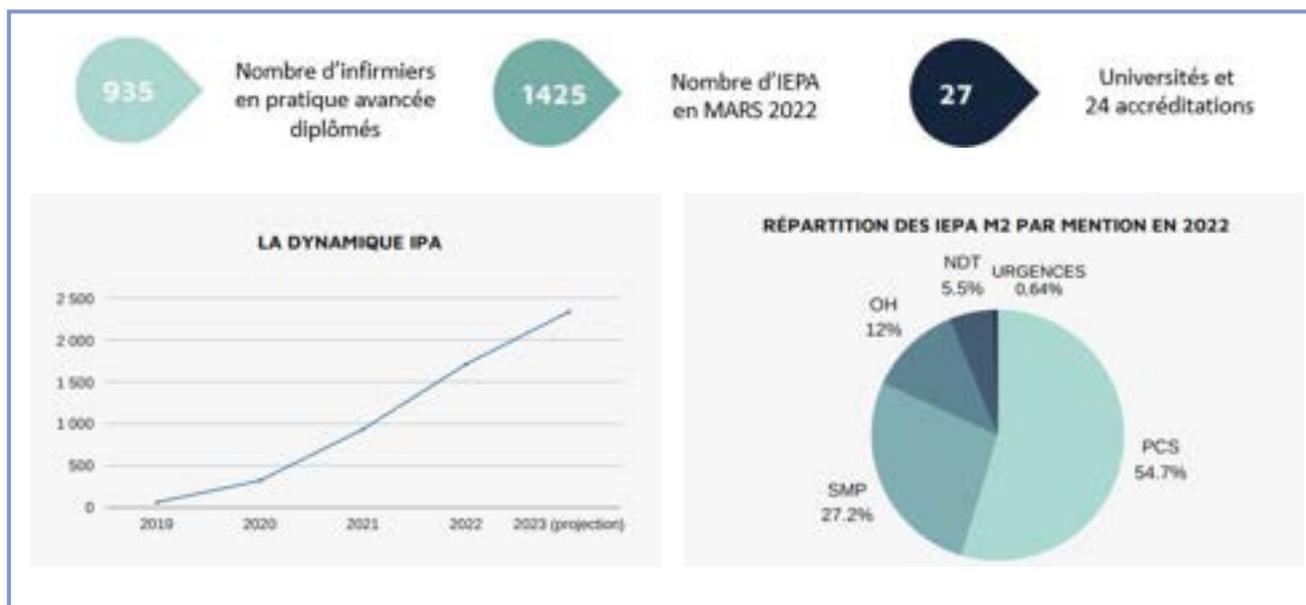


Figure 6 – Etat des lieux des infirmiers et infirmiers étudiants en pratique avancée en mars 2022
Source : enquête UNIPA (<https://unipa.fr>)

2.2.3 Une approche par compétences

HAMRIC³⁸ *et al.* (2014) viennent parfaire la définition de la PAI énoncée par le CII et précisent qu'il s'agit d'une pratique clinique centrée sur la personne, sa famille et sa communauté exercée à un niveau expert, basée sur des compétences avérées, en collaboration et partenariat intra et interprofessionnels, en recherche et en réflexion éthique. Elle implique un leadership pour conduire des actions d'amélioration de la qualité, de la sécurité et de la performance des soins.

La notion « centrée sur le patient » est ici explicite et met l'accent sur une composante de l'identité de la discipline infirmière, comme développé supra. L'exploration des compétences (figure 7) qui constitue le concept de PAI permet de mieux l'appréhender.

▪ La pratique clinique

La pratique clinique directe est au centre des compétences de l'IPA. Pour mener à bien ses missions l'IPA développe une expertise pour utiliser les techniques d'investigation spécifiques à son champ d'exercice et ses missions. Il s'assure de l'observance des prescriptions par le patient en réalisant une éducation thérapeutique adaptée. Il sait analyser et expliquer les réactions des patients et les comportements face à des changements de l'état de santé, face à des problèmes de santé réels ou éventuels, face à l'annonce d'un diagnostic ou une rechute.

³⁸ Hamric AB, Hanson CM, Tracy MF, O'Grady, Eileen. Advanced practice nursing: an integrative approach. Philadelphia (USA): Saunders, 5 édition; 2014

▪ **La guidance et le coaching**

L'IPA aide à la décision, la planification et la mise en œuvre d'interventions de soins, il réalise le suivi individuel des patients et l'évaluation des interventions réalisées. Il a aussi un rôle de conseil auprès des équipes, qui peuvent solliciter son intervention et son expertise sur les situations complexes rencontrées. L'IPA constitue en ce sens une personne ressource.

▪ **La collaboration interprofessionnelle**

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la collaboration interprofessionnelle ainsi : « *Collaborative practice happens when multiple health workers from different professional backgrounds work together with patients, families, carers and communities to deliver the highest quality of care. It allows health workers to engage any individual whose skills can help achieve local health goals.*»³⁹ Elle met ainsi un point d'orgue sur l'inclusion du patient et de sa famille dans la collaboration interprofessionnelle et soutient l'idée développée par HAMRIC. En effet, selon son modèle, l'IPA exerce auprès du patient et en transversalité ou en support auprès des équipes sanitaires et sociales tout au long du parcours de santé. Il collabore et communique avec le patient et ses proches, avec le médecin et tous les professionnels acteurs de ce parcours. Il adapte son discours et ses propositions thérapeutiques aux besoins et capacités du patient, à son contexte de vie et à son projet personnel.

▪ **Le leadership**

Analyser la qualité et améliorer sa pratique professionnelle sont les deux vecteurs principaux du leadership. Innover, communiquer, être agent de changement en sont les compléments. L'IPA est en interface entre le patient et son entourage, l'équipe soignante, le système hiérarchique, afin de diffuser les bonnes pratiques et/ou de participer à l'amélioration des organisations de soins. Cette fonction est complémentaire mais ne se substitue en aucun cas à la fonction de management.

Le leadership est une des compétences clé de la pratique avancée, évoquée par l'ensemble des IPA interviewés dans le cadre de ce projet.

▪ **L'éthique**

La prise de décision éthique s'accorde à concevoir et conduire un projet de soins personnalisé dans le respect des choix des patients et des données acquises de la science. L'exercice est centré sur le patient, en collaboration avec lui, en fonction de ses attentes et de son projet de vie. L'IPA est le guide du patient, défend ses intérêts et l'aide à s'orienter au sein de sa prise en charge.

▪ **L'evidence based nursing (EBN)**

L'IPA fait de la recherche en traitant des données professionnelles et scientifiques. En réalisant des publications, elle favorise l'appropriation des résultats par les équipes soignantes. L'EBN ou la pratique fondée sur des données probantes s'appuie sur des activités de recherche, en vue d'amélioration des pratiques de soins. Cette mission inscrit l'IPA dans le champ d'une collaboration à des projets de recherche pluridisciplinaires.

Nous relevons à ce stade que la pratique avancée permet à l'IDE une évolution de carrière innovante, basée sur des *hard skills* (aptitudes concrètes, fondées sur de l'acquisition cognitive autour du métier) et des *soft skills* (compétences humaines et comportementales). En EHPAD, où l'IDE se doit d'être « hyperspécialisée » au regard de la dépendance, de la complexité des prises en charge et des polyopathologies rencontrées, l'expertise clinique et les compétences élargies de la pratique avancée ont vocation à apporter une réponse et plus précisément concernant les parcours des personnes souffrant de maladies chroniques.

³⁹ World Health Organization. Framework for action on interprofessional education & collaborative practice.



Figure 7 – Modélisation des compétences de l'IPA selon le modèle d'HAMRIC

Source : <https://unipa.fr>

2.3 L'IPA dans l'accompagnement du grand âge

2.3.1 Une expertise dans les maladies chroniques

Pour reprendre les termes du professeur GRIMALDI, professeur de diabétologie à la Pitié Salpêtrière, « *le traitement et le suivi des patients atteints d'une maladie chronique nécessitent le développement d'une troisième médecine, à côté de la première médecine, celle des maladies aiguës bénignes et des gestes techniques simples, et de la deuxième médecine, celle des maladies aiguës graves et des gestes techniques complexes. Cette troisième médecine, intégrée, préventive, personnalisée et coordonnée, est la médecine de la personne* »⁴⁰.

En gériatrie, le rôle de l'IPA s'inscrit dans le dépistage et l'évaluation de l'état de santé des personnes âgées de 65 ans et plus, et/ou polyopathologiques, et/ou complexes, à risque de décompensation, afin d'élaborer un diagnostic clinique et d'en assurer le suivi.

La mention PCS forme plus spécifiquement aux suivis de patients atteints de maladies chroniques, dont les concernées sont :

- L'accident vasculaire cérébral
- L'artériopathie chronique
- La cardiopathie et la maladie coronaire
- Les diabètes de type 1 et 2
- L'insuffisance respiratoire chronique
- La maladie d'Alzheimer et autres démences
- La maladie de Parkinson
- L'épilepsie

En analysant les pathologies d'entrée des résidents qui ont intégré l'établissement au cours des cinq dernières années, on constate que plus de 80% des résidents présentent au moins une des pathologies faisant parties de la liste des huit pathologies chroniques relevant de la PAI.

Cet élément quantitatif légitime d'autant plus la contribution de l'IPA mention PCS dans la prise en soins de la personne âgée de 65 ans et plus en EHPAD.

⁴⁰ Grimaldi, A. (2017). Les 7 défis de la maladie chronique. Correspondances en Onco-Hématologie - Vol. XII - n° 4.

La polyopathie rend le diagnostic et le traitement difficiles, et ce d'autant plus que le retentissement des pathologies est souvent amplifié par les difficultés d'ordre social (isolement social notamment).

Ainsi, l'IPA en gérontologie répond à une problématique de prise en charge globale, par opposition à une prise en charge par organes.

2.3.2 L'importance de l'approche populationnelle

La prise en charge des personnes âgées est souvent rendue complexe par l'intrication de problèmes de santé multiples, qui, faute d'être pris en considération, engendrent des ruptures de parcours et se répercutent sur leurs capacités fonctionnelles et leur situation sociale. Les propos recueillis auprès d'une IPA travaillant en équipe mobile gériatrique aux urgences corroborent ces données : « *Il y a beaucoup de personnes âgées qui viennent pour renouveler leurs traitements, un mauvais suivi chez le cardiologue, une détresse respiratoire qui aurait pu être évitée avec un meilleur suivi ...* ».

Les compétences de l'IPA garantissent cette approche globale de la personne âgée, conformément à l'arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'état d'infirmier en pratique avancée :

« L'étudiant devra avoir acquis les compétences suivantes : [...] analyser et évaluer l'état de santé dans ses différentes composantes (médicales, psychologiques, sociales...) tout au long de son parcours et la situation de la personne en prenant en compte le contexte de vie, les différentes pathologies et les différents traitements, notamment grâce à l'évaluation ».

L'IPA interviewée met en avant cet aspect en EHPAD à travers l'évaluation gériatrique et témoigne de l'importance de la collaboration entre professionnels, dans une volonté d'exercice partagé afin d'appréhender l'usager de manière holistique :

« Toutes les semaines j'allais voir environ 5 résidents. J'ai fait des examens cliniques, des évaluations gériatriques qui sont une évaluation globale sur tous les plans en collaboration avec les professionnels de l'EHPAD, vérifié les traitements et fait « du ménage » dans les traitements, fait des propositions pour une programmation de consultation mémoire, un RDV de suivi pneumo, cardio, diabète, il y a une vraie part de coordination de parcours de soins ».

D'une part, la primauté du rôle de l'IPA dans l'évaluation gériatrique globale de la personne âgée est bien documentée à l'international. Cette évaluation systémique peut se définir de la manière suivante : « *Un processus diagnostique interdisciplinaire à multiples facettes qui vise l'identification des besoins spécifiques de la personne âgée. Cette évaluation systémique comprend les dimensions biologiques, psychologiques, cognitives et sociales.*

Elle permet l'élaboration d'un plan de traitement visant le maintien de la capacité fonctionnelle de la personne âgée fragile. Ce plan de traitement se veut intégrer et coordonner pour le traitement et le suivi à long terme. »⁴¹

En résumé, cet entretien de l'IPA permet de faire une première évaluation principalement basée sur la clinique infirmière. La fonction IPA est ancrée au cœur de la profession infirmière et ne se limite pas à un avancement vers la pratique médicale (cure). Il s'agit avant tout d'une évolution à partir du métier socle, infirmier, qui vise à prendre en considération l'ensemble des dimensions sanitaires (care) et à assurer une approche centrée sur le patient (figure 8).

« Un médecin n'a pas la même approche du patient [...]. Le médecin est là pour la maladie et le traitement. Les infirmiers sont là pour la prise en charge globale des patients. C'est la différence entre ces 2 professionnels de santé. Je crois qu'il y a une réelle plus-value à avoir des professionnels qui font de la prise en charge globale des patients sur de la maladie chronique. »⁴²

Les sociétés savantes soutiennent l'émergence de ce profil. La création d'un groupe de travail sur l'IPA en gérontologie au sein de la Société française de gériatrie et de gérontologie témoigne de ce soutien.

⁴¹ Harvey P, Wilson D. The role of the specialist nurse in an acute assessment and liaison service. Nursing older people. 2009, 24-28.

⁴² Citation extraite de l'interview retranscrite en annexe 10.



Figure 8 – Les sciences infirmières dans la pratique avancée infirmière
 Source : revue Soins, n°853, mars 2021, p.40

D'autre part, la collaboration et la coordination, nécessaires à la mise en œuvre des parcours de soins de la dépendance est une des prérogatives qui figure dans le référentiel de compétence de la PAI, et plus particulièrement concernant la mention PCS, qui conduit l'IPA à « *maîtriser la conception, la mise en place, la coordination et l'évaluation des parcours de santé* »⁴³. Il est ajouté que l'IPA « *organise les parcours de soins et de santé de patients en collaboration avec l'ensemble des acteurs concernés* » et « *coordonne les interventions dans le cadre d'un parcours de soins et de santé avec les différents professionnels, réseaux et structures, intervenant en ville et à l'hôpital* ».

Là encore, l'objectif visé est de favoriser le décloisonnement par une coordination renforcée, d'éviter les ruptures de parcours par l'accroissement de l'exercice pluriprofessionnel et d'améliorer de surcroît la réponse aux besoins de santé dans l'accompagnement des maladies chroniques.

L'organisation de coopération et de développement économique (OCDE) a publié en 2010 un rapport sur le développement des PAI au sein de 12 de ses pays membres. L'évaluation de ses pratiques confirme ces données et met notamment en avant « *une collaboration et coordination efficaces entre les fournisseurs de santé* »⁴⁴. Pour ce faire, la complémentarité médecin-IPA s'impose et en l'espèce, médecins traitants des résidents-IPA.

2.3.3 Une complémentarité médecin-IPA indispensable

« *Se réunir est un début ; rester ensemble est un progrès ; travailler ensemble est la réussite* »⁴⁵

Le protocole d'organisation formalisé est obligatoire pour clarifier les conditions de complémentarité interprofessionnelle et les modalités d'intervention de l'IPA auprès des patients. Ce protocole doit notamment définir les pathologies et les patients concernés par le suivi par l'IPA ; les critères d'exclusion, dont le premier est le refus du patient ; le rythme de consultation avec l'IPA ; les critères de retour vers les médecins et les modes de communication entre professionnels.

⁴³ Arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée

⁴⁴ Delamaire, M., Lafortune G. (2010). Les pratiques infirmières avancées : Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés, *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 54, Éditions OCDE, Paris.

⁴⁵ Citation d'Henri Ford (1863-1947)

Cet aspect de la réglementation met en exergue combien l'adhésion de la communauté médicale de ville est indispensable et déterminante pour tout projet d'implantation et de coopération avec un IPA en EHPAD. Ce point est très important et doit faire l'objet d'une attention et d'une anticipation particulière.

De façon générale, les IPA interrogés ont évoqué positivement la collaboration médecin-IPA au sein des établissements de soins car les rôles y sont bien définis avec peu de confusion identitaire entre les acteurs :

« Ils sont ouverts et ont envie d'essayer de collaborer avec une IPA. Une fois que l'on peut montrer que la place d'une IPA est vraiment primordiale en EHPAD, pour eux, cela a été très bénéfique. »⁴⁶

Néanmoins, face aux compétences acquises par l'IPA dans le champ médical, une résistance au changement peut être rencontrée avec certains médecins. Cette résistance est définie par MUCCHIELLI comme une *« réaction normale à la mise en cause des points de repères définissant l'identité au travail. La perte des points de repère modifie le référentiel de l'action et, par conséquent, fait perdre du sens aux activités habituelles. Le changement apporte alors une « perte de sens » à laquelle l'individu réagit par des stratégies défensives allant de l'agression à la fausse soumission en passant par les fuites et les blocages. »⁴⁷*

En effet, certains médecins sont attachés à leurs prérogatives et ne se projettent pas dans une délégation de tâches, comme évoqué par un IPA interviewé :

« Il y en avait d'autres je leur disais « voilà, j'ai vu le patient, j'ai fait son examen clinique, voilà ce qui persiste comme signes » et ils me répondaient « ok, d'accord et bien très bien » et ils reprenaient le dossier, ils allaient dans le box d'en face et puis ils refaisaient l'interrogatoire, l'examen clinique. C'était l'enfer, les patients repartaient à 18h, ils râlaient, ils avaient l'impression qu'on leur posait 2 fois la même question, ce qui était le cas et c'était complètement ridicule. Il n'est pas possible de construire une collaboration sans relation de confiance avec le médecin et de pratique uniforme. »⁴⁸

Des travaux internationaux étayaient ces données. Les représentations de chaque corps de métier sont chamboulées lors de l'intégration d'un nouvel acteur de santé⁴⁹. Cette observation est retrouvée dans une étude québécoise, qui révélait en 2017 que la collaboration médecin-IPA remettait en cause les définitions existantes des rôles des infirmiers et des médecins⁵⁰.

Toutefois, il semble qu'*« aujourd'hui les principales réticences en France viennent du libéral [...] et sont des oppositions qui sont économiques plutôt que purement clinique en terme de politique et de discours »⁵¹*, les médecins redoutant à priori davantage une perte de revenus en lien à la délégation d'actes.

Or, les médecins généralistes intervenant en EHPAD ne sont pas salariés de la structure mais interviennent au titre de leur activité libérale en qualité de médecins traitants des résidents. De fait, une coopération avec une IPA, salariée de l'EHPAD, ne ferait reposer aucune charge financière ou concurrence sur le médecin, sinon, à contrario, lui libérer du temps par les délégations octroyées à l'IPA, au profit de davantage de consultations de ville. La présence d'un IPA peut contribuer à lever les freins exprimés par les médecins généralistes : il constituera un interlocuteur privilégié et permettra au praticien de continuer à suivre son patient, tout en réduisant le nombre de trajets à l'EHPAD.

Selon les propos du principal médecin traitant intervenant à Sainte-Marthe, *« le gros avantage pour le médecin généraliste que je suis c'est que potentiellement ça va me laisser plus de place pour gérer les pathologies aiguës, pour me libérer du temps pour répondre aux événements intercurrents et à l'urgence plus rapidement. »*

En effet, conformément au décret du 18 juillet 2018, *« lorsque l'infirmier exerçant en pratique avancée constate une situation dont la prise en charge dépasse son champ de compétences, il adresse le patient sans délai au médecin et en informe expressément ce dernier afin de permettre une prise en charge médicale dans un délai compatible avec l'état du patient »⁵².*

⁴⁶ Citation extraite de l'interview retranscrite en annexe 10.

⁴⁷ Alex Mucchielli (né en 1943) fut professeur à l'Université Paul Valéry-Montpellier III de 1980 à 2008, et fondateur du département des Sciences de l'Information et la Communication en 1989. [Fiche 38 La résistance au changement - ScholarVox Université \(u-pec.fr\)](#)

⁴⁸ Propos recueillis lors de l'interview de l'IPA exerçant à l'AP-HP retranscrite en annexe 9

⁴⁹ Jodelet D. Représentations sociales et mondes de vie. Archives contemporaines; 2015. 387 p.

⁵⁰ Chouinard V, Contandriopoulos D, Perroux M, Larouche C. Supporting nurse practitioners' practice in primary healthcare settings: a three-level qualitative model. BMC Health Serv Res. 26 juin 2017;17(1):437.

⁵¹ Propos recueillis lors de l'interview de l'IPA exerçant à l'AP-HP retranscrite en annexe 9

⁵² Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée

L'IPA n'est en aucun cas un remplaçant médical mais a bien vocation à exercer en complémentarité avec le médecin, et ce au regard de son champs de compétences élargies et fixé réglementairement. Si certaines fonctions jusqu'à lors réservées au corps médical lui sont transférées, elles s'appliquent selon le principe de subsidiarité. C'est-à-dire proposer au patient les compétences les plus pointues qu'un professionnel puisse apporter, favorisant ainsi la graduation de la prise en charge.

Ainsi, nous notons que la complémentarité médecin-IPA est permise par une relation de confiance entre les professionnels de santé, une définition précise des rôles de l'IPA ainsi que la valorisation des plus-values apportées par l'IPA dans l'accompagnement des résidents.

2.3.4 Synthèse des bénéfices attendus

Au regard des différents éléments évoqués, les bénéfices attendus par la mise en place de la PAI sont nombreux et peuvent être résumés ainsi :

- **Une amélioration des prises en charge et de la qualité de vie des résidents et de leurs proches**
 - Une plus grande pertinence, une meilleure sécurisation des parcours et le développement de prises en charge plus holistiques (dépistage, prévention primaire éducation thérapeutique, ..)
 - Des parcours de soins optimisés et fluidifiés avec une meilleure coordination entre tous les intervenants ; une amélioration de la réactivité et de l'adéquation des prises en charge (alertes, adaptation des traitements, implication des patients)
 - Le dépistage et la prise en charge de manière précoce des facteurs de risques, des complications et des comorbidités
- **Une meilleure accessibilité aux soins**
 - Une organisation des soins améliorée avec une réduction des délais de prise en charge
 - Une interactivité forte avec les différents adresseurs favorisant les sollicitations appropriées
- **L'amélioration des conditions d'exercice des médecins traitants**
 - Des activités médicales recentrées sur des missions d'expertise plus complexes par une optimisation de la charge de travail et l'augmentation du temps médical disponible
 - Un travail en équipe pluridisciplinaire renforcé
- **Une diffusion de la culture gérontologique auprès des équipes soignantes**
 - L'amélioration des pratiques par la diffusion des recommandations de bonnes pratiques et des « *evidence-based nursing* ».
 - Une montée en compétence des professionnels non médicaux (PNM) par la réalisation de formations

2.3.5 Traduction pratique à l'aide d'un cas clinique

Au regard des difficultés rencontrées par les IDE à Sainte-Marthe dans la gestion récente d'une situation de soins complexes, la lecture de ce cas clinique, publié en 2020 dans un guide de l'Agence régionale de santé (ARS) Ile de France, m'est apparue porteuse de sens pour mettre en exergue la plus-value de la PAI en EHPAD.

« La patiente réside en EHPAD et ne bénéficie pas de prescriptions spécifiques pour ces soins d'ulcère, ni de suivi par une équipe experte en plaies et cicatrisation. L'anamnèse effectuée par l'IPA permet de mettre en évidence :

- *les antécédents pathologiques, thérapeutiques, psycho-sociaux,*
- *le contexte actuel,*
- *les signes cliniques d'un ulcère veineux : signes de stase veineuse avec présence d'une dermatite ocre, poulx périphériques bien perçus, normothermie des extrémités distales.*

L'IPA, possédant une expertise en plaies et cicatrisation, s'assure que le patient ne présente pas de complication infectieuse nécessitant une orientation médicale et réalise l'index de pression systolique, à l'aide d'un doppler. A l'issue de son évaluation globale, elle met en place un protocole de soins incluant l'organisation de la prescription d'une compression veineuse et d'une collaboration pluriprofessionnelle adaptée, visant la prise en charge commune des facteurs de retard de cicatrisation : lien avec l'angiologue, la diététicienne, le podologue et le kinésithérapeute, le pharmacien ou/et le magasin orthopédique afin de procéder à une compression efficace, en rapport avec les besoins de la personne soignée et dans le but d'éviter une récurrence, une fois la plaie cicatrisée. Parallèlement, l'IPA peut proposer pour l'équipe soignante de l'EHPAD une démarche formative et mettre par exemple en place un atelier pratique de « pose de compression veineuse ». De même, elle initie une démarche éducative destinée à la patiente, pour favoriser l'observance de la compression veineuse. »⁵³

3. La gestion de projet pour le développement de l'IPA en EHPAD

La mise en place de la PAI doit être réfléchi selon une méthode de type « mode projet ». En effet, l'intégration d'IPA dans les établissements de soins constitue une évolution de l'offre de soins. Elle nécessite d'inscrire leurs fonctions dans la politique d'établissement, d'organiser leur intégration et de l'évaluer.

D'après l'Organisation Internationale de Normalisation (ISO), le projet est « un processus unique consistant en un ensemble d'activités coordonnées et maîtrisées comportant des dates de début et de fin, entrepris dans le but d'atteindre un objectif conforme à des exigences spécifiques telles que les contraintes de délais, de coûts et de ressources »⁵⁴.

De plus, comme le rappelle MIRAMON, « on n'entre pas seul dans un processus de changement. Même s'il s'opère à l'instigation d'un seul (président d'association, directeur général...) ou d'un cercle restreint de responsables, le changement passe par le travail de toute une équipe, dont les membres sont dûment mandatés pour impulser les évolutions voulues »⁵⁵.

Un projet de pratique avancée doit donc avant tout reposer sur une volonté institutionnelle, une ambition collective médico-soignante et être porté par la direction générale.

3.1 Réunir les conditions d'une dynamique de changement

3.1.1 Initier et manager le changement

*« Un changement ne vaut que s'il y a adhésion »*⁵⁶

Il ne suffit pas d'imposer le changement pour qu'il soit effectif. Réussir le changement requiert un pilotage organisé et approprié et une approche managériale apte à lever les freins et susciter l'adhésion. Les auteurs du management, les sociologues des organisations et, parmi eux, les spécialistes du champ médico-social mettent en lumière des fondements que je retiens dans l'action opérationnelle.

Ainsi, pour AUTISSIER et MOUTOT, la conduite du changement suit 3 étapes :

- « Une phase de diagnostic qui permet d'identifier le périmètre du changement en termes de processus, de structures, d'acteurs et de type de changement. Il s'agit de réaliser un cadrage qui permettra de définir les leviers les plus pertinents ;

⁵³ ARS IDF. (2020). Infirmier(ère) en pratique avancée en ville. Missions et acteurs. Disponible sur : [IPA EN VILLE version def 10 fev 20.pdf \(sante.fr\)](#)

⁵⁴ ISO 10006:2017(fr), Management de la qualité — Lignes directrices pour le management de la qualité dans les projets

⁵⁵ Miramon, J. (2009). Manager le changement dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux. Rennes: Presses de l'EHESP, 151 p.

⁵⁶ Autissier D, Moutot J.-M. (2016), Méthode de conduite du changement. Diagnostic – Accompagnement – Performance, Dunod, 4^e éd.

- Une phase de leviers qui prévoit la planification et la réalisation des actions de communication, de formation, et d'accompagnement des transformations [...] ;
- Une phase de pilotage dont l'objet est de mesurer les résultats des actions de conduite du changement entreprises dans la phase de leviers [...] mais également de mesurer l'évolution de l'activité et l'obtention des objectifs initiaux du projet. »⁵⁷

La conduite du projet à Sainte-Marthe a effectivement observé ces différentes phases, en réalisant un diagnostic préalable, en planifiant les actions de communication et de transformation (détaillées dans les parties suivantes) et en envisageant des procédures d'évaluation (exposées en dernière partie de ce travail).

Si le changement peut se planifier, son effectivité, sa réussite ne se décrète pas. Dans leur ouvrage *L'acteur et le système*, CROZIER et FRIEDBERG soulignent à quel point la marge de manœuvre de la direction peut être sapée et s'étioler si les auteurs à l'intérieur de l'établissement ne sont pas convaincus, rassurés, légitimés et intéressés. Le pouvoir d'inertie n'est jamais nul et peut réémerger. Selon leur propos, la dynamique organisationnelle est vue comme « le royaume des relations de pouvoir, de l'influence, du marchandage et du calcul »⁵⁸. Cette vision souligne l'importance des outils de compréhension de ces mécanismes.

Pour MIRAMON, « le mode de management, ses modalités, la façon dont la direction organise le projet conditionnent directement l'action et la dynamique des salariés dans la conduite du projet » et rappelle que « cinq critères, tous inscrits dans une dynamique, sont avancés pour décrire et évaluer une bonne gouvernance »⁵⁹ : décider, organiser, motiver, prévoir et évaluer.

GACOIN précise que « la formulation d'une commande interne reste un point de passage fondamental, elle marque une intention, une injonction, elle situe la place de chacun, elle officialise un calendrier, une issue »⁶⁰.

Ces deux auteurs affirment la nécessité de donner un cap clair, d'expliquer la cohérence et de clarifier la mission : la communication est centrale.

Dès lors, le préalable indispensable a été de convaincre la direction de l'intérêt d'un projet de pratique avancée à Sainte-Marthe. L'examen et l'analyse du contexte, évoqué en première partie, permettent de définir les conditions de formalisation de ce projet. Cette étape a permis d'identifier les besoins de soins, les réponses déjà apportées et celles pouvant l'être par l'IPA.

En tant qu'outil d'aide à la décision, j'ai réalisé un SWOT (figure 9), afin d'identifier les opportunités/menaces et forces/faiblesses que pourraient représenter l'implantation de la pratique avancée.

À la suite d'une présentation en visioconférence avec le directeur de filière du pôle sénior, le projet a été validé. L'intégration d'une IPA s'inscrit dans une démarche d'innovation à laquelle est sensible la direction. Cette dernière souhaite être motrice pour impulser une dynamique de changement. La motivation du MEDCO dans la conduite du projet et la connaissance acquise sur l'IPA et sur les expériences menées dans d'autres établissements m'ont notamment permis de légitimer mon action.

⁵⁷ Ibid.

⁵⁸ Crozier M., Friedberg E. (1992), *L'acteur et le système*, 3^{ème} édition, Paris : Editions du Seuil, 500 p.

⁵⁹ Miramon, J. (2009). *Manager le changement dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*. Rennes: Presses de l'EHESP, 151 p

⁶⁰ Gacoïn D., 2010, *Conduire des projets en action sociale*, 2^{ème} édition, Paris : Dunod, 260 p.

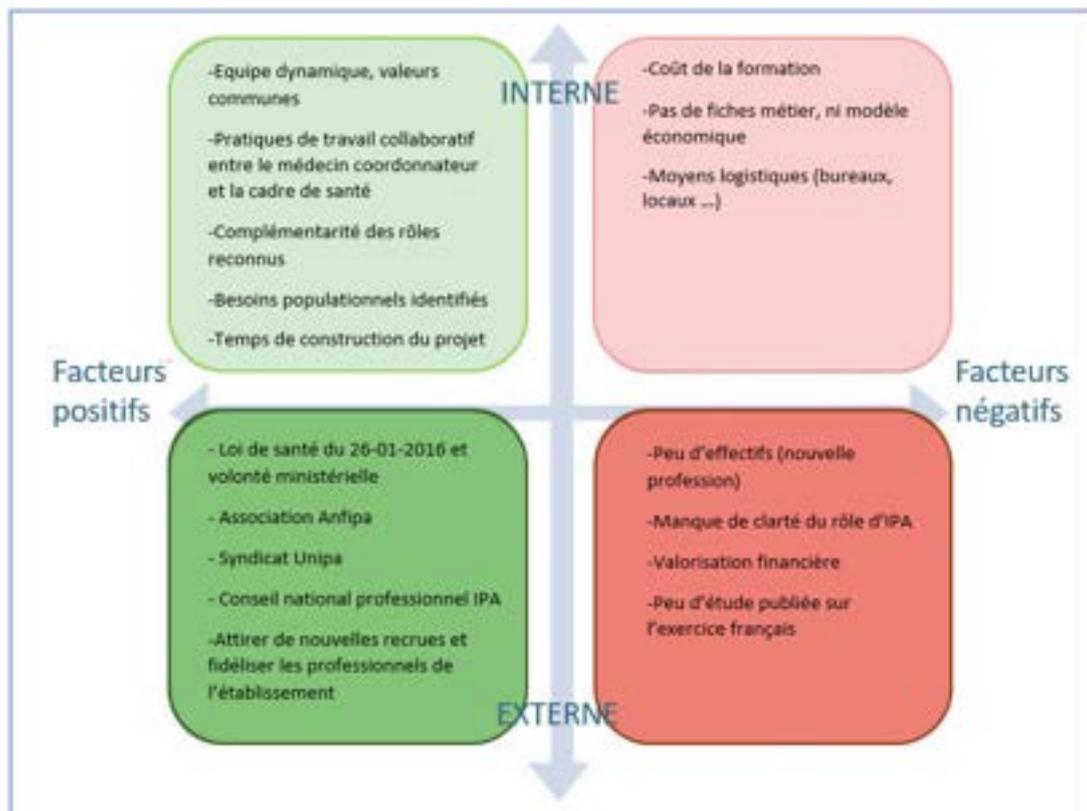


Figure 9 – Matrice d'analyse stratégique de l'intégration de la pratique avancée à Sainte-Marthe

Au-delà d'une volonté affichée oralement par la direction générale de mettre en place une IPA au sein de l'établissement, j'ai souhaité étayer l'intérêt du projet en effectuant une recherche des différents documents pouvant apporter des éléments sur la stratégie relative aux IPA, dont le projet d'établissement.

Ce dernier a pour objectif de répondre aux priorités de santé publique en mobilisant des leviers stratégiques. Il les formalise au service de 4 principes fondamentaux :



Au sein de ces ambitions, certains leviers proposés permettent d'inclure les IPA. Pour exemple, la volonté de déployer des coopérations pour promouvoir l'accès aux soins, favoriser les liens ville/hôpital, innover dans la coordination des parcours de la personne âgée, sont autant de pistes à suivre pour implanter des IPA.

Fort de cette articulation, une lettre de mission (annexe 6) a été rédigée et signée mi-octobre suivie d'une fiche projet (annexe 7), encore appelée note de cadrage. Des objectifs en termes de résultats attendus nécessaires à tout projet étaient ainsi posés.

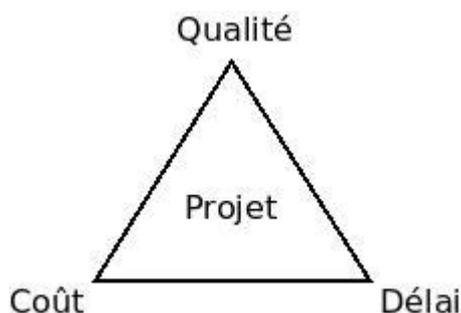
Ces objectifs me semblaient pertinents et je les ai acceptés car ils répondent à la méthode SMART, méthode de management par les objectifs et acronyme pour :



Dans son ouvrage *Le kit du chef de projet*, MARCHAT⁶¹ caractérise un projet par trois catégories d'objectifs :

- des objectifs de qualité, qui sont les éléments qualifiant le résultat
- des objectifs de temps, le projet s'inscrivant dans une durée prévisionnelle délimitée par une date de début et de fin.
- des objectifs de coût, équivalant à la somme du coût des ressources nécessaires à la réalisation du projet.

Nous retrouvons ici le triangle de gestion de projet évoqué par MARCHAND⁶².



Ces trois composants du projet sont interdépendants et la modification l'un des trois impactera les deux autres de façon négative ou positive, en fonction du résultat souhaité. Ainsi, un résultat souhaité rapidement à faible coût risque d'avoir une perte au niveau de la qualité du résultat. Un résultat souhaité rapidement et de bonne qualité augmentera les coûts. Enfin, un résultat souhaité de bonne qualité à faible coût augmentera les délais.

Forte de ces éléments, j'ai alors endossé de manière officielle le rôle de chef de projet, « celui qui va s'engager à organiser et fédérer les ressources (...) afin d'atteindre les objectifs »⁶³ et ma Directrice, celui de commanditaire. Nous avons décidé de nous rencontrer une fois par mois environ afin de faire des points d'étape (et de validation si nécessaire) avec des contacts intermédiaires par mail si besoin.

Cette note de cadrage a été plusieurs fois modifiée pour arriver à sa forme finale fin novembre.

3.1.2 Une méthodologie de projet spécifique : le modèle PEPPA

Décrit par Di Censo et Bryant-Lukosius en 2004, le modèle PEPPA (Participatory, Evidence-based, Patient-focused process for advanced Practice nursing (APN) 330le development), est apparu comme un modèle facilitant la mise en place, le développement et l'évaluation de la PAI. Eprouvé dans plusieurs pays, ce modèle se veut être un guide transposable quel que soit le rôle de l'IPA et la population concernée.

⁶¹ Marchat H. (2016). *Le Kit du chef de projet*. Paris : Eyrolles. 257 pages.

⁶² Marchand X. (2021). *Gestion des métiers et des compétences soignantes*. Enseignement M2 2021-2022.

⁶³ Marchat H. (2016). *Le Kit du chef de projet*. Paris : Eyrolles. 257 pages.

Il reprend le process de la roue de Deming⁶⁴ : identification du problème, définition des objectifs, mise en œuvre d'une solution et évaluation des actions, focussé sur l'intervention IPA.

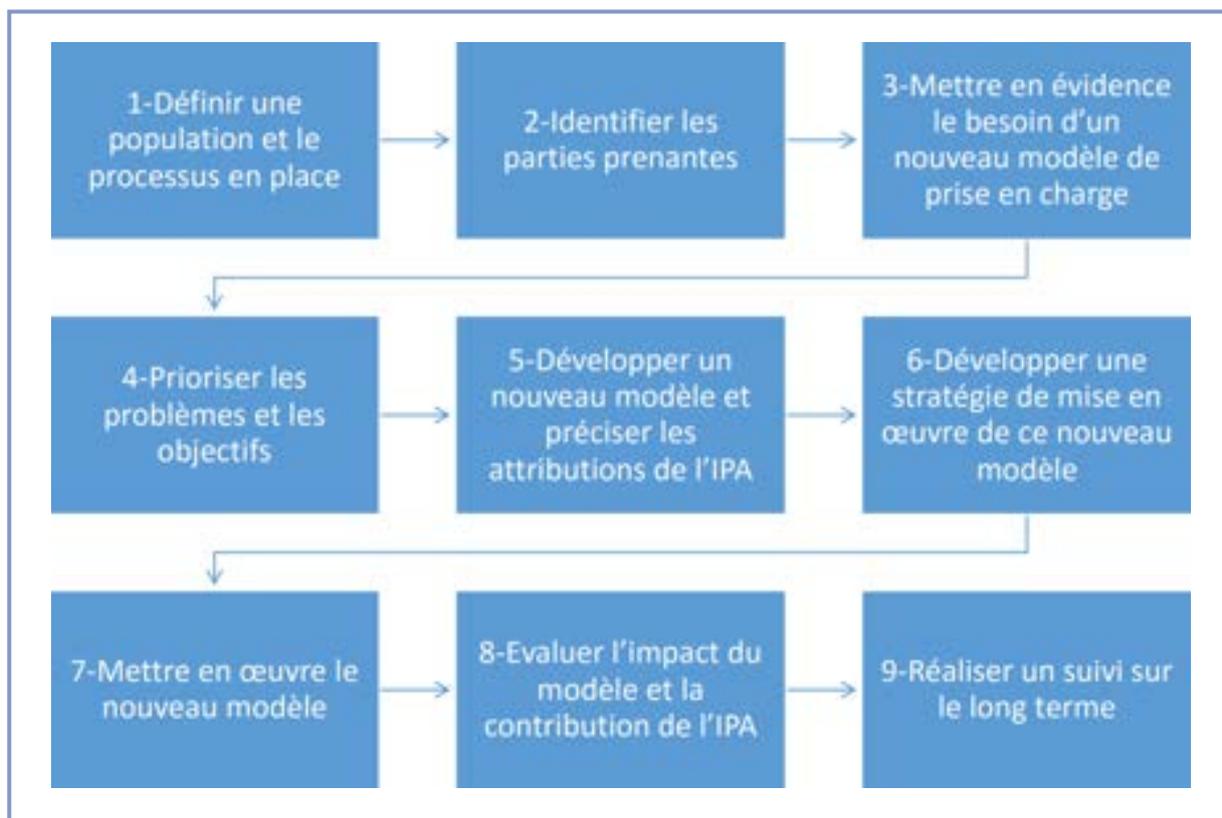


Figure 10 – Modèle PEPPA
Source : [C. Debout ANIL Oct2017](#)

Cette méthode se déroule selon plusieurs phases dont le pilotage doit être fait par le chef de projet, en tant que porteur de projet.

La participation collective de toutes les parties prenantes (professionnels de santé, encadrement, financeurs, résidents) constitue un élément essentiel de cette approche. MARCHAND rappelle que « *la conduite du changement mobilise toute une chaîne décisionnelle du plus bas de l'organigramme jusqu'au plus haut* »⁶⁵. La mise en œuvre d'un projet concerté est donc fondamentale et participe à une meilleure appropriation du projet et de surcroît à un accompagnement plus efficace du changement.

Cependant, bien que ce cadre de référence aide à structurer les différentes étapes, il est un outil qui ne saurait se suffire à lui-même. Il n'est pas gage de réussite s'il ne s'accompagne pas d'un management participatif. D'après MOSCOVICI et DOISE⁶⁶, une participation fondée sur une méthode directive ne permet pas l'expression d'une pensée divergente alors qu'une participation consensuelle, qui s'appuie sur une méthode et un style de leadership ouvert, autorise le développement de cet effet et donc la possibilité de produire un consensus : « *Lorsque plusieurs individus discutent afin de formuler une décision ou un jugement communs, différents aspects du problème sont saillants pour eux.*

⁶⁴ La roue de Deming (PDCA en anglais) est un outil de travail conçu en 1950 par William Deming qui vise l'amélioration continue des processus en assurant une gestion de projet et une démarche qualité efficaces. Cette méthode se présente en 4 étapes : Préparer, Mettre en œuvre, Vérifier puis Agir.

⁶⁵ Marchand X. (2022). Le MRH dans les transitions (GHT, fusion, fermeture, déménagement, mutualisation). Enseignement M2 2021-2022.

⁶⁶ Moscovici S., Doise W. (1992). Dissensions et Consensus. Presses Universitaires de France.

Un accord n'est ainsi possible qu'après une redéfinition de la situation : un ou plusieurs aspects doivent devenir dominants pour tous et l'emporter sur les considérations variées qui ont pu conduire les individus à défendre des positions divergentes »⁶⁷.

En 1996, Kotter est un des premiers auteurs sur le thème du changement à poser la problématique du rôle et de l'importance du manager dans la réussite de la conduite de changement. Il avance en effet l'idée que les changements ne se font pas dans les projets mais par l'attitude et la posture des managers, qui constituent les relais du changement.

Dès lors, le chef de projet doit « *opérer des traductions dans les actes quotidiens* » pour faire advenir le changement. Je retiens cette notion de posture de projet et à cet fin, les piliers de ma démarche ont été d'une part la démarche participative, qui s'est traduite en réunion d'information-communication et d'échange et d'autre part les ateliers et groupes de travail participatifs, afin de mobiliser les parties prenantes, « *en vue de franchir les rapides sans tangage excessif* »⁶⁸.

3.2 Réussir le lancement du projet

3.2.1 Mise en place du comité de pilotage

L'objectif du projet est d'introduire la pratique avancée au sein de l'organisation de l'EHPAD en septembre 2022. Fort des éléments du modèle PEPPA, la première étape a consisté à mettre en place un comité de pilotage (COPIL), afin de suivre, jusqu'à l'implantation de l'IPA, l'avancée des différents groupes de travail, les impacts sur le planning et d'arbitrer en cas de nécessité. Ce projet impacte la dimension du soin, mais également la dimension financière, la qualité et la sécurité des soins et les ressources humaines. Ainsi, différentes directions fonctionnelles sont impactées par le projet et sont donc intégrées au COPIL. Le COPIL a pour mission de poser les jalons et de déterminer les étapes de validation du projet.

Les membres qui ont été invités à rejoindre le COPIL du projet sont :

- **La directrice du site**, commanditaire du projet.
- La direction des ressources humaines : le **DRH du groupe VYV3 IDF** et la **RRH responsable du site** ont intégré le COPIL afin de corréler projet institutionnel, projet professionnel et gestion prévisionnelle des métiers et compétences (GPEC) et de façon à adapter le plan de formation. Un des facteurs de réussite du projet sera d'identifier les modalités de création de poste IPA : par création de poste, ou transformation d'un poste IDE, ou éventuellement par utilisation de vacation médicale. La notion d'attractivité des professionnels de santé est aussi fondamentale dans ce projet, l'intégration d'une IPA pouvant constituer une réelle plus-value. Un programme de communication pourra se développer entre ressources humaines et directions des soins.
- La direction des affaires financières (DAF) : l'impact financier et le retour sur investissement devra être clairement identifié et travaillé en étroite collaboration avec **la comptable responsable de l'EHPAD**.
- La direction qualité gestion des risques : la collaboration avec la cellule qualité, composé d'un **responsable qualité** et d'un **assistant qualité** est primordiale pour identifier les points concernant la qualité et sécurité des prises en charge, la satisfaction des usagers et l'amélioration des pratiques professionnelles au sein de l'équipe.
- La direction du système informatique : le recours au **responsable informatique** est inévitable au regard de l'étude des besoins d'accès et de connexion.
- Le service communication

L'équipe projet est composée des membres du COPIL et des rapporteurs des groupes de travail thématiques. Par ailleurs, l'implication des résidents et de leurs aidants me semble indispensable.

⁶⁷ Moscovici S., Doise W. (1992). Dissensions et Consensus. Presses Universitaires de France.

⁶⁸ Miramon, J. (2009). Introduction. Dans : J. Miramon, *Manager le changement dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*. Rennes: Presses de l'EHESP. pp.29-32

En effet, le patient bénéficie d'une expertise dans le vécu de sa maladie et connaît ses besoins dans le suivi de sa maladie. Sa participation garantit un projet centré sur les patients.

Pour réaliser le suivi du projet, j'ai élaboré un GANTT avec l'aide du COFIL, que MARCHAT qualifie de « *livre de route indispensable pour un bon pilotage du projet* »⁶⁹. Il permet de planifier les tâches à accomplir, leur durée et leurs chevauchements éventuels. Ainsi, il est plus aisé de déterminer les ressources à affecter à chacune des tâches. Il est possible que certaines tâches soient réalisées plus vite ou, au contraire, qu'elles nécessitent plus de ressources. Grâce à cet outil, nous pourrions décider de la réaffectation des ressources nécessaires à la réalisation d'une tâche.

Pour réfléchir aux différentes tâches nécessaires à la conduite du projet, nous nous sommes appuyés sur une matrice de leviers développée par MARCHAND⁷⁰, qui permet de sélectionner les outils à mettre en œuvre au regard du changement à mener. Il est à noter que l'outil en bas à gauche (supports passifs) correspond à l'outil le moins efficace et l'outil en haut à droite (ateliers de co-construction) correspond à l'outil le plus efficace. La PAI constituant une innovation disruptive, le projet de son implantation correspond à un changement fort.

	CHANGEMENT FAIBLE	CHANGEMENT MOYEN	CHANGEMENT FORT
ACCOMPAGNEMENT	Analyse d'impact	Aide à la compréhension : Appropriation	Ateliers de co-construction
FORMATION	Technique	Méthodologique	Théorique
COMMUNICATION	Supports passifs (note de service, affichage ...)	Supports interactifs (sondages, boîte à idée ...)	Promotion par personne de référence

Figure 11 – Matrice des leviers de X. MARCHAND

Source : Cours Le MRH dans les transitions. Enseignement M2 2021-2022.

Le planning détaillé de l'organisation de la phase projet (annexe 8), suit la logique suivante :

- Suite à l'accord de la direction générale (étape 0)
- J'ai avisé les membres du comité de direction (CODIR)⁷¹ en vue de mobiliser et fédérer l'équipe de direction présente sur site et de s'accorder sur les parties prenantes impactées pour les intégrer aux groupes de travail.
- La première étape du projet consistait à constituer, sous l'égide du directeur, le COFIL (étape 1).
- Une réunion d'information a été planifiée pour contextualiser le projet d'implantation de l'IPA et partager le diagnostic des besoins dans la prise en charge des patients (étape 2).
- Une évaluation de l'impact médico-économique a permis d'établir un budget prévisionnel.
- En parallèle, une étude d'impact pilotée par la psychologue a été réalisée auprès des parties prenantes (médecins, infirmières, usagers, familles d'usagers), visant à appréhender les représentations de ce qu'est une IPA, les conséquences perçues de son intégration et comprendre, à travers les préoccupations relevées, les freins (étape 3).
- Se basant sur les résultats de l'étude d'impact, un atelier participatif a permis de construire une représentation collective commune de l'IPA (étape 4).

⁶⁹ Marchat H. (2016). Le Kit du chef de projet. Paris : Eyrolles. 257 pages

⁷⁰ Marchand X. (2022). Le MRH dans les transitions (GHT, fusion, fermeture, déménagement, mutualisation). Enseignement M2 2021-2022.

⁷¹ Le CODIR est composé des professionnels suivants : médecin coordonnateur, directrice du site, gouvernante, animatrice, psychologue, cadre de santé.

- J'ai mandaté le service communication d'élaborer la politique de communication interne mais également externe (cette dernière sera mise en œuvre six mois avant l'intégration de l'IPA). Ce travail a fait l'objet d'une réflexion au cours du second groupe de travail (étape 5).
- En parallèle, j'ai mené un benchmark externe afin de récolter des retours d'expérience sur l'intégration des IPA et m'ouvrir sur des aspects que je n'aurais pas anticipés au début du projet (étape 6).

Ces premières étapes m'ont permises de présenter un projet affiné à la direction générale pour un arbitrage éventuel, notamment sur les orientations, les moyens et le budget. Cette validation a marqué le passage du mode avant-projet au mode projet. Nous avons alors communiqué officiellement sur un projet en construction mais déjà cohérent et avancé :

- Vers les instances représentatives du personnel, les salariés, le conseil de vie social, les résidents et les familles, la communication étant clef dans la réussite de projet. Les destinataires de cette phase d'information ont été invités à intégrer les groupes de travail (étape 7).
- Une ouverture de candidature à la formation en pratique avancée a été communiquée par la RRH lors d'une réunion de service début mars 2022 et une évaluation des projets des candidats a abouti au choix d'une IDE (étape 8).
- Un troisième groupe de travail que j'animerai portera sur la place de l'IPA dans le nouveau modèle de prise en charge et d'accompagnement des résidents (étape 9).
- Un quatrième groupe de travail étudiera les impacts prévisibles sur l'établissement (étape 10).
- La fiche de poste et le protocole d'organisation seront rédigés en collaboration avec l'IPA en formation (étape 11).
- Enfin, un groupe de travail co-dirigé par le MEDCO et la responsable qualité suivront l'activité de l'IPA.

Cet outil de planification est évolutif en fonction des avancées et des aléas rencontrés par le projet. Grâce au GANTT il m'est possible de piloter le projet en ayant une vision globale. Il est de ma responsabilité, en tant que chef de projet, de le tenir à jour afin de répondre aux exigences de délais du commanditaire.

Pour permettre l'implication et l'engagement des acteurs, il est important d'avoir des jalons dans un projet de changement avec des réalisations qui constituent des victoires rapides.

3.2.2 Un impact budgétaire à mesurer

Dans le cadre de la préparation de notre projet, une évaluation des ressources et des coûts est nécessaire. Il s'agit de prévoir, puis de suivre le coût représenté par la réalisation des différentes tâches prévues par le projet.

Cette évaluation doit porter sur tous les éléments prévisibles ou évaluables :

- Les coûts externes prévisibles
- Les coûts liés au temps passé par les équipes impliquées dans le projet

J'ai dès lors questionné les membres du COPIL afin d'avoir une vision plus fine pour établir le budget prévisionnel.

3.2.2.1 Des coûts liés aux ressources humaines

Pour la mise en place du projet, nous allons avoir besoin d'une équipe projet qui va animer les groupes de travail ainsi que de participants à ces groupes.

MARCHAND évoque que « *le coût, le temps et la qualité sont intimement liés. Si nous touchons à l'un, les deux autres seront impactés* ». Cela reprend le concept du triangle Qualité-Coûts-Délai précédemment évoqué.

Ainsi, si l'on demande à des professionnels de s'investir dans un groupe de travail, une contrepartie doit être proposée. Si nous n'investissons pas et si nous n'augmentons pas le coût, la qualité du travail rendu risque

d'être insatisfaisante. Pour cette raison, le temps investi doit être suivi d'un coût pour obtenir un résultat de qualité. Les temps de réunion et de groupe de travail du projet sont associés à du temps de travail effectif, notamment pour les PNM, et ce, même s'ils sont réalisés avant ou après leur période de travail.

En s'appuyant sur l'émergence et la durée des regroupements liés au projet, indiqués dans les comptes rendus, nous pourrions réaliser l'ajout de ces heures sur les compteurs horaires des professionnels.

Aussi, au regard du GANTT, nous pouvons établir un budget prévisionnel des actions de mobilisation des acteurs impliqués dans le projet. Ce chiffrage moyen tient compte de la répartition moyenne suivante :

- coût d'un non-cadre : 200 euros par jour
- coût d'un cadre moyen : 300 euros par jour
- coût d'un cadre supérieur : 450 euros par jour
- coût d'un cadre dirigeant : 750 euros par jour

Le budget est détaillé dans le tableau ci-dessous :

Etapes du projet	Charges RH (J x hommes)	Coût RH (€)
Etape 1 (1 heure)	1 cadre dirigeant, 1 cadre moyen	131 euros
Etape 2 (3 heures)	2 cadres dirigeant, 5 cadres moyen, 2 non cadres	1275 euros
Etape 3 (8 heures)	2 cadres moyen, 2 non-cadres	1000 euros
Etape 4 (8 heures)	2 cadres supérieurs, 2 cadres moyen, 6 non-cadres	2700 euros
Etape 5 (8 heures)	1 cadre supérieur, 1 cadre moyen, 3 non-cadres	1350 euros
Etape 6 (24 heures)	1 cadre moyen	900 euros
Etape 7 (1 heure)	3 cadres dirigeant, 5 cadres moyen, 12 non-cadres, 2 cadres supérieurs	881 euros
Etape 8 (4 heures)	2 cadre moyen, 1 cadre supérieur, 1 cadre dirigeant	900 euros
Etape 9 (5 heures)	1 cadre supérieur, 1 cadre moyen, 3 non-cadres	845 euros
Etape 10 (2 heures)	1 cadre supérieur, 1 cadre moyen, 3 non-cadres	338 euros
Etape 11 (4 heures)	2 cadre supérieurs, 1 non-cadre	550 euros

La « ligne budgétaire » des ressources humaines est à considérer en deux parties, que sont les ressources nécessaires pour réaliser le projet, vues supra, et les ressources nécessaires pour le fonctionnement du projet.

3.2.2.2 Prévoir le financement de nouvelles compétences

La participation à un webinaire en avril 2022, proposant le partage d'expériences de trois établissements pionniers dans l'implantation des IPA, a été riche d'enseignements. Ce webinaire m'a en effet permis d'avoir une vision pragmatique et renseignée des modes d'organisation mis en place dans d'autres structures, afin de m'en inspirer et d'en tirer le meilleur. Il pointe cependant comme limite le fait de ne pas concerner un EHPAD, notre terrain de référence, mais des établissements de santé sanitaire, publics et privés. Nonobstant, des éléments peuvent nous éclairer.

Outre le financement de la mise en place de l'ensemble de la démarche projet comme évoqué supra (réunions, temps de travail...), trois types de financement sont à prévoir. En effet, le coût de la formation de l'IDE qui se spécialise, le coût de son salaire et le coût de son remplacement sont à assumer par la direction.

Dans un premier temps, un investissement conséquent sur la formation du futur professionnel en pratique avancée est nécessaire. Le temps de travail personnel étant conséquent et cette formation engendrant une « rupture épistémologique » au sens de Gaston Bachelard⁷², il semble difficile de conduire conjointement

⁷² Selon Gaston Bachelard, philosophe et épistémologue français, la rupture épistémologique désigne, dans l'approche de la connaissance, le passage qui permet de connaître réellement en rejetant certaines connaissances antérieures qu'il serait nécessaire de détruire pour que se révèle la connaissance nouvelle.

un cursus universitaire de 2 ans et un poste de travail, même en temps partiel. Ce schéma ne peut que favoriser un risque élevé de burn-out de l'étudiant.

Il s'avère qu'un IDE qui partira en formation d'IPA coûterait environ 200 000 euros sur 2 ans :

- 50 000 € chargés en moyenne pour le salaire par an
- 50 000 € de remplacement de l'agent par an
- 5 000 € de moyenne en frais pédagogiques par an
- 400 € en moyenne de frais d'inscription par an

Les frais pédagogiques peuvent être couverts par l'opérateur de compétences (OPCO) auquel cotise l'établissement en complément du compte professionnel de formation (CPF) de l'agent.

Par ailleurs, depuis 2019, certaines ARS apportent une contribution financière aux employeurs, dans le cadre du Fonds d'intervention régional (FIR), destiné à contribuer aux frais de remplacement des IDE durant leur formation. Cette année encore, l'ARS Ile-de-France propose une aide financière à hauteur de 10 600 euros pour les établissements envoyant un agent en formation (formulaire à compléter en ligne).

Ainsi, différentes aides existent mais ne prendront pas en charge intégralement la formation et l'ensemble des coûts engendrés. La formation par le biais de la promotion professionnelle représente un coût important mais la politique de l'établissement a été de dire que le coût investi à l'année N portera ses fruits à court, moyen et long terme et qui de plus est une action de santé publique qui améliorera la prise en charge des résidents.

En tant que chef de projet, je m'attacherai à expliquer ce choix d'orientation et à rassurer sur son anticipation dans l'organisation quant au remplacement de l'IDE durant les deux années de formation.

Une réflexion doit également être menée pour définir la rémunération de l'infirmière ayant un niveau de formation plus élevé et couvrant un large spectre d'activités. Les contraintes économiques des systèmes de santé rendent les marges de manœuvres étroites. À ce titre, la DG a demandé une implantation de l'IPA à budget constant.

Chaque établissement est soumis à une grille d'indices des salaires, qu'il relève du statut de la fonction publique hospitalière ou de droit privé. A ce jour, il n'existe pas de cadre d'emploi spécifique pour les IPA qui relève du statut de droit privé. Une valorisation salariale en proportion des compétences sollicitées apparaît être le compromis le plus rationnel. « Dans ce domaine, la France s'illustre avec son système du Skills, knowledge, framework »⁷³.

Après discussion avec la directrice, la DAF et la DRH, le financement de l'IPA consistera en une réorganisation de la répartition des temps de travail selon la disposition prévisionnelle suivante :

Nature du poste	2022 ETP rémunéré	2022 ETP contractuel	Valorisation salaire brut ETP contractuel 2022	2023 visée ETP	Valorisation salaire brut visée ETP 2023	Marge sur salaire brut
Médecin coordonnateur	0,2 ETP	0,5 ETP	50 000,00 €	0,4 ETP	40 000,00 €	10 000,00 €
Ergothérapeute	1 ETP	1 ETP	33 176,00 €	0,6 ETP	19 906,00 €	13 270,00 €
Psychologue	0,5 ETP	1 ETP	33 037,00 €	0,5 ETP	16 518,00 €	16 518,00 €
						39 788,00 €

Compte tenu de ces différents éléments, il est envisagé de proposer une rémunération avoisinant les 38 000 euros brut par an.

⁷³ Aguilard, S., Colson, S. & Inthavong, K. (2017). Stratégies d'implantation d'un infirmier de pratique avancée en milieu hospitalier : une revue de littérature. *Santé Publique*, 29, 241-254.

Il sera nécessaire que j'échange avec le directeur de filière de pôle et la direction générale pour présenter les besoins estimés afin de les négocier et les valider pour inclusion dans l'EPRD. J'ai conscience que la validation de ces postes passera par une démonstration de la viabilité économique et stratégique du projet.

3.2.2.3 L'implantation d'une IPA constitue une stratégie d'attractivité et de fidélisation

L'attractivité de l'exercice professionnel médical et soignant, dans les établissements de santé, fait l'objet d'une préoccupation majeure de la part de l'ensemble des acteurs sanitaires et médicaux-sociaux depuis plusieurs années.

Les différentes approches théoriques, largement ancrées dans les théories de l'information et de ses perspectives psychosociales⁷⁴ (Karen H. Ehrhart et Jonathan C. Ziegert), montrent que l'ensemble des signaux internes et externes à un établissement de santé impactent la réputation de l'employeur. Le signal d'attraction que l'organisation souhaite émettre, que le candidat réceptionne et par lequel il est attiré est brouillé positivement ou négativement par les signaux que transmettent les salariés en poste et les représentations que projettent les acteurs externes de la société, conduisant à la décision ou non de s'engager dans la relation d'emploi.

Selon MARCHAND, « *la question du recrutement et de l'attractivité est une bombe à retardement si après avoir « tout » mis en œuvre pour attirer, les conditions de travail sont en inadéquation avec l'affichage* »⁷⁵.

SIBE ajoute que « *l'attractivité commence par la fidélisation des professionnels en poste* »⁷⁶.

Deux grandes idées se dégagent de ces réflexions :

- L'attractivité exige préalablement d'aligner le ressenti des personnels en poste avec les messages prometteurs que souhaite véhiculer l'organisation.
- Le souci n'est pas de communiquer sur l'opportunité d'un futur emploi, mais bel et bien d'agir sur la qualité de vie au travail de ceux qui y exercent déjà.

Conceptuellement, il s'agit de s'appuyer en priorité sur le pouvoir de mobilisation, soit « *la capacité organisationnelle et managériale à pérenniser durablement la main-d'œuvre en place, avant même de vouloir actionner toute forme de pouvoir de séduction et de capacité à attirer de nouvelles recrues* »⁷⁷.

La PAI permet à l'IDE une évolution de carrière et marque une pleine reconnaissance professionnelle.

Le soutien organisationnel à la formation et à l'amélioration des conditions de travail permis par l'établissement via la mise en place de la PAI agit en faveur de la fidélisation des IDE. La communication sur cet atout représente un facteur d'attractivité.

3.2.2.4 Moyen mis à disposition

L'intégration de l'IPA et la pérennisation de ses fonctions doit également s'appuyer sur les moyens mis à sa disposition pour exercer ses missions.

Il s'agit de « faire une place » à l'IPA en lui donnant « sa place » grâce à la mise à disposition de ressources adéquates et de moyens matériels afin d'exercer ses activités dans de bonnes conditions :

- Les moyens d'accès informatique : Le partage d'informations est un point essentiel pour l'efficacité de la collaboration médecins traitants – IPA. Le suivi du malade doit être tracé sur un support accessible à tous les acteurs, et la transmission de ces informations doit être

⁷⁴ Ehrhart K.H., Ziegert J.C. Why are individuals attracted to organizations? *J Manage* 2005 ; 31 (6) : 901-919

⁷⁵ Marchand X. (2021). L'usure professionnelle, RPS et QVT : les leviers du management des RH. Enseignement M2 2021-2022.

⁷⁶ Sibé, M. (2021). Fonder l'attractivité sur une stratégie de fidélisation : les enseignements du modèle du Magnet Hospital, Soins Cadres, vol.30, n°129, p. 14-18.

⁷⁷ Ibid.

sécurisée. De concert avec le support informatique, les droits de prescription et d'accès aux dossiers médicaux nécessitent d'être anticipés. Cette étape n'engendre néanmoins pas de coût supplémentaire car les logiciels et différents supports informatiques sont déjà en place à l'EHPAD.

- Les moyens matériels : La création d'un bureau sera indispensable à l'activité de l'IPA. Dans le cas présent s'impose au projet la contrainte de l'architecture actuelle qui n'évoluera qu'avec la reconstruction du site et la réflexion ne peut donc porter que dans les limites du cadre existant. L'une des chambres inutilisées, car trop petite, aux rez-de-chaussée peut être réhabilitée à moindre frais en un espace de consultation pour l'IPA. Ce point sera à transmettre au service technique pour analyse, validation et inclusion dans le budget de l'établissement. Le directeur de filière sera également informé de la démarche.

3.2.3 Être à l'écoute des représentations

3.2.3.1 Donner à chacun la possibilité d'apporter sa contribution au projet

Les structures médico-sociales sont des organisations collectives par nature. Dans ce contexte, tous les acteurs peuvent contribuer, à leur manière, à la réussite collective. Il est donc nécessaire, voire indispensable, de favoriser l'implication de l'ensemble des membres de l'organisation dans le projet, pour développer, entretenir le sentiment d'appartenance et maintenir sous tension la dynamique collective qui garantit la pérennité et la performance de l'organisation. Les caractéristiques de cette organisation, et notamment les rapports de pouvoirs qui s'y jouent, peuvent avoir une influence sur la compréhension des mécanismes induit par l'introduction de la PAI.

3.2.3.2 Les rapports de pouvoir

La question des représentations sera centrale dans le processus d'accompagnement au changement des professionnels. La configuration politique interne est très fortement marquée par la coexistence de différentes hiérarchies internes dont la direction, le corps médical, le personnel soignant, le personnel administratif et par des influences externes, tel que les tutelles. La relativité du pouvoir formel, dévolu aux acteurs détenteurs du pouvoir de décision, et l'espace laissé aux stratégies individuelles laisse la place à de nombreux jeux d'acteurs qui doivent être considérés dans les projets de conduite du changement.

3.2.3.3 Etude d'impact

Selon AUTISSIER et MOUTOT, l'étude d'impact constitue un levier de la conduite du changement qui est mobilisé au niveau opérationnel. Dans le cadre de mon projet, au regard de la complexité des rapports de pouvoirs qui s'opèrent, cette étude d'impact relève d'une analyse sociologique qui vise à :

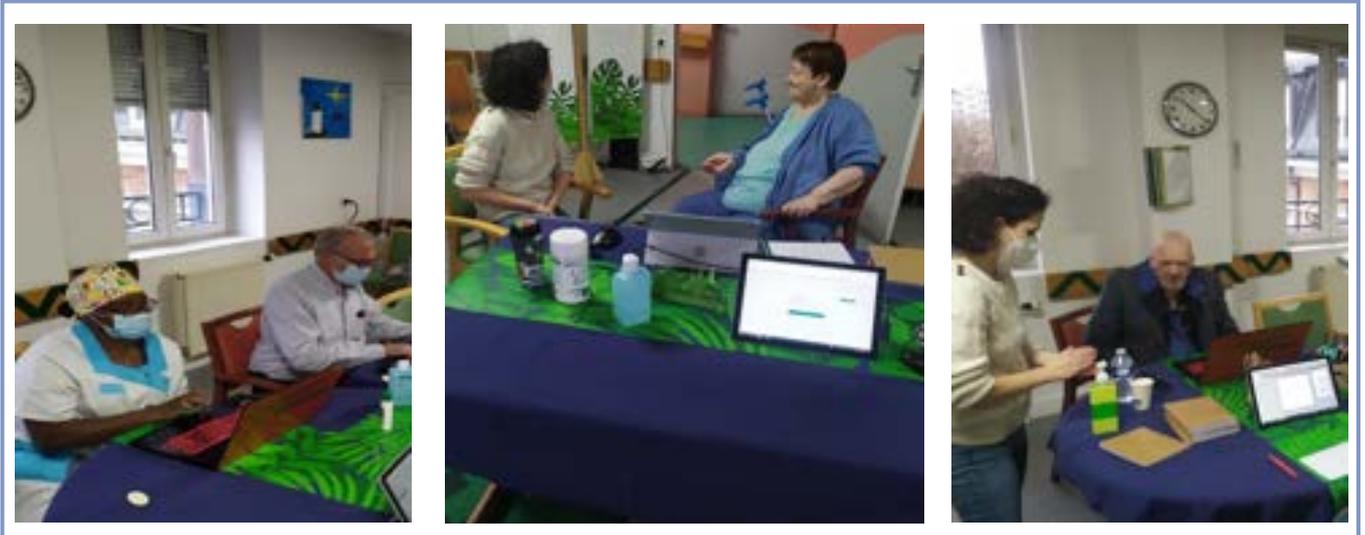
- Comprendre les rapports sociaux entre les acteurs
- Mettre en lumière leurs représentations de l'IPA, les conséquences perçues de son intégration et les éventuelles résistances
- Adapter les stratégies de communication au regard des deux premiers points

Pour approcher les représentations individuelles des pratiques avancées, nous avons choisi comme outil de recueil de données les entretiens. Nous avons imaginé et programmé un dispositif sur une journée, visant à permettre des temps d'échange individuels afin de provoquer des réponses que nous n'auriez pas obtenues dans des réunions à fort public. Par exemple, un résident ne va pas forcément livrer de prime abord son point de vue en étant en présence du médecin ou de l'IDE.

Nous nous sommes installés dans la salle de réunion, rendue accueillante, et avons proposé des boissons, des collations, ainsi que des sandwiches sur la pause déjeuner. Plusieurs membres du CODIR (psychologue,

animatrice, cadre de santé, ergothérapeute) se sont positionnés autour de tables avec des questions et des images, notamment pour faciliter l'expression des résidents.

En fonction des disponibilités des résidents et professionnels (pause déjeuner ...), même sur un temps restreint, nous échangeons avec eux. Au fur et à mesure, nous avons recensé les idées des uns et des autres.



Ce format d'interview est important car les journées sont intenses et les équipes professionnelles n'ont pas forcément le temps de s'extraire du rythme des soins, même pour un temps défini et organisé en amont. L'objectif était véritablement d'adapter la méthode de recueil en fonction du public. C'est une condition de collaboration.

Nous avons eu de bons retours de cette méthode de travail immersive qui a permis d'établir des relations saines et de confiance. Cette étude d'impact est conçue comme un outil d'intéressement car elle permet de sensibiliser les parties prenantes sur le projet et manifeste l'importance que revêt la prise en compte de leurs perceptions. Le dialogue avec les parties prenantes dès le démarrage du projet, comme partie intégrante du plan de gestion du projet, permet d'instaurer des relations proactives qui se transformeront en un capital pour la suite du projet.

Les échanges révèlent des représentations très différentes de l'IPA.

Les professionnels de santé se sont avérés être mieux informés que les usagers. Aucun de ces derniers n'avait déjà entendu parler de la PAI. La plupart des résidents ont laissé entrevoir un engagement limité envers le dispositif, mais non opposé. En effet, ils perçoivent peu la différence entre l'IPA et le médecin. Pour eux, la personne qui vient les consulter leur importe peu, tant qu'elle dispose des compétences pour les soigner. L'accueil est surtout favorable au regard du délai d'attente pour pouvoir voir leur médecin traitant. Néanmoins, il s'agira d'apporter une information claire afin que les résidents comprennent les champs d'intervention de l'IPA, à savoir les PCS.

Par ailleurs, nous notons des représentations professionnelles communes chez les médecins et les professionnels paramédicaux.

Tous deux évoquent notamment une logique et un contexte économiques qui poussent la direction de l'EHPAD, et le système de santé de manière générale, à promouvoir le développement de la collaboration interprofessionnelle. Ils craignent que les changements s'instaurent sans concertation et restent une décision purement financière et administrative. La communication régulière sur le projet sera capitale et il conviendra de passer du temps à faire du lien pour comprendre avec eux comment nous allons pouvoir les mandater et les mobiliser après la diffusion de l'étude d'impact.

Mais contrairement à ce qui aurait pu être envisagé, les professionnels les plus réticents à l'implantation de l'IPA sont les IDE, et non les médecins.

Déjà habitué à collaborer, pour certains avec des IDE Asalée⁷⁸, les médecins participants voient ce nouvel acteur avec soulagement et intérêt. La principale crainte évoquée est le risque de substitution médicale, en lien avec l'autorisation de prescription. Un argument pour encourager et rassurer les médecins généralistes dans une collaboration efficiente avec l'IPA pourrait appuyer sur le rôle de renforcement de l'action médicale par l'IPA. Les termes employés joueront un rôle clé. Par exemple, ne pas évoquer un « remplacement des consultations médicales » (ce qui ne sera d'ailleurs pas le cas), mais un complément dans le parcours du patient, permettant de renforcer et sécuriser la prise en charge. Ainsi, ce discours peut désamorcer des peurs qui paraissent légitimes.

Des réticences plus importantes ont été soulevées chez les PNM. Les appréhensions d'une cadre de santé, au regard du positionnement de l'IPA et de sa posture de leadership, doivent être entendues. En délimitant les fonctions de chacun au regard des compétences, une collaboration peut être envisagée de façon pertinente et efficace : le cadre sera dans une logique de fonctionnement-organisation-management, et l'IPA dans une logique de parcours résident, les deux acteurs ayant comme finalité une qualité et une sécurité des soins dispensés aux résidents. Les IDE pour leur part pensent unanimement que la PAI représente une opportunité d'évolution professionnelle. Malgré tout, certaines IDE pensent que son implémentation peut complexifier davantage les prises en charge : l'IPA ne pourra intervenir qu'auprès de certains patients mais pas pour toutes les situations de soins. Enfin, la formation apparaît contraignante sur un plan organisationnel, pour des perspectives salariales peu attractives. L'intéressement des IDE est cependant nécessaire pour susciter à très court terme des candidatures.

L'analyse de ces échanges permet d'identifier les intervenants les plus influents et de comprendre les efforts nécessaires liés au changement, afin d'obtenir le soutien requis pour la réussite du projet. Elle permet d'aboutir à la réalisation d'une matrice pouvoir-intérêt.

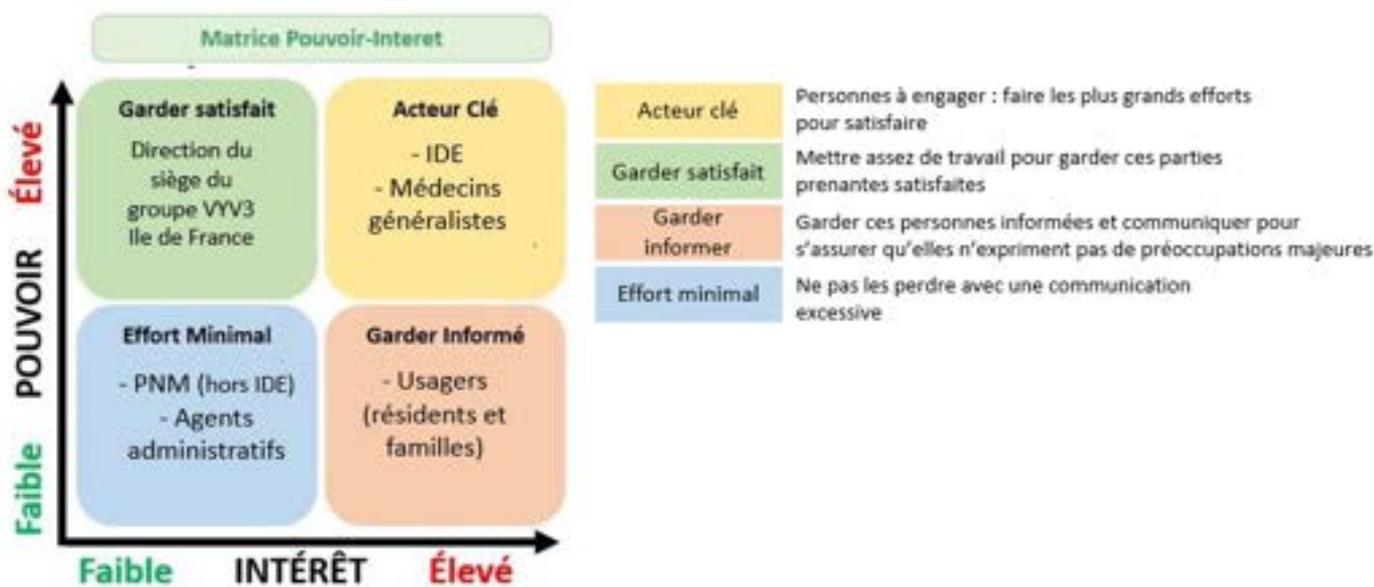


Figure 12 – Elaboration de la matrice Pouvoir-Intérêt sur le modèle de Johnson et Scholes

⁷⁸ Asalée (Action de SAnté Libérale En Equipe) a été créé en 2004 pour améliorer la prise en charge des maladies chroniques en médecine de ville. ASALÉE est un dispositif de coopération et permet des délégations d'actes ou d'activités des médecins généralistes vers des infirmier(e)s de santé publique. Ces infirmiers(ères) sont en charge de l'éducation thérapeutique. L'IPA et l'IDE Asalée exercent tous deux missions élargies par rapport au métier d'IDE et travaillent en étroite collaboration avec les médecins. Toutefois, les missions concernées ne sont pas les mêmes : l'infirmier Asalée réalise notamment beaucoup d'éducation thérapeutique du patient (ETP). Par ailleurs, les formations qui mènent à ces deux métiers sont différentes.

Cette méthode met en lumière les priorités en termes de gestion des parties prenantes et aide à formuler une stratégie compatible avec les attentes de ces dernières.

Ainsi, une partie prenante ayant un grand pouvoir et un intérêt élevé est un acteur clé du projet. Il faut donc les engager régulièrement et les gérer de près. La deuxième catégorie concernent les acteurs ayant un pouvoir important mais un intérêt faible, à maintenir satisfait. La meilleure stratégie est donc de les informer sans les noyer dans un flot d'informations inutiles. La troisième catégorie regroupe les parties prenantes ayant un pouvoir faible mais un fort intérêt. Ce groupe nécessite une communication et une information maintenue sur les décisions majeures du projet. Le dernier groupe est constitué des parties prenantes ayant aussi bien un faible pouvoir qu'un faible intérêt. Ce groupe requiert le moins d'effort de la part du chef de projet et ne doit pas être surcharger avec une information excessive.

Cette matrice est amenée à évoluer au cours du projet car de nouvelles parties prenantes peuvent apparaître et d'autres peuvent changer de catégories.

A partir de ces résultats, la mise en œuvre d'actions visant à les apaiser, opèrent comme un processus de traduction, défini par M. AKRICH comme « *un ensemble de méthodes qui permettent d'allier l'autre à moi* »⁷⁹. En prenant en compte les réactions des agents, le rôle du traducteur est de les amener à dépasser leurs positions singulières pour aboutir à une vision commune de l'IPA. CROZIER et FRIEDBERG⁸⁰ pensent, que contrairement aux idées qui circulent, les acteurs ne sont pas attachés à leurs routines et sont prêts à changer rapidement s'ils sont capables de trouver un intérêt dans les jeux qu'on leur propose. Le changement, apprentissage de nouvelles formes d'actions collectives, de nouveaux jeux, nécessite cependant une rupture avec les anciens jeux.

Pour y parvenir, la « stratégie des alliés », concept central de la sociodynamique, vise à s'appuyer sur l'énergie des acteurs constructifs et engagés. MARCHAND s'y rapporte en évoquant la notion de « *promotion du projet par une personne de référence* », comme vu précédemment dans la matrice des leviers (figure 11). Il ajoute que « *la personne de référence doit être légitime vis-à-vis des personnes qui l'écoute (et pas légitime vis-à-vis de la conduite du changement). Est légitime la plupart du temps un pair un peu plus cultivé et au fait du projet, qui va parler du changement à sa communauté professionnelle.* »⁸¹

Les premiers pas d'un accompagnement vers le changement pourraient se traduire par un temps de communication pour clarifier les rôles de chacun, lever des aprioris défavorables et montrer tout l'intérêt pour le patient. Cela pourrait s'appuyer sur les recherches théoriques et empiriques effectuées en amont du début du projet.

3.2.4 Stratégie de communication

« Il est impossible de ne pas communiquer »⁸²

L'accompagnement de la mise en œuvre de la PAI implique des actions de communication spécifiques adressées à des publics ciblés. En effet, l'activité de l'IPA va s'inscrire dans le cadre d'une prise en charge holistique du patient. Cette dernière va donc collaborer avec l'ensemble des professionnels qui gravitent autour de la personne soignée. Il est donc nécessaire de concevoir un plan de communication en se basant sur la cartographie des parties prenantes et en intégrant l'ouverture vers les partenaires extérieurs.

Or, une des difficultés majeures qui ressort des témoignages des professionnelles est la méconnaissance de la pratique avancée auprès des professionnels de santé et des patients :

⁷⁹ Durand, S., Baret, C. & Krohmer, C. (2018). La sociologie de la traduction comme grille de recherche-intervention : le cas d'un projet de prévention des risques psychosociaux dans un hôpital public. *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, 30,7, 3-28. <https://doi.org/10.3917/rimhe.030.0003>

⁸⁰ Crozier M., Friedberg E. (1992). *L'acteur et le système*, 3^{ème} édition, Paris : Editions du Seuil, 500 p.

⁸¹ Marchand X. (2022). *Le MRH dans les transitions*. Enseignement M2 MOS 2021-2022.

⁸² Paul Watzlawick (1921-2017)

- « *C'était juste un enfer car de fait il était compliqué de créer de la collaboration : les médecins ne savaient pas qui j'étais, ils ne savaient pas ce qu'étaient les missions de l'IPA [...] ».*
- « *Après en pratique, il y a encore beaucoup de méconnaissance sur le travail des IPA, leur rôle etc. ».*
- « *Ils ne connaissait pas. J'avais plein de questions de curiosité concernant la formation ».*

Lors de la première réunion du COPIL, nous avons convenu d'utiliser un outil informatique partagé de planification de réunions pour que le plus grand nombre de personnes puisse être présent à chaque rencontre. La participation est basée sur le volontariat. Un compte rendu est transmis aux membres du COPIL pour que nos réflexions puissent être archivées et utilisées ultérieurement si nécessaire.

Afin d'animer les parties prenantes engagées, un plan de communication a été co-établi avec le service de communication du siège VYV3 IDF, ciblant de façon distincte :

- La communication à usage externe, orientée vers les médecins généralistes en équipe de soins primaires, les pharmaciens, le laboratoire et l'ensemble des partenaires extérieurs. L'activité de l'IPA va s'inscrire dans le cadre d'une prise en charge holistique du patient, elle va donc collaborer avec l'ensemble des professionnels qui gravitent autour de la personne soignée. Ainsi, il est indispensable d'appréhender un plan de communication à destination de ces derniers.

Outils mobilisés : - fiche d'identité des IPA « parole d'IPA », diffusés par mail, lors de réunion d'information/échange et en relai sur les réseaux sociaux (twitter, LinkedIn)

- information des pharmaciens et laboratoire sur les possibilités de prescription IPA

Cette communication sera mise en œuvre 6 mois avant la prise de poste de l'IPA.

- La communication à usage interne, orientée vers les professionnels internes à l'établissement, les instances représentatives, les résidents et les familles

Outils mobilisés : - retour d'expérience de professionnels déjà engagés (médecins, infirmiers) pour sensibiliser leurs homologues lors de temps d'échange

- affiches promotionnelles, site intranet
- transmissions des étapes d'avancement du projet
- réunion de revue

Ces informations doivent non seulement permettre de faire connaître cette nouvelle pratique, mais aussi expliquer en quoi elle consiste et promouvoir les bénéfices tirés.

Les différentes communications feront l'objet d'une annonce avec un ordre du jour et un compte-rendu consultable, telles que réalisées dans l'établissement afin de garder les habitudes de communication. Le point de départ de la phase de pilotage sera la réunion de lancement de projet. Elle sera composée de l'équipe projet, des membres de l'équipe médicale et paramédicale du secteur et des représentants syndicaux.

3.2.5 Présenter le projet

Nous l'avons abordé, l'action ne peut se départir de la communication. Or, le premier acte de la mobilisation se joue dès la présentation inaugurale du projet. Cette communication interne générale s'est déroulée le 13 janvier 2022. A ce stade introductif, l'objectif n'est pas de co-élaborer le projet : je vise à informer mes interlocuteurs, à expliquer la cohérence interne de la proposition et à leur faire part des besoins diagnostiqués.

Selon Kotter, cette première étape doit agir comme un déclencheur et démontrer l'impérieuse nécessité de changer en créant « *un sentiment d'urgence* ». A cette fin, les éléments du contexte sanitaire et notamment les besoins diagnostiqués constituent des points incontournables du discours formulé, pour donner du sens au projet. Ils soulignent l'importance d'améliorer la prise en charge des résidents : réduire les délais des rendez-vous auprès des résidents nécessitant des soins complexes ; limiter les ruptures de soins ; mettre en place un suivi personnalisé, que les médecins traitants ne parviennent plus à assurer de manière optimale.

Parce qu'un excès d'information aurait nuit à son intelligibilité, j'ai limité mon intervention à un état des lieux, puis à la proposition de modifier cette réalité avec le soutien des professionnels qui en avaient la volonté en expliquant les objectifs et les modalités du projet.

J'ai fini la réunion sur la présentation des futurs groupes de travail qui débiteront après la réunion de lancement du projet et du planning prévisionnel pour les semaines à venir.

Tous les salariés et les membres des instances représentatives du personnel se sont montrés attentifs et intéressés. A la suite de ma présentation, et de l'intervention du directeur de pôle qui confirmait l'intérêt et la confiance de la DG pour le projet porté par l'EHPAD Sainte-Marthe, un temps d'échange avec les salariés s'est ouvert afin de permettre la parole et répondre aux interrogations. Parmi les réactions positives, je retiens l'accord de tous sur le constat que j'ai présenté. Des salariés ont spontanément proposé de participer à un tel projet.

Par ailleurs, l'identification des résistances en amont du lancement du projet m'a été utile pour orienter mon message afin d'instaurer la confiance nécessaire et anticiper les réactions plus partagées.

Au cours du même mois, le projet a été présenté au cours d'une « journée-famille », durant laquelle s'est tenue un conseil de la vie social (CVS), ouvert à tous les résidents et aux familles. Le CVS et les familles n'ont pas émis d'objections au projet.

La situation est cependant particulière en raison du départ de la directrice en poste au début du projet depuis le mois de février 2022. Ainsi, la préparation du retour de l'IDE, en qualité d'IPA, ainsi que tout l'aspect organisationnel s'effectueront en collaboration avec le futur directeur, qui doit prendre ses fonctions en juillet 2022. Ainsi, la suite du projet se veut consultative et vise à apporter des recommandations pour parfaire et assurer l'intégration et la pérennité du rôle de l'IPA.

3.3 Accompagner l'intégration de l'IPA

« Au vu des enjeux et des financements mobilisés, il est essentiel que les IPA au sortir de leur formation soient positionnés sur des postes qui correspondent à leurs compétences et non pas à leurs anciennes fonctions. »⁸³

La réussite de l'intégration de l'IPA repose principalement sur son positionnement dans l'établissement, la définition de ses missions et l'organisation de son activité propre et de complémentarité avec les autres acteurs du soin.

3.3.1 La sélection dans le cadre d'un projet professionnel IPA

Nous avons fait le choix stratégique de s'orienter vers la promotion interne d'une IDE. A cet effet, nous avons élaboré un parcours professionnel d'un projet d'agent qui souhaite devenir IPA.

La notion de parcours professionnel, dans une logique de formation tout au long de la vie, fait référence aux personnes qui suivent ces parcours, mais aussi à l'institution, qui les prévoit et les balise. Passer des compétences d'un diplôme de base, à une « pratique avancée » requiert un cheminement, plus ou moins long qui doit être accessible à des personnes présentant des aptitudes spécifiques, reconnues comme potentiellement compétentes, et motivées.

Le projet professionnel doit donc être réfléchi et construit par l'IDE souhaitant devenir IPA. La transformation identitaire est importante et peut être déstabilisante. La solidité du projet, associée à la solidité de l'IDE sont des éléments déterminants.

Pour permettre de bien penser son projet, une prise de recul semble nécessaire, et l'écriture de son projet professionnel est un outil aidant.

⁸³ Cédric Durupt, chargé de mission IPA à l'ARS Grand-Est, lors des 5èmes journées nationales de l'IPA, organisée par l'Anfipa.

Une ouverture de candidature à la formation en pratique avancée a été communiquée par la RRH lors d'une réunion de service le 7 mars 2022. La candidature a également été diffusée plus largement au sein du groupe VYV3 Ile de France. Les IDE intéressés ont eu un peu plus d'un mois pour nous soumettre leur projet professionnel, la date de clôture de réception des candidatures ayant été fixée au 18 avril 2022. À l'issue de cette phase, nous avons eu la candidature d'une IDE exerçant à Sainte-Marthe et d'une IDE exerçant sur un autre établissement du groupe.

La sélection interne s'est faite devant un jury composé du cadre de santé, du MEDCO, de la RRH et du directeur de filière de pôle. Le référentiel de compétences IPA, comportant différents niveaux de maîtrise, a constitué un support au repérage des personnes pouvant prétendre à une pratique confirmée. Les comptes rendus d'entretien annuel et professionnel ont également été pertinents pour sélectionner au mieux le candidat à la pratique avancée.

En effet, l'accumulation d'expériences et l'addition de formations continues peuvent raccourcir la durée d'obtention d'un diplôme de plus haut niveau, soit en présentant un dossier de validation des acquis de l'expérience (VAE), soit en demandant à bénéficier de dispenses de certains contenus d'enseignement (VAP).

Notre choix s'est finalement porté sur l'IDE exerçant déjà sur site, dont le profil avait déjà été identifié en amont du projet. L'efficacité de sa collaboration actuelle avec les médecins traitants et le MEDCO ainsi que son juste positionnement ont représenté des facteurs favorisant.

À ce jour, l'inscription de l'IDE est en attente de validation par l'université, et a déjà fait l'objet d'une information en interne par la direction lors d'une réunion du Comité social et économique (CSE).

Suite à ce jalon, l'implantation doit être réfléchie et l'accompagnement rigoureux. En qualité de chef de projet, j'aurai à cœur de travailler en amont de la prise de poste les organisations pour intégrer au mieux ce nouveau métier. Au cours de la deuxième partie, nous avons repéré que la réglementation exigeait la mise en place d'un protocole d'organisation spécifiant le cadrage des missions de l'IPA. L'analyse nous a également montré que les différents acteurs insistaient sur le lien hiérarchique qui devait être pensé.

3.3.2 Situer le rôle de l'IPA

L'intégration de professionnels de pratique avancée au sein d'une équipe s'appuie sur une politique RH partagée par tous. L'IPA a des compétences qui doivent être connues et reconnues non seulement par ses pairs et par les infirmiers généralistes, mais aussi par la communauté médicale et plus largement par les usagers du système de santé.

Pour ce faire, un groupe de travail permettant d'engager la réflexion autour des rôles et missions spécifiques de l'IPA à Sainte-Marthe apparaît opportun pour légitimer la place de cette dernière dans l'organisation des soins. L'IPA pourra y être associée durant sa formation, comme le laisse à penser ce témoignage lors du webinar d'avril 2022 : *« il y a une coupure à la fin de la première année de formation pendant les mois d'été. L'étudiant IPA sera en congés 3 semaines mais présente sur l'établissement pendant 6 semaines »*.

Il doit en ressortir un consensus de l'équipe multidisciplinaire sur les domaines identifiés comme prioritaires à améliorer et par lesquels l'IPA pourrait apporter une plus-value.

Pour mieux comprendre la richesse de cette collaboration, il semblerait bénéfique de s'appuyer sur la proposition de référentiel d'IPA en gérontologie⁸⁴, soutenue par le Collège des Soignants de la Société française de gériatrie et gérontologie (SFGG), en vue d'estimer la part ou le type d'intervention susceptibles d'être transférés.

⁸⁴ Proposition de référentiel d'IPA en gérontologie disponible sur : [Présentation du référentiel des Infirmières en Pratique Avancée \(IPA\) en Gérontologie – SFGG](#)



Par ailleurs, formaliser la gouvernance clinique requerra également l'élaboration du protocole d'organisation. Le médecin et l'IPA concernés doivent participer à cette collaboration de façon pro-active. Cela permettra à chacun de cadrer son champ d'activité, de discuter des compétences et limites de compétences de l'IPA. Il s'agira d'envisager les modalités de prise en charge du résident, de décliner les activités cliniques de l'IPA (entretien clinique, anamnèse, plan de soins, prescription, éducation ...). La responsabilité des acteurs paramédicaux et médicaux est engagée dans ce partage de prise en charge. Il importe donc de bien déterminer la régularité, d'une part des échanges d'informations et des réunions de concertations pluriprofessionnelles, et d'autre part des conditions de retour du patient auprès du médecin.

Le cadre supérieur de santé, garant de la sécurité des soins mais également responsable de la bonne utilisation des compétences des professionnelles au sein de l'EHPAD, peut constituer le coordinateur de l'élaboration de ces protocoles. En participant à l'élaboration du protocole d'organisation, il s'assure du respect de la réglementation et témoigne de l'implication de la direction de l'établissement dans ce projet.

La rédaction de la fiche de poste de l'IPA nous semble également jouer un rôle important dans le cadrage des champs d'activité de l'IPA. Ses missions seront décrites de façon précises, en lien avec le protocole d'organisation. L'IPA pourra s'appuyer sur cet outil pour recentrer son activité.

En effet, un des risques de se fonder uniquement sur le protocole d'organisation est de confier à l'IPA des missions uniquement cliniques, en soutien des médecins. Or, leurs activités sont diverses et variées, incluant également des temps de recherche, de formation auprès des équipes pour une montée en compétences des PNM, de déploiement d'analyse des pratiques professionnelles. L'analyse nous a permis de mettre en exergue que l'implication des IPA dans leurs différentes missions est variable selon les structures et service où la pratique avancée est implantée :

« La recherche fait partie des compétences IPA donc ce n'est pas un souci de pouvoir poursuivre dessus. Sauf que maintenant je travaille plus sur cette compétence là que sur d'autres. »⁸⁵

La fiche de poste permettra de clarifier le temps consacré à chaque activité.

Enfin, outre les compétences qui seront disponibles en interne, l'adaptation et la qualité de l'accompagnement ne pourront que profiter de l'adjonction des ressources extérieures, présentes sur le territoire. Nous avons déjà évoqué le travail de communication et d'échange qui sera entrepris 6 mois avant l'intégration de l'IPA. Il visera notamment à faire connaître le projet auprès des partenaires extérieurs, dont

⁸⁵ Citation extraite de l'interview de l'IPA retranscrite annexe 9

les médecins. L'enjeu consiste à redynamiser et matérialiser la collaboration avec des médecins généralistes, en vue d'optimiser la qualité de prise en soins des résidents.

3.3.3 Positionnement hiérarchique

En tant que profession paramédicale, les IPA sont à cet égard sous la responsabilité fonctionnelle du médecin.

Au-delà de ce principe juridique à rappeler, aucun professionnel ne peut être positionné de manière isolée. Il est nécessaire que les liens hiérarchiques et fonctionnels soient clarifiés avant toute introduction dans une institution, faute de voir échouer le projet, comme le souligne un IPA interviewé.

« Après en termes d'encadrement c'est varié. Certains établissements ont pris la décision de rattacher tous les IPA à la direction des soins. Il y a des endroits où ce sont systématiquement les cadres sup qui encadrent. Et puis il y a des endroits où c'est le cadre de prox qui le fait. Je n'ai pas de recommandations vis-à-vis de ça. Je pense qu'il faut faire quelque chose qui fait sens.

S'il s'agit d'un IPA qui va avoir des fonctions transversales, qui va faire plutôt l'évaluation de la qualité et de la formation sur l'ensemble de la structure, pourquoi pas le rattacher à la direction des soins.

S'il s'agit d'un IPA qui intervient dans un cadre très circonscrit, pourquoi pas le rattacher à un cadre de proximité.

Après s'il se pose des problèmes hiérarchiques, des gens qui ne sont pas dans la collaboration que ce soit du côté de l'IPA ou du côté du cadre, probablement qu'il faut essayer de viser un peu plus-haut, pour essayer de contourner tout ça et avancer quand même mais je ne crois pas qu'il faille faire de généralités. Il faut juste le réfléchir et l'anticiper»⁸⁶.

Au regard de la taille de notre terrain de référence et du champ d'intervention de l'IPA à l'échelle institutionnelle, le rattachement hiérarchique à la directrice du site est celui qui apparaît le plus congruent.

3.4 Évaluer le projet

La mise en place de la PAI nécessite d'en mesurer l'impact et la plus-value.

L'évaluation est « un processus d'analyse quantitative et/ou qualitative qui consiste à apprécier soit le déroulement d'une action ou d'un programme, soit à mesurer leurs effets (c'est-à-dire, les effets spécifiques et les conséquences ou l'impact) »⁸⁷.

L'évaluation est l'occasion de :

- mettre en lumière les éventuels écarts entre ce qui a été prévu et ce qui a été réalisé
- comprendre comment et pourquoi l'action fonctionne, et ce qu'elle produit
- faire émerger les éventuels besoins d'ajustements et définir les moyens pour les réaliser.

Dans le cadre de notre projet, il s'agit d'évaluer la méthode d'implantation de l'IPA. Concernant la sélection des indicateurs, je veillerai à l'inclusion de critères quantitatifs, mais aussi qualitatifs. Si ces derniers sont plus difficiles à objectiver, ils apportent une richesse informationnelle qui fait écho à la complexité des prises en soin. A mon sens, l'évaluation devra s'appuyer à la fois sur des indicateurs de moyens, qui rendent compte des efforts de l'organisation et de ses ressources à mettre en œuvre le projet, ainsi que des indicateurs de résultats et de performance, l'essentiel étant de mesurer l'atteinte des objectifs fixés à l'initiation du projet.

J'ai identifié ci-dessous, de façon non exhaustive, des critères et indicateurs de réussite de la conduite du projet. Ces derniers devront être définis et validés par l'équipe projet, afin que chaque membre puisse définir des indicateurs propres à son champ d'activités et en lien avec la PAI.

⁸⁶ Citation extraite de l'interview de l'IPA retranscrite annexe 9

⁸⁷ INPES. (2007). Les études d'évaluation à l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

CRITERES DE REUSSITE	INDICATEURS	SOURCES DE DONNEES
Implication des parties prenantes dans les différents groupes de travail	Nombre de professionnels et d'usagers ayant participé aux groupes de travail	Feuille d'émergence
Appropriation de la fonction d'IPA par les parties prenantes	Evolution des représentations avant / après	Enquête / Entretiens des parties prenantes
Respect du calendrier	Ecart de délai : temps initialement prévu – temp utilisé	Suivi du GANTT
Respect du budget	Ecart de coût du projet : (coût réel – coût prévisionnel) / coût prévisionnel	Suivi du budget prévisionnel et du budget réalisé
Mise à disposition des ressources et moyens matériels adéquats à la prise de fonction de l'IPA	Nombre et type d'aménagements mis en place	Grille d'observation
Accompagnement efficace de l'implantation	Protocole d'organisation et fiche de poste formalisés Satisfaction de l'IPA	Questionnaire de l'IPA

La pratique avancée représentant une innovation disruptive, l'évaluation devra se poursuivre *in itinere* afin d'apprécier, chemin faisant, la concordance des objectifs et des résultats en vue d'effectuer les ajustements jugés pertinents dès que possible. L'évaluation finale permettra d'observer les conséquences à court terme. L'évaluation ex post sera menée annuellement.

Dans un second temps, l'analyse de l'impact sur la qualité de la prise en charge du résident est indispensable pour assurer la réussite du projet de pratique avancée. En effet, l'obtention de résultats cliniques aura des répercussions sur la légitimité de l'IPA au sein de l'équipe pluriprofessionnelle. Des modèles existent au niveau international comme le *framework for evaluating the impact of advanced practice nursing roles*⁸⁸. L'évaluation est à faire à différents niveaux et doit reposer sur plusieurs critères et indicateurs :

- des indicateurs de satisfaction :
 - du patient et de son entourage
 - de l'équipe médicale et soignante

- des indicateurs mesurant les activités afférentes aux soins et à la qualité :
 - clinique : nombre d'actes réalisés ; nombre de patients suivis, 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...), nombre d'interventions pédagogiques

- des indicateurs médico-économiques :
 - temps médical et/ou infirmier redéployé
 - délai de réponse au patient
 - respect des recommandations de bonnes pratiques (par exemple, nombre de consultations annuelles pour un patient diabétique)

L'activité réalisée à la suite de la mise en place des fonctions d'IPA doit être comparée à la situation antérieure. L'offre de soins sera mieux régulée, en principe, car cette nouvelle activité répond à un besoin, à la fois qualitatif et quantitatif.

⁸⁸ Notamment utilisé pour évaluer l'implantation de l'IP au Canada

Le suivi des indicateurs ne doit pas engendrer une difficulté pour le professionnel si les objectifs n'étaient pas atteints. L'analyse des résultats, quel que soit le niveau de performance, permettra de prendre des mesures correctives et d'apporter des améliorations.

3.5 Perspectives

Les perspectives de généralisation de ce projet à d'autres EHPAD sont réelles. En effet, en termes de vision nous sommes conscients que le couple IPA-médecin traitant pourra devenir un référentiel incontournable dans l'avenir. Ces nouveaux modes d'organisation sont indispensables à la bonne évolution dynamique de la prise en charge individualisée en structure médico-sociale de la personne vieillissante.

À l'échelle du groupe, ce premier projet constitue un travail d'expérimentation, dans un périmètre comparable à « une éprouvette », pour pouvoir faire du super qualitatif à une petite échelle et ensuite pouvoir s'étendre. Comme nous le préconisait MARCHAND lors de ses enseignements, « *il faut toujours commencer petit* ».

Lors de ma visioconférence, le directeur de filière de pôle a employé cette métaphore à l'égard du projet : « *vous enracinez un petit bonzaï, s'il grandit et est persistant, je voudrai une forêt de chênes* ». Il invitait donc le groupe VYV3 Ile de France à envisager beaucoup plus. L'avenir nous dira si ces propos étaient prédictifs.

CONCLUSION

Le secteur médico-social, et plus particulièrement les EHPAD, assistent à une transformation de la population accueillie, impactant leurs modalités d'intervention. Les effets combinés de la démographie, des évolutions épidémiologiques et des choix sociétaux vont continuer à amplifier le mouvement déjà à l'œuvre, qui tend à admettre dans les EHPAD des résidents avec un profil de plus en plus complexe.

Face à ces évolutions, une adaptation de notre système de santé et de son financement est indispensable. Pour répondre au mieux à ces problématiques, la pratique avancée, éprouvée à l'internationale où elle est déployée depuis plusieurs décennies, a été légiférée en France par la loi de modernisation de notre système de santé en 2016.

Le fait de retracer et de comprendre les évolutions de la profession IDE permet de mieux les ancrer dans la réalité professionnelle d'aujourd'hui. Dans cet environnement mouvant, la profession IPA est à même d'apporter sa contribution aux réformes visant à optimiser l'offre de soins.

En outre, la plus-value de la pratique avancée a été démontré dans de nombreuses études. En agissant sur plusieurs leviers tels que la prévention, l'accès aux soins, la diffusion des données probantes, la diminution des durées d'hospitalisations etc., ce nouveau métier est une des réponses à la démographie vieillissante et à l'accroissement des pathologies chroniques. Il permet une graduation de l'offre de soins et favorise le développement d'une médecine proactive, tout en s'inscrivant dans une démarche populationnelle et centrée sur le résident.

L'implantation de la PAI au sein d'un EHPAD semble donc légitimée et constitue à ce titre une opportunité managériale pour accompagner le changement qui en découle, les représentations sociales et identitaires infirmières, ainsi que les relations interprofessionnelles étant inéluctablement impactées.

Dans ce contexte, conduire un projet d'innovation organisationnelle nécessite de créer les conditions pour fédérer les professionnels autour d'une approche co-constructive. La méthodologie de gestion de projet et la méthode PEPPA constituent des fils conducteurs pour déployer les IPA en EHPAD.

Cette profession intermédiaire et complémentaire trouvera inmanquablement à se développer dans un futur proche au sein des EHPAD, au service des personnes âgées.

Une phrase a éclairé notre ambition à porter ce projet : l'adaptation est le contraire de la résignation.

BIBLIOGRAPHIE

❖ Lois

- Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé
- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement

❖ Décrets

- Décret du 25 octobre 2021 relatif à l'exercice en pratique avancée de la profession d'infirmiers, dans le domaine d'intervention des urgences
- Décret n° 2019-835 du 12 août 2019 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée et à sa prise en charge par l'assurance maladie
- Décret n° 2019-836 du 12 août 2019 relatif au diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée mention psychiatrie et santé mentale
- Décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée
- Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée
- Décret n° 2010-1123 du 23 septembre 2010 relatif à la délivrance du grade de licence aux titulaires de certains titres ou diplômes relevant du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique
- Décret n° 92-264 du 23 mars 1992 modifiant le décret no 81-306 du 2 avril 1981 modifié relatif aux études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier et d'infirmière

❖ Arrêtés

- Arrêté du 12 août 2019 relatif à l'enregistrement des infirmiers en pratique avancée auprès de l'ordre des infirmiers
- Arrêté du 12 août 2019 modifiant les annexes de l'arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de la santé publique
- Arrêté du 12 août 2019 modifiant l'arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée
- Arrêté du 18 juillet 2018 fixant la liste des pathologies chroniques stabilisées prévue à l'article R. 4301-2 du code de santé publique
- Arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de santé publique

- Arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée

- Arrêté du 12 mai 2006 relatif au référentiel destiné à la réalisation des coupes transversales dans les unités de soins de longue durée

❖ **Ouvrages**

- Autissier D., Moutot J. (2016), Méthode de conduite du changement. Diagnostic – Accompagnement – Performance, Dunod, 4^e éd.

- Autissier, D., Moutot, J., Johnson, K. & Metais-Wiersch, E. (2019). La boîte à outils de la conduite du changement et de la transformation. Paris: Dunod.

- Miramon, J. (2009). Manager le changement dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux. Rennes: Presses de l'EHESP.

- Bastiani B., Peoc'h N., Saint-Jean M. (2015). Accompagner le changement dans le champs de la santé. Paris, De Boeck-Estem, 182 p.

- Ambrosino F. (2020). Le guide de l'infirmier(ère) en pratique avancée. Paris, Edition Vuibert. 172 p.

- Jouteau-Neves C., Lecointre B. Malaquin-Pavan E. (2014). La consultation infirmière.

- Toffel K, Longchamp P, Tawfik A, Buhlmann F. (2020). L'espace infirmier. Visions et divisions d'une profession. Neuchâtel, Alphil éditions, 258 p.

- Jodelet D. Représentations sociales et mondes de vie. Archives contemporaines; 2015. 387 p.

- Marchat H. Le Kit du chef de projet. Paris : Eyrolles. 2016. 257 p.

- Moscovici S., Doise W. (1992). Dissensions et Consensus. Presses Universitaires de France. 296 p.

- Hamric A., Hanson C., Tracy M., O'Grady, E. (2014). Advanced practice nursing: an integrative approach. Philadelphia (USA): Saunders, 5 edition.

❖ **Articles**

- Aguilard, S., Colson, S. & Inthavong, K. (2017). Stratégies d'implantation d'un infirmier de pratique avancée en milieu hospitalier : une revue de littérature. *Santé Publique*, 29, 241-254. <https://doi.org/10.3917/spub.172.0241>

- Schwingrouber, J., Loschi, A., Gentile, S. & Colson, S. (2021). Étude exploratoire de la perception des parties prenantes hospitalières vis-à-vis de l'implantation des infirmiers en pratique avancée. *Recherche en soins infirmiers*, 145, 104-121. <https://doi.org/10.3917/rsi.145.0104>

- Aghnatiou, M., Darloy, T., Dictor, J., Gasparovicova, M., Drouot, C., Gasperini, F. & Bouchez, T. (2021). Soins infirmiers en pratique avancée : représentations des acteurs de ce nouveau dispositif. *Santé Publique*, 33, 547-558. <https://doi.org/10.3917/spub.214.0547>

- Lecocq, D., Mengal, Y. & Pirson, M. (2015). Comment développer la pratique infirmière avancée dans des systèmes de soins de santé complexes ? *Santé Publique*, 1, 105 -110. <https://doi.org/10.3917/spub.150.0105>

- Alphonse-Tilloy, I. & Devienne, E. (2020). Comment favoriser l'adoption de la pratique avancée dans un service de soin hospitalier ? Une approche par la sociologie de la traduction. *Management & Avenir Santé*, 6, 15-38. <https://doi.org/10.3917/mavs.006.0015>

- Liziard, M. (2021). Cas clinique : L'IPA face à la polymédication en EHPAD. *Revue de la Pratique avancée*, 2, 106-110.

- Leclercq, A. (2021). Regards croisés : Vers la collaboration IPA-cadre de santé. *Revue de la Pratique avancée*, 1, 16-19.
- Lenouvel, C. (2019). L'infirmière en pratique avancée en équipe mobile de gériatrie. *La revue de gériatrie*, 44, 43-47.
- Toffel K, Longchamp P. (2021). L'avenir de la profession infirmière. Pour une différenciation sans balkanisation. *Médecine des maladies métaboliques*, 15, 394-397.
- Ramsay, K. (2020). Pratique avancée : quelle articulation en équipe ?. *Les Tribunes de la santé*, 63, 57-64. <https://doi.org/10.3917/seve1.063.0057>
- Chevandier, C. (2019). Pistes pour une histoire de la qualification des infirmières françaises. *Recherche en soins infirmiers*, 139, 31-48. <https://doi.org/10.3917/rsi.139.0031>
- Divay, S. & Girard, L. (2019). Eléments pour l'ébauche d'une socio-histoire du groupe professionnel infirmier. Un fil conducteur : la formation des infirmières et de leurs cheffes. *Recherche en soins infirmiers*, 139, 64-83. <https://doi.org/10.3917/rsi.139.0064>
- De Rosis, C., Teixeira, M. & Jovic, L. (2021). Préfigurer l'exercice de la pratique infirmière avancée : une coconstruction à l'œuvre en milieu de soins. *Santé Publique*, 33, 89-100. <https://doi.org/10.3917/spub.211.0089>
- Gakou, S., Torne Celer, A., Ostermeyer, M. & Biglietto, J. (2019). Psychiatrie du sujet âgé : l'autonomie, enjeu de la pratique avancée infirmière. *Gérontologie et société*, 41, 101-115. <https://doi.org/10.3917/gs1.159.0101>
- Bonnet, G. (2021). Développement de la pratique infirmière avancée en oncogériatrie. *Soins*, 853, 39-42.
- Tourigny J, Nazon E, Veilleux M. (2010) Le rôle de l'infirmière en pratique avancée : de la théorie à la réalité. *L'infirmière clinicienne*, 7, 30-34. [Revue L'infirmière clinicienne \(uqar.ca\)](http://www.uqar.ca/RevueLInfirmiereClinicienne))
- Bilodeau K., Dubois S. & Pepin J. (2013). Contribution des sciences infirmières au développement des savoirs interprofessionnels. *Recherche en soins infirmiers*, 113, 43-50. <https://doi.org/10.3917/rsi.113.0043>
- Muller M. (2017). 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015. *Études et résultats*. DRESS, 1015, 1-8. [er1015.pdf \(solidarites-sante.gouv.fr\)](http://er1015.pdf(solidarites-sante.gouv.fr))
- Bourgueil Y, Marek A, Mousques J. (2008) Pratiques, rôles et place des infirmières en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec. *Recherche en soins infirmiers*, 93, 94-105.
- Wittorski, R. (2008). La professionnalisation. *Savoirs*, 17, 9-36. <https://doi.org/10.3917/savo.017.0009>
- Grimaldi, A. (2017). Les 7 défis de la maladie chronique. Correspondances en Onco-Hématologie - Vol. XII - n° 4. [25742.pdf \(edimark.fr\)](http://www.edimark.fr/25742.pdf)

❖ Rapports / Guides

- Iborra, M., Fiat C. (2018). Rapport d'information déposé par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Consulté le 30/04/2022 : [Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du règlement, par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes \(EHPAD\) \(Mme Monique Iborra et Mme Caroline Fiat\) \(assemblee-nationale.fr\)](http://www.assemblee-nationale.fr/14/rapports/2018/rapport-informations-commission-des-affaires-sociales/rapport-informations-commission-des-affaires-sociales-sur-les-ehpad)
- Berland Y., Cadet D., Henart L. (2011). Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire : Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer.
- Cordier A. (2013). Un projet global pour la stratégie nationale de santé – 19 recommandations du comité des « sages ». Consulté le 29/05/2022 : [SNS-Sages \(solidarites-sante.gouv.fr\)](http://www.solidarites-sante.gouv.fr/sns-sages)

- ARS PACA. (2019). Modélisation de la fonction d'infirmier en pratique avancée (IPA). Consulté le 30/04/2022 : [Modélisation de la fonction d'Infirmier\(e\) en Pratique Avancée \(sante.fr\)](#)
- ANAP. (2020). Transformation de l'EHPAD, S'adapter aux nouveaux besoins des personnes âgées. Consulté le 30/04/2022 : [transformation_ehpad_besoinspa.pdf \(creahdf.fr\)](#)
- Esch M-C. (2018). Vieillir dans la dignité, avis et rapport du CESE adopté le 24 avril 2018. Consulté le 03/04/2022 : [2018_13_vieillir_dignite.pdf \(lecese.fr\)](#)
- Chassang M., Gautier A. (2019). Les maladies chroniques, avis et rapport du CESE adopté le 11 juin 2019. Consulté le 03/04/2022 : [2019_14_maladies_chroniques.pdf \(lecese.fr\)](#)
- HAS. (2015). Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents des EHPAD. Consulté le 03/05/2022 : [FICHE ORGANISATION DES PARCOURS \(has-sante.fr\)](#)
- CNSA. (2019). La situation des EHPAD en 2017. Analyse de la gestion des établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes et de la prise en charge des résidents. Consulté le 22/05/2022 : [La situation des EHPAD en 2017. Analyse de la gestion des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et de la prise en charge des résidents \(cnsa.fr\)](#)
- Drees. (2021). Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ?. Les dossiers de la Drees n° 76. Consulté le 29/05/2022 : [Microsoft Word - DD76 pour mise en ligne.docx \(solidarites-sante.gouv.fr\)](#)
- Blanpain N., Chardon O. (2010). Projections de population 2007-2060 pour la France métropolitaine, Document de Travail n° F1008, Insee. Consulté le 10/05/2022 : [Projections de population 2007-2060 pour la France métropolitaine : méthode et principaux résultats - Documents de travail - F2010/08 | Insee](#)
- Berland Y. (2003). Mission Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences. Consulté le 07/04/2022 : [rapport_complet \(vie-publique.fr\)](#)
- World Health Organization. Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. Consulté le 29/05/2022 : [Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice \(who.int\)](#)
- Delamaire, M., Lafortune G. (2010). Les pratiques infirmières avancées : Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés, *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 54, Éditions OCDE, Paris. Consulté le 29/05/2022 : <https://doi.org/10.1787/5km4hv77vw47-fr>.
- INPES. (2021). Les études d'évaluation à l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Consulté le 29/05/2022 : [Les études d'évaluation à l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé \(education.gouv.fr\)](#)

❖ Sites internet

- [Décennie 2020-2030 : L'explosion des 75-85 ans - Matieres grises : Matieres grises \(matieres-grises.fr\)](#)
- [Les infirmières : image d'une profession \(irdes.fr\)](#)
- [L'infirmier en pratique avancée - Ministère des Solidarités et de la Santé \(solidarites-sante.gouv.fr\)](#)
- <https://www.strategie-aims.com/events/conferences/18-veme-conference-de-l-aims/communications/1137-une-approche-socio-cognitive-de-la-decision-strategique-le-cas-b-s-c/download>
- [Fiche 38 La résistance au changement - ScholarVox Université \(u-pec.fr\)](#)
- <https://api-istex-fr.ezproxy.u-pec.fr/ark:/67375/WNG-TLR53D38-4/fulltext.pdf>
- [Modele de Protocole d'organisation et d'Annexe IPA SoFRIPA Fevrier 2021.pdf \(fnccs.org\)](#)

- http://www.cdom93.fr/fichier/t_bulletin/45/bulletin_fichier_fr_n40.vademecum.2021.pdf
- [Microsoft Word - Hildegard PEPLAU.doc \(reseau-asteria.fr\)](#)
- <https://unipa.fr>
- [Présentation du référentiel des Infirmières en Pratique Avancée \(IPA\) en Gériatrie – SFGG](#)

❖ Cours d'enseignement M2

- Letourneau D. (2021). Coopérations interprofessionnelles et pratique avancée. Enseignement M2 MOS 2021-2022.
- Marchand X. (2021). Place de la notion de compétence dans l'organisation du travail. Enseignement M2 MOS 2021-2022.
- Marchand X. (2021). L'usure professionnelle, RPS et QVT : les leviers du management des RH. Enseignement M2 MOS 2021-2022.
- Marchand X. (2022). Gestion des métiers et des compétences soignantes. Enseignement M2 MOS 2021-2022.
- Marchand X. (2022). Le MRH dans les transitions. Enseignement M2 MOS 2021-2022.
- Cusson A., Astier M., Clement M-C. (2022). Indicateurs nationaux de performance – ANAP. Enseignement M2 MOS 2021-2022.
- Mourre M-L. (2022). Marketing et communication hospitalière. Enseignement M2 MOS 2021-2022.

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1 : Organigramme EHPAD Sainte-Marthe

Annexe 2 : Caractéristiques de l'infirmière clinicienne spécialisée, de l'infirmière praticienne et de l'IPA française selon l'Anfipa

Annexe 3 : Décret n°2018–629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée

Annexe 4 : Arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R.4301–3 du Code de la santé publique

Annexe 5 : Décret n°2018–633 du 18 juillet relatif au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée

Annexe 6 : Lettre de mission

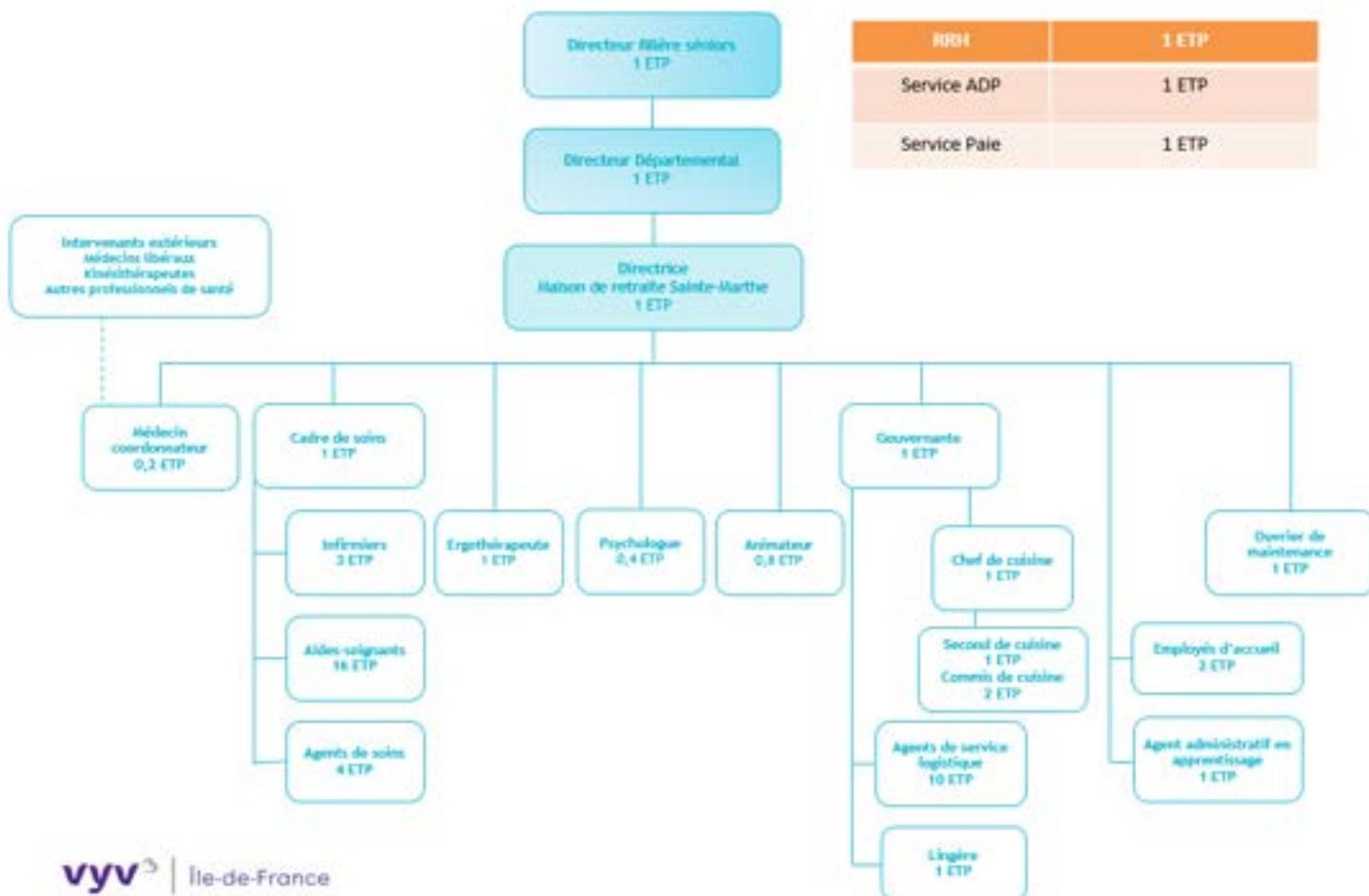
Annexe 7 : Fiche projet

Annexe 8 : Diagramme de GANTT du projet

Annexe 9 : Entretien avec un professionnel IPA à l'AP-HP

Annexe 10 : Entretien avec une IPA exerçant aux urgences gériatriques

Annexe 1 : Organigramme EHPAD Sainte-Marthe



RRH	1 ETP
Service ADP	1 ETP
Service Paie	1 ETP

Annexe 2 : Caractéristiques de l’infirmière clinicienne spécialisée, de l’infirmière praticienne et de l’IPA française selon l’Anfipa

INFIRMIÈRE CLINICIENNE SPÉCIALISÉE	IPA française	INFIRMIÈRE PRATICIENNE
Domaine de pratique défini dans une spécialité identifiée	←	Domaine de pratique complet, propre aux IP, les activités comprenant l’établissement d’ordonnance, la gestion du diagnostic et du traitement
Dispense des soins directs et indirects, généralement à des patients dont le diagnostic est établi	←	Prodigue habituellement des soins cliniques directs aux patients dont l’affection n’a pas encore été diagnostiquée, outre qu’elle dispense des soins continus aux patients dont le diagnostic a déjà été établi
Travaille dans un champ de pratique spécialisé	←	Travaille de façon générique dans différents contextes et champs de pratique
Travaille auprès de populations définies de patients (oncologie, gestion de la douleur, cardiologie, etc.)	↔	Travaille auprès de plusieurs populations différentes de patients
Travaille de façon autonome et collabore avec une équipe, en faisant appel à une approche systémique, avec le personnel infirmier et d’autres prestataires et organisations de soins de santé	↔	Travaille de façon autonome et en collaboration avec d’autres professionnels de santé
Partage fréquemment la responsabilité clinique avec d’autres professionnels de santé	←	Assume l’entière responsabilité clinique et la gestion de sa population de patients
Conseille les infirmières et autres professionnels de santé dans la gestion de problèmes complexes de soins des patients	← sans établir de diagnostics différentiels →	Procède à des évaluations et des examens de santé avancés et complets pour établir des diagnostics différentiels
Dispense des soins cliniques liés à un diagnostic différencié	←	Initie et évalue un plan de gestion du traitement d’après des évaluations et des examens de santé avancés, fondés sur la réalisation de diagnostics différentiels
Influe sur la pratique clinique et infirmière spécialisée à travers le leadership, la formation et la recherche	↔	S’investit dans les domaines du leadership, de la formation et des recherches cliniques
Dispense des soins reposant sur des données probantes et aide les infirmières et autres professionnels de santé à faire de même	↔	Dispense des soins fondés sur des éléments de preuve
Évalue les résultats chez les patients afin d’identifier et d’influencer les améliorations cliniques du système	←	Est souvent autorisée à orienter et à faire admettre des patients
Peut, ou non, disposer d’un certain niveau d’autorisation d’établir des ordonnances dans une spécialité	←	Est habituellement autorisée à établir des ordonnances

Annexe 3 : Décret n°2018–629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée

Article 1

Au début du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique, partie réglementaire, il est inséré un titre préliminaire et un chapitre Ier ainsi rédigés :

« Titre PRÉLIMINAIRE

« EXERCICE EN PRATIQUE AVANCÉE

« Chapitre Ier

« Exercice infirmier en pratique avancée

« Art. R. 4301-1.-L'infirmier exerçant en pratique avancée dispose de compétences élargies, par rapport à celles de l'infirmier diplômé d'Etat, validées par le diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée délivré par les universités dans les conditions définies aux articles D. 636-73 à D. 636-81 du code de l'éducation.

« Il participe à la prise en charge globale des patients dont le suivi lui est confié par un médecin, conformément aux dispositions de l'article L. 4301-1 du présent code. La conduite diagnostique et les choix thérapeutiques sont définis par ce médecin et mis en œuvre dans les conditions définies au présent article ainsi qu'aux articles R. 4301-2 à R. 4301-7 et D. 4301-8.

« Dans le respect du parcours de soins du patient coordonné par le médecin traitant mentionné à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, l'infirmier exerçant en pratique avancée apporte son expertise et participe, en collaboration avec l'ensemble des professionnels concourant à la prise en charge du patient, à l'organisation des parcours entre les soins de premier recours, les médecins spécialistes de premier ou deuxième recours et les établissements et services de santé ou médico-sociaux.

« Art. R. 4301-2.-Le ou les domaines d'intervention ouverts à l'exercice infirmier en pratique avancée, dont la mention correspondante est inscrite dans le diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée, sont les suivants :

« 1° Pathologies chroniques stabilisées ; prévention et polyopathologies courantes en soins primaires. La liste des pathologies chroniques stabilisées est établie par arrêté du ministre chargé de la santé ;

« 2° Oncologie et hématologie ;

« 3° Maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale.

« Art. R. 4301-3.-Dans le ou les domaines d'intervention définis à l'article R. 4301-2 inscrits dans son diplôme et dans les conditions prévues à l'article D. 4301-8 :

« 1° L'infirmier exerçant en pratique avancée est compétent pour conduire un entretien avec le patient qui lui est confié, effectuer une anamnèse de sa situation et procéder à son examen clinique ;

« 2° L'infirmier exerçant en pratique avancée peut :

« a) Conduire toute activité d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage qu'il juge nécessaire ;

« b) Effectuer tout acte d'évaluation et de conclusion clinique ou tout acte de surveillance clinique et para-clinique, consistant à adapter le suivi du patient en fonction des résultats des actes techniques ou des examens complémentaires ou de l'environnement global du patient ou reposant sur l'évaluation de l'adhésion et des capacités d'adaptation du patient à son traitement ou sur l'évaluation des risques liés aux traitements médicamenteux et non médicamenteux ;

« c) Effectuer les actes techniques et demander les actes de suivi et de prévention inscrits sur les listes établies par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Académie nationale de médecine ;

« d) Prescrire :

«des médicaments non soumis à prescription médicale obligatoire figurant sur la liste établie par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé en application de l'article R. 5121-202 ;

«des dispositifs médicaux non soumis à prescription médicale obligatoire dont la liste est établie par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Académie nationale de médecine ;

«des examens de biologie médicale dont la liste est établie par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Académie nationale de médecine ;

« e) Renouveler, en les adaptant si besoin, des prescriptions médicales dont la liste est établie par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Académie nationale de médecine.

« Art. R. 4301-4.-Dans le cadre du travail en équipe entre le ou les médecins et le ou les infirmiers exerçant en pratique avancée conformément à l'article R. 4301-1, un protocole d'organisation est établi.

« Ce protocole précise :

« 1° Le ou les domaines d'intervention concernés ;

« 2° Les modalités de prise en charge par l'infirmier exerçant en pratique avancée des patients qui lui sont confiés ;

« 3° Les modalités et la régularité des échanges d'information entre le médecin et l'infirmier exerçant en pratique avancée ;

« 4° Les modalités et la régularité des réunions de concertation pluriprofessionnelle destinées à échanger sur la prise en charge des patients concernés ;

« 5° Les conditions de retour du patient vers le médecin, notamment dans les situations prévues aux articles R. 4301-5 et R. 4301-6.

« Le protocole d'organisation est signé par le ou les médecins et le ou les infirmiers exerçant en pratique avancée. Le modèle du document prévu à l'article R. 4301-6, élaboré par le ou les médecins et par le ou les infirmiers exerçant en pratique avancée, figure en annexe du protocole. Le protocole est porté, le cas échéant, à la connaissance de l'ensemble de l'équipe de soins.

« Art. R. 4301-5.-Le médecin, après concertation avec le ou les infirmiers exerçant en pratique avancée, détermine les patients auxquels un suivi par un infirmier exerçant en pratique avancée est proposé. Cette décision est prise après examen du dossier médical du patient et en référence aux compétences attestées par le diplôme d'Etat de l'infirmier en pratique avancée, délivré par l'université.

« Le médecin et l'infirmier exerçant en pratique avancée partagent les informations nécessaires au suivi du patient en application de l'article L. 1110-4. Le médecin met à la disposition de l'infirmier exerçant en pratique avancée le dossier médical du patient. Les résultats des interventions de l'infirmier exerçant en pratique avancée sont reportés dans le dossier médical et le médecin en est tenu informé. La transmission de ces informations se fait par des moyens de communication sécurisés.

« Lorsque l'infirmier exerçant en pratique avancée constate une situation dont la prise en charge dépasse son champ de compétences, il adresse le patient sans délai au médecin et en informe expressément ce dernier afin de permettre une prise en charge médicale dans un délai compatible avec l'état du patient.

« Art. R. 4301-6.-Le médecin informe le patient des modalités prévues de sa prise en charge par l'infirmier exerçant en pratique avancée. Ces modalités figurent dans le document prévu en annexe du protocole d'organisation, rempli et signé par le médecin, et remis par ce dernier au patient, ou, le cas échéant, à sa personne de confiance, à son représentant légal ou aux parents lorsqu'il s'agit d'une personne mineure. Ce document est versé au dossier médical du patient.

« Ce document précise les informations suivantes :

« 1° La composition de l'équipe ;

« 2° La fréquence à laquelle le médecin souhaite revoir le patient en consultation ;

« 3° Le droit de refus par le patient d'être suivi par l'infirmier exerçant en pratique avancée sans conséquence sur sa prise en charge, conformément à l'article L. 1110-8 ;

« 4° Les conditions de retour vers le médecin, sur décision de l'infirmier exerçant en pratique avancée, notamment dans les situations prévues au dernier alinéa de l'article R. 4301-5 ou sur demande du patient ;

« 5° Les modalités garantissant le respect de la confidentialité des données personnelles du patient lors de leur transmission entre le médecin et l'infirmier exerçant en pratique avancée.

« Art. R. 4301-7.-Au sein de l'équipe, l'infirmier exerçant en pratique avancée contribue à l'analyse et à l'évaluation des pratiques professionnelles infirmières et à leur amélioration ainsi qu'à la diffusion de données probantes et à leur appropriation.

« Il participe à l'évaluation des besoins en formation de l'équipe et à l'élaboration des actions de formation.

« Il contribue à la production de connaissances en participant aux travaux de recherche relatifs à l'exercice infirmier.

« Art. D. 4301-8.-L'infirmier est autorisé à exercer en pratique avancée dans l'un des domaines d'intervention prévus à l'article R. 4301-2, s'il remplit les conditions suivantes :

« 1° Obtenir le diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée délivré par les universités dans les conditions définies à l'article D. 636-81 du code de l'éducation, dans la mention correspondant au domaine d'intervention ;

« 2° Justifier de trois années minimum d'exercice en équivalent temps plein de la profession d'infirmier ;

« 3° Être enregistré auprès du service ou de l'organisme désigné à cette fin par un arrêté du ministre chargé de la santé. »

Article 2

La ministre des solidarités et de la santé est chargée de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Annexe 4 : Arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R.4301-3 du Code de la santé publique

Article 1

Les listes des actes techniques que l'infirmier exerçant en pratique avancée peut effectuer, des actes de suivi et de prévention qu'il est autorisé à demander, des dispositifs médicaux non soumis à prescription médicale obligatoire et des examens de biologie médicale qu'il est autorisé à prescrire et des prescriptions médicales qu'il est autorisé à renouveler ou à adapter, sont fixées en annexes I à V du présent arrêté.

Article 2

La directrice générale de l'offre de soins est chargée de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

ANNEXE I

Liste des actes techniques que l'infirmier exerçant en pratique avancée est autorisé à effectuer sans prescription médicale et, le cas échéant, à interpréter les résultats pour les pathologies dont il assure le suivi :

- Réalisation d'un débitmètre de pointe.
- Holter tensionnel, prélèvements de sang par ponction veineuse ou capillaire ou par cathéter veineux.
- Prélèvements de sang par ponction artérielle pour gazométrie.
- Prélèvements non sanglants effectués au niveau des téguments ou des muqueuses directement accessibles.
- Prélèvements et collecte de sécrétions et d'excrétions.
- Recueil aseptique des urines.
- Réalisation et surveillance de pansements spécifiques.
- Ablation du matériel de réparation cutanée.
- Pose de bandages de contention.
- Ablation des dispositifs d'immobilisation et de contention.
- Renouvellement et ablation des pansements médicamenteux, des systèmes de tamponnement et de drainage, à l'exception des drains pleuraux et médiastinaux.
- Pose de sondes vésicales en vue de prélèvement d'urines, de lavage, d'instillation, d'irrigation ou de drainage de la vessie, sous réserve des dispositions du troisième alinéa de l'article R. 4311-10.
- Pose de sondes rectales, lavements, extractions de fécalomes, pose et surveillance de goutte-à-goutte rectal.
- Appareillage, irrigation et surveillance d'une plaie, d'une fistule ou d'une stomie.
- Branchement, surveillance et débranchement d'une dialyse rénale, péritonéale ou d'un circuit d'échanges plasmatique.

ANNEXE II

Liste des actes de suivi et de prévention que l'infirmier exerçant en pratique avancée est autorisé à demander, pour les pathologies dont il assure le suivi :

- Conseils hygiéno-diététiques adaptés.

- Examen de la vision, épreuves fonctionnelles sur l'œil.
- Rétinographie avec ou sans mydriase.
- Electrocardiographie (ECG) de repos.
- Mesure des pressions intravasculaires périphériques par méthode non effractive (Holter tensionnel, Tilt test).
- Explorations fonctionnelles de la respiration.
- Electro-encéphalographie.
- Examens d'imagerie nécessaires au suivi du patient.
- Échographie-doppler des troncs supra-carotidiens.
- Doppler du greffon.
- Débit de fistule artérioveineuse.

ANNEXE III

Liste des dispositifs médicaux non soumis à prescription médicale obligatoire que l'infirmier exerçant en pratique avancée est autorisé à prescrire :

- Dispositifs médicaux figurant dans la liste relevant de l'article L. 4311-1 du code de la santé publique.
- Aide à la déambulation : cannes, béquilles, déambulateur, embouts de canne.
- Aide à la fonction respiratoire : débitmètre de pointe.
- Fauteuils roulants à propulsion manuelle de classe 1, à la location pour des durées inférieures à 3 mois.
- Prothèse capillaire.
- Prothèse mammaire externe.

ANNEXE IV

Liste des examens de biologie médicale que l'infirmier exerçant en pratique avancée est autorisé à prescrire pour les pathologies dont il assure le suivi :

• HEMATOLOGIE :

- Hémogramme (numération des hématies, des leucocytes et des plaquettes, dosage de l'hémoglobine, hématocrite, volume globulaire moyen, paramètres érythrocytaires, formule leucocytaire).

• IMMUNOLOGIE :

- Phénotype HLA classe I (dans le cadre du domaine d'intervention en néphrologie)
- Phénotype HLA classe II (dans le cadre du domaine d'intervention en néphrologie).

• HEMOSTASE ET COAGULATION :

- Temps de Quick en cas de traitement antivitamine K (INR)
- Mesure de l'activité anti-facteur X activé (anti-Xa) de l'héparine ou d'un dérivé héparinique.

• MICROBIOLOGIE :

- Examen cytobactériologique des urines (ECBU)
- Prélèvement cutané ou muqueux.

• HORMONOLOGIE :

- TSH ;
- Parathormone (dans le cadre du domaine d'intervention en néphrologie).
- ENZYMOLOGIE :
 - Lipasémie
 - Phosphatases alcalines
 - Transaminases (ALAT et ASAT, TGP et TGO)
 - Gamma glutamyl transférase (G.G.T.)
 - Créatine phosphokinase (CPK)
 - Lactate déshydrogénase (LDH)
- PROTEINES MARQUEURS TUMORAUX VITAMINES :
 - Protéine C réactive (CRP)
 - Albumine
 - Folates sériques ou érythrocytaires
 - HbA1c (hémoglobine glyquée, suivi de l'équilibre glycémique)
 - Peptides natriurétiques (BNP, NT-ProBNP)
 - Ferritine
 - Marqueurs tumoraux (suivi d'un cancer selon les recommandations en vigueur)
 - Dosage de la 25-(OH)-vitamine D (D2 + D3) (dans le cadre du domaine d'intervention en néphrologie)
- BIOCHIMIE :
 - Glycémie
 - Acide urique
 - Phosphore minéral
 - Calcium
 - Urée
 - Créatinine avec estimation du débit de filtration glomérulaire (DFG) avec l'équation CKD-EPI
 - Créatinine avec estimation de la clairance de la créatinine (formule de Cockcroft Gault) pour surveillance des traitements et ajustement des doses
 - Dosage de la bilirubine
 - Exploration d'une anomalie lipidique (EAL) (aspect du sérum, cholestérol total, triglycérides, cholestérol-HDL et le calcul du cholestérol-LDL)
 - Bicarbonates ou CO₂
 - Ionogramme (potassium, sodium, chlore, bicarbonates, protides totaux)
 - Saturation en oxygène (SaO₂)
 - Gaz du sang
- URINES :

- Protéinurie
- Micro-albuminurie
- Ionogramme (potassium + sodium)
- Acétone
- Acide urique
- Calcium
- Créatinine
- Phosphore minéral
- PH
- Recherche de sang (hématies et/ou hémoglobine)
- Glycosurie

ANNEXE V

Liste des prescriptions médicales que l'infirmier exerçant en pratique avancée est autorisé à renouveler ou à adapter pour les pathologies dont il assure le suivi : Produits de santé en ce qui concerne les médicaments anti-cancéreux, le renouvellement ou l'adaptation de la prescription s'effectue dans le cadre d'une procédure écrite établie par le médecin.

Annexe 5 : Décret n°2018–633 du 18 juillet relatif au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée

Article 1

Il est créé, au sein du chapitre VI du titre III du livre VI du code de l'éducation, une section VI ainsi rédigée:

« Section VI

« Les formations d'auxiliaire médical en pratique avancée

« Sous-section 1

« Le diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée

« § 1 Dispositions générales

« Art. D. 636-73.-Le diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée est délivré par les établissements d'enseignement supérieur accrédités ou co-accrédités à cet effet par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé dans les conditions prévues par arrêté du ministre en charge de l'enseignement supérieur.

« La formation dispensée est évaluée dans le cadre de l'évaluation périodique des établissements d'enseignement supérieur.

« Art. D. 636-74.-La formation conduisant au diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée vise à l'acquisition des connaissances et compétences nécessaires à l'exercice infirmier en pratique avancée défini aux articles R. 4301-1 à D. 4301-8 du code de la santé publique ainsi qu'à la maîtrise des attendus pédagogiques correspondant au grade universitaire délivré.

« Le référentiel des activités et compétences correspondant à cet exercice est établi par le ministre en charge de la santé et fixé par arrêté des ministres en charge de l'enseignement supérieur et de la santé.

« Art. D. 636-75.-La formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée est structurée en quatre semestres validés par l'obtention de 120 crédits européens. Le diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée précise la mention acquise correspondant au domaine d'intervention de l'infirmier en pratique avancée, prévue à l'article R. 4301-2 du code de la santé publique.

« Il confère à son titulaire le grade de master.

« Art. D. 636-76.-Les enseignements conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée comprennent des enseignements théoriques, méthodologiques, appliqués, pratiques et cliniques ainsi que l'accomplissement de stages. Ces enseignements comportent un adossement et une initiation à la recherche. Ils tiennent compte des priorités de santé publique.

« Parmi ces enseignements sont également prévus :

« 1° Un enseignement de langue vivante étrangère ;

« 2° Un enseignement conforme aux référentiels nationaux de compétences numériques en vigueur.

« L'organisation et le déroulement de la formation sont fixés par un arrêté des ministres en charge de l'enseignement supérieur et de la santé.

« § 2 Accès à la formation

« Art. D. 636-77.-Peuvent prétendre à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée les candidats justifiant soit du diplôme d'État d'infirmier ou d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné aux articles L. 4311-3 ou L. 4311-12 du code de la santé publique leur permettant d'exercer la profession d'infirmier, soit d'un diplôme ou d'une autorisation d'exercice délivrée par l'autorité compétente en application de l'article L. 4311-4 du code de la santé publique.

« Pour accéder à la formation, des modalités d'admission sont définies et organisées par chaque établissement d'enseignement supérieur accrédité ou co-accrédité à délivrer le diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée dans des conditions définies par arrêté des ministres en charge de l'enseignement supérieur et de la santé.

« Art. D. 636-78.-Le diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée est ouvert en formation initiale et en formation professionnelle continue dans des conditions définies par arrêté des ministres en charge de l'enseignement supérieur et de la santé.

« Art. D. 636-79.-Les étudiants admis en formation initiale s'acquittent des droits de scolarité dont le montant est fixé par un arrêté des ministres en charge du budget et de l'enseignement supérieur.

« § 3 Obtention du diplôme par validation des acquis de l'expérience ou d'études supérieures

« Art. D. 636-80.-Le diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée peut être obtenu par la voie de la validation des acquis de l'expérience ou d'études supérieures dans les conditions prévues à la section 3 du chapitre III du titre 1er du livre VI du présent code.

« Un candidat ne peut être admis que dans l'établissement d'enseignement supérieur qui a contrôlé son aptitude à suivre la première ou la deuxième année du diplôme d'Etat infirmier en pratique avancée qu'il dispense.

« § 4 Modalités d'obtention du diplôme

« Art. D. 636-81.-Le diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée est délivré aux étudiants qui ont validé l'ensemble des enseignements, des stages et soutenu avec succès le mémoire de fin de formation. »

Article 2

Le 5° de l'article D. 612-34 du code de l'éducation est complété par les dispositions suivantes :

« f) du diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée. »

Article 3

L'article D. 613-7 du code de l'éducation est complété par les dispositions suivantes :

« 24° Diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée. »

Article 4

La ministre des solidarités et de la santé et la ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation sont chargées, chacune en ce qui la concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Annexe 6 : Lettre de mission

	<p align="center">Lettre de mission « Projet Managérial » Master 2 « Management des Organisations Soignantes » 2021-2022</p>	
---	---	---

Désignation du projet	Implantation d'une infirmière en pratique avancée
Commanditaire	Pauline Uzureau - Directrice
Nom du responsable du projet	Eléonore ABSALON - IDE coordinatrice
Missions du responsable de projet	<ul style="list-style-type: none"> - Etre force de proposition et accompagner les transformations organisationnelles de l'institution pour l'implantation de l'IPA - Sensibiliser l'ensemble des parties prenantes au projet - Définir, clarifier et délimiter le rôle de l'IPA au sein de l'organisation par la formalisation d'une fiche de poste - Elaborer la maquette d'un protocole d'organisation indiquant les modalités de collaboration entre médecins traitants et IPA - Définir une stratégie de communication dédiée aux médecins et aux patients et la mettre en place - Mettre en place et développer un réseau de médecins traitants partenaires et promouvoir la coopération médecin/IPA - Intégrer le rôle des pratiques avancées au projet d'établissement
Moyens alloués	<ul style="list-style-type: none"> - Temps dédiés - Aide des directeurs et RRH
Modalités de reporting	- Réunions COPIL tous les 2 mois avec les directeurs concernés
Durée	- 12 mois
Documents de référence	- Guide Fiche de poste et protocole d'organisation ARS IDF mai 2019
Documents législatifs	- Décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au

diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée

- Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée
- Arrêté du 12 août 2019 relatif à l'enregistrement des infirmiers en pratique avancée auprès de l'ordre des infirmiers
- Arrêté du 12 août 2019 modifiant les annexes de l'arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de la santé publique
- Arrêté du 12 août 2019 modifiant l'arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée
- Arrêté du 18 juillet 2018 fixant la liste des pathologies chroniques stabilisées prévue à l'article R. 4301-2 du code de santé publique
- Arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de santé publique
- Arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée
- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Art119

Date : 18 novembre 2021

Signature du commanditaire

Pauline UZUREAU
Directrice de l'établissement



Signature du responsable de projet



Annexe 7 : Fiche projet

	<p>Fiche projet « Projet Managérial » Master 2 « Management des Organisations Soignantes » 2021-2022</p>
---	--

ABSALON Eléonore

INTITULE du projet managérial :

**Implantation d'une infirmière en pratique avancée au sein d'un établissement
médico-social**

CONTEXTE D'EMERGENCE :

➤ **Contexte national**

- Accroissement des besoins de santé, des pathologies chroniques et de situations complexes suite aux progrès médicaux et au vieillissement de la population
- Promotion de nouvelles formes de coopération entre les professionnels de santé
- Evolution de l'offre de soins (démographie médicale déclinante)

➤ **Contexte institutionnel**

- Modèle d'organisation des soins non efficient
- Insatisfaction de certains résidents
- Déploiement de nouveaux outils (télémédecine)

REFERENCE REGLEMENTAIRE :

- Guide Fiche de poste et protocole d'organisation ARS IDF mai 2019
- Décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée
- Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée
- Arrêté du 12 août 2019 relatif à l'enregistrement des infirmiers en pratique avancée auprès de l'ordre des infirmiers
- Arrêté du 12 août 2019 modifiant les annexes de l'arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de la santé publique
- Arrêté du 12 août 2019 modifiant l'arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée
- Arrêté du 18 juillet 2018 fixant la liste des pathologies chroniques stabilisées prévue à l'article R. 4301-2 du code de santé publique
- Arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de santé publique
- Arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée



FACULTÉ
DE SANTÉ



Fiche projet
« **Projet Managérial** »
Master 2 « **Management des
Organisations Soignantes** »
2021-2022

- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

OBJECTIFS INSTITUTIONNELS :

- Améliorer la prise en charge et le suivi des résidents avec une pathologie chronique ou complexe
- Accroître la coopération pluri professionnelle et les partenariats
- Améliorer la qualité et la sécurité des soins
- Accroître l'efficacité des moyens alloués (offrir des meilleurs soins à partir des moyens disponibles)
- Augmenter l'attrait de la profession infirmière
- Cerner les conditions de portage, les leviers et les freins du projet

ACTEURS liés PROJET

- **Responsable**
 - ABSALON Eléonore (infirmière coordinatrice)

- **Acteurs impliqués**
 - Les résidents
 - Les familles de résidents
 - Les médecins traitants
 - Le médecin coordonnateur
 - La psychologue
 - Les secrétaires
 - Les infirmiers
 - Les aides-soignants
 - Les kinésithérapeutes

- **Acteurs concernés**
 - La direction des ressources humaines
 - La directrice
 - La formation continue
 - Le service communication
 - Le service informatique

CALENDRIER PREVISIONNEL:

Echéance du projet à septembre 2022

MOYENS :



FACULTÉ
DE SANTÉ



Fiche projet
« Projet Managérial »
Master 2 « Management des
Organisations Soignantes »
2021-2022

MODE DE FONCTIONNEMENT :

- Constituer d'un groupe de travail pluriprofessionnel
- Organiser une réunion COPIL tous les 2 mois avec les directeurs concernés
- Suivre le Modèle PEPPA (cf annexe)
- Anticiper les moyens matériels (bureaux, accès informatique avec droit de prescription / paramétrage du logiciel de soins)

RESULTATS ATTENDUS :

- Fiche de poste de l'IPA
- Protocole d'organisation
- Cartographie du nouveau modèle organisationnel intégrant l'IPA (avec un triple objectif d'impact : populationnel, institutionnel et sur le système de santé)
- Campagne de communication au sein de l'établissement (à destination des résidents et des professionnels de santé) et auprès des partenaires extérieurs

VALIDATION :

CRITERES D'EVALUATION

- Indicateurs relatifs à l'impact des interventions de soins réalisées par l'IPA
- Indicateurs relatifs à la satisfaction et à la qualité de vie des patients
- Indicateurs relatifs à la promotion de la pratique collaborative
- Indicateurs relatifs à la qualité et la sécurité des soins

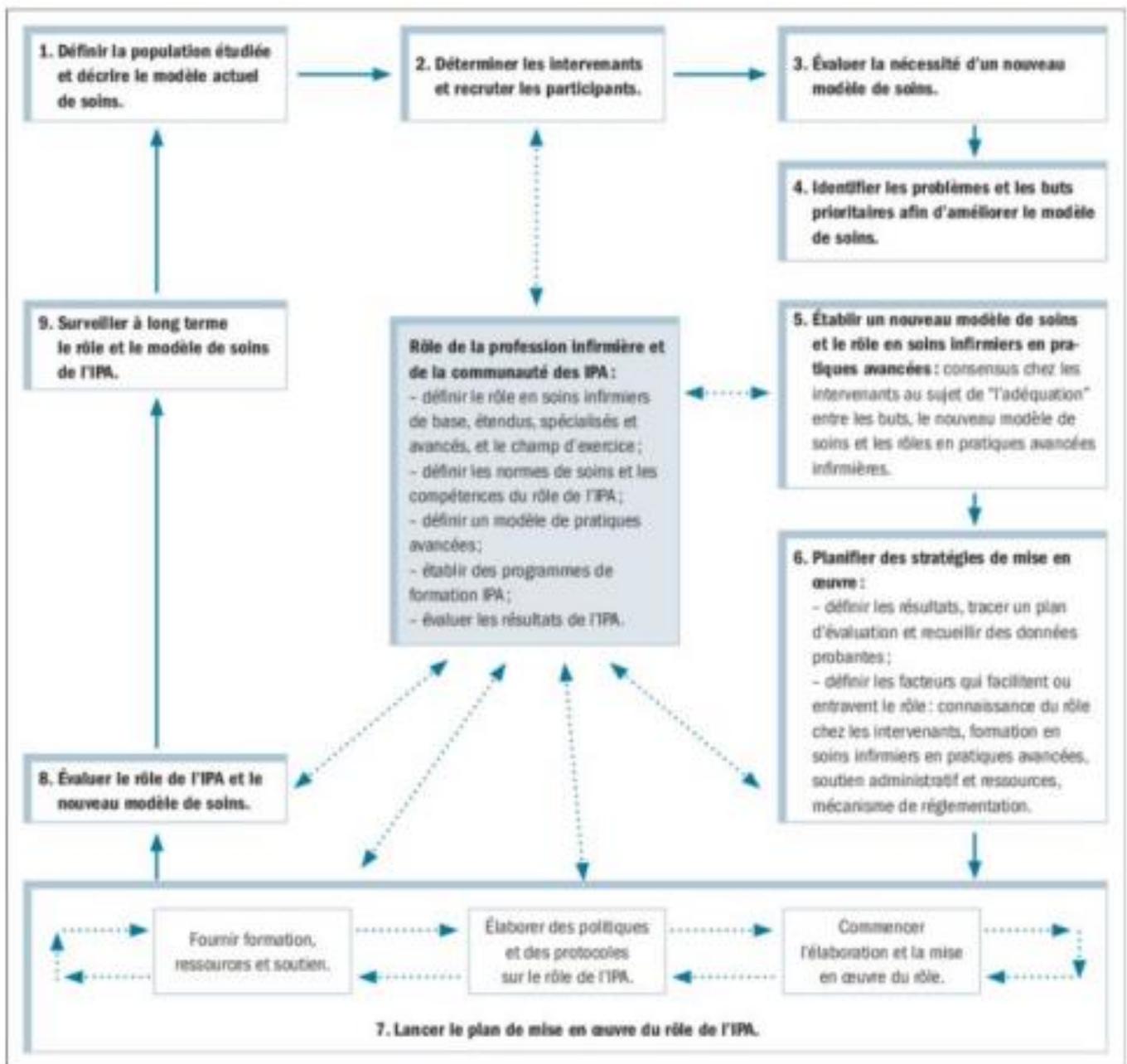
REFERENCES UNIVERSITAIRES

Concepts clés et auteurs de référence

- Berland Y. Mission « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences ». Octobre 2003. <https://www.infirmiers.com/pdf/rapport-berland.pdf>
- Aguilard, S., Colson, S. & Inthavong, K. (2017). Stratégies d'implantation d'un infirmier de pratique avancée en milieu hospitalier : une revue de littérature. Santé Publique, 29, 241-254.
- ARS PACA. Modélisation de la fonction d'infirmier en pratique avancée. Décembre 2019. <https://www.paca.ars.sante.fr/system/files/2019-12/Recommandations%20implatation%20IPA.pdf>
- ARS IDF. Fiche de poste type et conseils pour la rédaction du protocole d'organisation. Février 2020. [IPA FDP 4 mentions & PROTOCOLE ORGA Version](#)

[juin 2020.pdf \(sante.fr\)](#)

- <https://unipa.fr/le-metier/>



Annexe 9 : Entretien avec un professionnel IPA à l'AP-HP

➤ Bonjour, merci tout d'abord de votre disponibilité. Pourquoi avoir choisi le master IPA ?

J'ai effectué le master science clinique infirmière à Marseille de 2016 à 2018. Lorsque les textes sur les IPA sont parus en 2018, j'ai fait le master IPA en 1 an, car j'avais validé le master préfigurateur.

J'interviens à l'UPEC dans le cadre du master IPA pour y donner des cours.

Comme j'étais dans les premiers, ça m'a permis de me positionner sur certains aspects comme l'enseignement. Pour avoir des parcours universitaire il faut avoir fait de la recherche. Comme j'avais déjà commencé à faire de la recherche en réanimation à l'hôpital Tenon, ça m'ouvre des perspectives pour plus tard, éventuellement peut être aller vers une voie universitaire. C'est quelque qui me plairait car j'aime bien faire de l'enseignement, j'aime bien la recherche. J'aime bien la clinique aussi mais c'est vrai que l'université c'est quelque chose qui me botterait bien.

Quand j'ai fait le master à Marseille, j'avais l'impression d'apprendre plus par mes collègues que par l'enseignement finalement. Les temps d'échanges qu'on avait entre nous étaient hyper enrichissants. J'ai appris des choses, pas tant des savoirs que des savoirs-être, que des savoirs-faires. Dans ma promotion en M1 on venait de tout horizon, il y avait des gens qui faisaient du digestif, des gens qui faisaient du libéral, enfin chacun avait son approche, sa façon de raisonner et puis ses propres sensibilités, ce à quoi il avait été formé. Du coup ça faisait bouillonnait plein de chose dans le cerveau et il y avait beaucoup de réflexivité.

➤ Comment avez-vous mis en place votre enseignement IPA dans votre pratique professionnelle quotidienne ? Pouvez-vous me décrire une journée type ?

Sur mon poste d'IPA, j'ai un jour de clinique par semaine que je fais en pneumologie, dans le cadre de dépistage de séquelles respiratoires en post-covid et je commence à faire un peu d'asthme. Ça c'est un jour par semaine et les quatre autres jours de la semaine, je suis plutôt libre de mes missions. Officiellement je suis sur ce temps-là infirmier de recherche clinique donc je continue. En 2018, j'ai été financé pour un projet de recherche en réanimation qu'on a débuté en 2019. Ce projet n'est toujours pas fini. Il devrait l'être mais avec le covid tout a été ralenti, on a dû interrompre le recueil de données à un moment donc du coup on est tout juste en train de finir le recueil de données, on va finir l'analyse et puis ensuite il y aura l'écriture de l'article donc là j'ai encore un peu moins d'un an de travail dessus. Et puis fin 2018, une de mes collègues de réanimation a eu un financement pour un PHRIP (programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale) sur la prévention des escarres qu'on a appelé « promesse réa ». On continue actuellement à faire « promesse réa » en national. On a 16 centres qui participent et on espère inclure 1200 patients. Là c'est pareil on est toujours dans les phases d'inclusion, il y en a encore pour un an environ de protocole. Donc j'accompagne ma collègue sur le déploiement de son projet, moi j'essaie de finaliser le mien et puis il y a d'autres projets de recherche paramédicale qui sont déployés sur la réa et que je coordonne sur la réanimation, sur lesquels je m'occupe de faire les inclusions, m'assurer que les recueils de données sont bien faits, etc. Mes quatre autres jours par semaine sont donc dédiés à ça et sont toujours sur la réanimation de Tenon.

Après ça ne m'occupe pas toute la journée de faire ça et du coup j'ai aussi des activités annexes. On a monté une collégiale des IPA au sein de l'AP-HP dont je suis le président. Dans le cadre de ses missions, j'anime le groupe professionnel, j'interagis beaucoup avec les directions fonctionnelles au siège : l'AP-HP, c'est une grosse machine, très tentaculaire avec de nombreuses strates. On essaie de travailler sur le déploiement des IPA au sein de l'AP-HP. Par exemple il nous fallait une habilitation sur le logiciel métier et nous avons travaillé dessus, sur l'évaluation du déploiement afin de savoir quels axes il nous reste à travailler.

On travaille avec la DEFIP (direction économique, financière, de l'investissement et du patrimoine) en ce moment sur la question de la facturation. Le codage de l'activité IPA existe aujourd'hui mais la complexité réside dans le fait que ce soit des forfaits trimestriels. L'activité IPA est valorisé par des forfaits trimestriels. Lorsqu'on débute une prise en charge, il y a un forfait initial. Ensuite il y a 3 forfaits de suivi pour couvrir l'année. Tu peux ensuite reprendre un forfait initial puis 3 forfaits de suivi. Le forfait initial permet de faire

un bilan un peu plus global car il est un peu mieux valorisé : une fois par an, on imagine le patient diabétique, chez qui on va passer un peu plus de temps, avec la reprise de tous les résultats de ces examens. Il va par exemple durant l'année avoir eu un ECG, vu un cardiologue, avoir une rétinopathie. L'IPA va faire tout le bilan et en profiter pour refaire de l'éducation thérapeutique. Ensuite c'est des consultations de suivi ou le patient est vu un peu plus rapidement afin d'évaluer l'équilibre de son traitement.

C'est juste l'enfer car lorsque qu'on débute un forfait, par exemple aujourd'hui nous sommes le 4 avril. A partir du 4 juillet je vais commencer à coter un forfait de suivi. Je vais passer au deuxième forfait pendant les 3 trimestres qui vont suivre. Et puis à partir du 4 avril 2023 je vais pouvoir de nouveau coter un forfait initial.

Demain, le 5 avril je vais voir un autre patient. Comment faire le suivi de tout ça ? comment se souvenir des dates ? Sur le papier, l'idée de faire des forfaits trimestriels c'est très bien mais en pratique c'est ingérable. Donc on essaye de voir avec la DEFIP comment on peut développer des outils de suivi des forfaits.

Un forfait initial est à 58, 20 euros pour le trimestre et les forfaits de suivi sont à environ 28 euros pour le trimestre, finalement peu importe le nombre de fois que tu vas voir le patient, le temps que tu vas y consacrer, on n'est pas sûr de la tarification à l'activité, on est sûr de la tarification au forfait. Donc il y a un forfait pour couvrir la prise en charge.

➤ Est-ce bénéfique pour les établissements ?

A l'AP-HP, nous nous basons sur l'avenant 7, qui est établi pour les professionnels IPA libéraux et qui à l'origine n'est pas du tout fait pour les structures hospitalières. Donc il valorise l'activité hospitalière sur les forfaits libéraux alors que les forfaits libéraux n'ont pas du tout été conçus pour l'hospitalier. Donc d'une part, les forfaits ne sont pas très attractifs en terme de rémunération et en plus ça ne correspond pas du tout à notre activité intra-hospitalière. Donc je ne sais pas ce que ça va devenir, ils sont en train de négocier l'avenant 9.

Dans le privé à but lucratif, la rémunération de l'activité est reversée directement aux médecins donc ils ont peu d'intérêt de développer des IPA car ils peuvent le percevoir comme de l'argent qui va leur échapper potentiellement et puis la question du modèle économique elle n'est pas du tout réglée.

A l'AP-HP, c'était une volonté de la direction d'avoir un plan organisé pour investir dans la pratique avancée donc il y a des financements pour la formation qui sont débloqués, il y a de l'accompagnement. Nous avons monté la collégiale pour justement travailler avec les DRH. Les DRH on les tanne. Nous avons sollicité Martin Hirsh que nous avons rencontré en octobre 2020 et nous rencontrons la nouvelle DRH vendredi 8 avril 2022. Toute une évaluation sur les IPA à l'AP-HP a été réalisée pour faire en sorte que ça avance et que ça se perpétue.

Je pense qu'il y a la question de l'économie du temps médical et de tous les arguments mis en avant par le gouvernement pour déployer les IPA. Mais au-delà de ça je crois qu'il y a une véritable plus-value pour les patients d'être suivi par des infirmiers. Dans mon activité post-covid actuelle, il y a beaucoup de patients pour lesquels on va faire du dépistage de séquelles respiratoires post-covid. C'est l'intérêt de l'activité mais les patients viennent aussi avec d'autres attentes. J'ai des patients qui ont un déconditionnement physique, des atteintes psychologiques. Ils n'ont pas tous un suivi psychologique et nous n'avons pas de psychologue sur l'HDJ (hôpital de jour). Je peux orienter vers une psychologue dans des cas particuliers mais la plupart du temps, une relation d'aide est adaptée et suffisante. C'est des patients jeunes qui souvent n'ont pas été forcément malade avant, et c'était surtout le cas au début, qui se retrouvaient hospitalisés en détresse respiratoire avec l'impression qu'ils allaient mourir. En sortant de réanimation, ils étaient traumatisés. En plus à cette époque-là il y avait le confinement. Je me souviens avoir eu des patients sur la première vague qui me disaient être sorti de l'hôpital et s'être retrouvé confiné tout seul à leur domicile. Du coup à ces patients-là, vous leur expliquez qu'ils vont bien, vous leur faites parler de leur séjour, comment ils essaient de gérer les choses, comment ils équilibrent leur vie etc. Ce temps pris pour faire de la relation d'aide ne serait pas consacré par un médecin dans la plupart des cas.

Par ailleurs, un médecin n'a pas la même approche du patient. Pour illustrer la pratique avancée, je prends toujours l'exemple du diabétique de type 2. Ce dernier va aller voir son médecin traitant tous les 3 mois pour

une hémoglobine glyquée et renouveler sa metformine. La consultation elle dure moins de 10 min et ça coûte 23 euros à la sécurité sociale. En insérant un IPA dans le parcours de soins du patient diabétique, il va faire des consultations plus longues mais le patient va en ressortir avec de l'empowerment, de l'éducation thérapeutique, il va mieux comprendre sa maladie, mieux comprendre les risques, mieux comprendre son traitement, comment il doit le gérer, essayer de travailler sur l'observance, sur l'adhésion au plan thérapeutique. Et ça, le médecin il ne le fera pas pour plusieurs raisons : faute de temps et puis ce n'est pas sa manière d'approcher les patients. Le médecin est là pour la maladie et le traitement. Les infirmiers sont là pour la prise en charge globale des patients. C'est la différence entre ces 2 professionnels de santé. Je crois qu'il y a une réelle plus-value à avoir des professionnels qui font de la prise en charge globale des patients sur de la maladie chronique, tout comme sur de la maladie aigüe, mais sur de la maladie chronique pouvoir le faire et je crois qu'il y a aussi une plus-value clinique à avoir des infirmiers qui font du suivi de patient. Donc je crois qu'il y a un vrai intérêt à développer la pratique avancée et selon moi c'est aussi un levier de fidélisation. Actuellement on assiste à une fuite massive des infirmiers et même de la profession en générale, pas seulement de l'hôpital. Se dire qu'il existe des voies d'évolution autres que l'encadrement, IADE, IBODE et puéricultrice, c'est bien ! On voyait beaucoup d'infirmiers de réanimation qui partait pour faire l'école d'IADE, non pas parce qu'ils avaient une passion pour l'anesthésie mais parce qu'ils avaient envie d'apprendre de nouvelles choses et avaient envie d'avoir une valorisation de leur travail et de leurs compétences et cela n'existe pas aujourd'hui dans des structures autres que celles dont on vient de parler.

➤ **Est-ce qu'un protocole d'organisation a été mis en place ?**

Un protocole d'organisation est signé avec tous les pneumologues qui vont m'orienter des patients et avec lesquels je peux interagir en terme d'activité clinique.

➤ **En réanimation vous faisiez de la recherche de ce que vous m'expliquiez. Avez-vous gardé le même statut qu'avant ?**

En réanimation il n'y a pas de protocole d'organisation. C'est juste de l'activité de recherche. La recherche fait partie des compétences IPA donc ce n'est pas un souci de pouvoir poursuivre dessus. Sauf que maintenant je travaille plus sur cette compétence là que sur d'autres.

➤ **Au regard des compétences de l'IPA, la formation des pairs en fait partie. Développez-vous cette compétence lors des missions qui vous sont attribuées ?**

Il y a des services dans lesquels c'est fait, des IPA qui font ça. Moi c'est un peu branlant parce que je ne peux pas prétendre à une grande expertise en pneumologie. Malgré la formation complémentaire que j'ai eu, je n'ai pas d'expérience antérieure en pneumologie. On faisait de la pneumologie en réa mais c'était de la pneumo aigüe, l'asthme aigüe grave ou la PID (pneumopathie interstitielle diffuse) qui décompense et qu'on a pas envie d'intuber, à qui on va faire des bolus de corticoïdes, mais je ne sais pas ce qu'est le quotidien de la PID ou de l'asthme. Je l'ai vu en théorie mais je n'ai pas l'expérience de la pratique et il y a de gens en pneumologie qui sont bien plus expérimentés que moi là-dessus. Donc je suis bien embêté pour faire ça. Sur la réa, je n'ai plus le temps d'être à l'affût des dernières recherches, même si je continue de suivre un petit peu car en parallèle je dois me tenir informé de ce qui se passe sur la pneumo. Donc je serai bien mal à l'aise de faire des formations en réa aussi. Du coup, je fais d'avantage des formations sur la recherche. Mon poste est rattaché à mon DMU (département médico-universitaire) et je fais des formations à l'échelle du DMU. Nous avons monté un projet développement des compétences en recherche pour les paramédicaux et c'est moi qui anime le copil du projet et certaines formations. On a commencé par une première réunion en réunissant les cadres, les cadres sup, les infirmiers intéressés puis on a discuté sur les attentes, ce qu'il fallait mettre en place. On a ensuite déployé une formation d'initiation à la recherche et prochainement on va réaliser des ateliers lecture. L'idée est que les professionnels apprennent à lire des articles scientifique en faisant de la formation-action. L'objectif est d'accompagner à terme des projets de recherche qui se déploient sur le DMU et d'avoir un pôle d'activité qui se développe à ce niveau pour les paramédicaux.

J'ai pris cette voie là car par rapport à mon parcours ça correspondait bien et c'est à ce niveau selon moi que j'ai le plus d'expertise en terme de compétences donc ça faisait sens.

➤ **Quel est votre rattachement hiérarchique au sein de la structure ?**

Mon cadre est la cadre de DMU directement. Je travaille en collaboration avec les cadres de prox, les cadres sup. Par exemple, sur mon activité de pneumo, la cadre d'HDJ (hôpital de jour) ce n'est pas ma supérieure hiérarchique mais lorsqu'il y a des informations à prendre sur l'organisation du service je les prends comme n'importe quel agent et quand j'ai des choses à lui proposer elle les entends comme n'importe quel agent. Donc on est plutôt globalement dans un travail collaboratif et je ne trouve pas que l'absence de lien hiérarchique soit un frein. J'ai eu une fois un problème avec une cadre de santé qui m'avait fait un caca nerveux sur une réponse que je lui avais fait à un mail. Pour contextualiser, j'envoie un questionnaire, une étude que je propose pour interroger les soignants qui avait fait du COVID. Je demande à ma cadre de DMU si on peut le diffuser à tous les cadres du DMU (puisque notre DMU ne faisait que du COVID à un moment, qui accepte sans difficulté. N'ayant pas les mails de tous les cadres, elle me fait une réponse en me disant que je peux envoyer le questionnaire en mettant tous les cadres en copie. La cadre de consultation de DMU me fait une réponse 2 heures après en me disant que le questionnaire n'était pas joint. Je lui indique de se référer au mail que j'ai envoyé un peu après et que toutes les informations étaient disponibles dedans. Elle l'a mal pris en m'affirmant que je n'avais pas à l'inviter à aller voir ses mails. C'était une guerre d'ego qu'elle faisait. C'est le seul problème que j'ai eu avec une cadre. Je pense qu'il y avait plusieurs chose derrière cette attitude et pas uniquement mon positionnement d'IPA mais bon.

Après en terme d'encadrement c'est varié. Certains établissement ont pris la décision de rattacher toutes les IPA à la direction des soins. Il y a des endroits où c'est systématiquement les cadres sup qui encadrent. Et puis il y a des endroits où c'est le cadre de prox qui le fait. Je n'ai pas de recommandations vis-à-vis de ça. Je pense qu'il faut faire quelque chose qui fait sens.

S'il s'agit d'un IPA qui va avoir des fonctions transversales, qui va faire plutôt l'évaluation de la qualité et de la formation sur l'ensemble de la structure, pourquoi pas le rattacher à la direction des soins.

S'il s'agit d'un IPA qui intervient dans un cadre très circonscrit, pourquoi pas le rattacher à un cadre de proximité.

Après s'il se pose des problèmes hiérarchiques, des gens qui ne sont pas dans la collaboration que ce soit du côté de l'IPA ou du côté du cadre, probablement qu'il faut essayer de viser un peu plus-haut, pour essayer de contourner tout ça et avancer quand même mais je ne crois pas qu'il faille faire de généralités. Il faut juste le réfléchir et l'anticiper.

Certains IPA contexte en disant comment ça, c'est les cadres qui vont nous évaluer alors qu'ils n'ont pas les compétences cliniques pour évaluer notre métier, j'ai envie de leur répondre qu'à tout niveau c'est comme ça. Par exemple, les cadres en réanimation n'ont pas toute l'expertise de la réanimation et malgré tout elles encadrent les agents, elles les évaluent tous les ans. Ce n'est pas comme ça qu'on fait de l'évaluation, tu n'as pas besoin d'être expert dans un domaine pour pouvoir expertiser et évaluer un agent dans un domaine. Tu as besoin d'être expert de l'évaluation. Car ce qu'on évalue c'est des compétences en terme de professionnalisme, c'est beaucoup plus global qu'une expertise clinique. Pour moi, c'est ridicule de la part de certains IPA de tenir ce discours là et en tout cas moi je ne vois pas de frein à ce qu'un cadre de prox évalue un agent IPA dans son secteur.

- **Est-ce que des recommandations sont données à ce sujet pendant la formation à ce sujet ? Quels sont les différents niveaux d'apport enseignés en formation IPA (théorie, pratique, positionnement ...) ?**

Le problème de l'enseignement IPA est qu'il est très variable d'une faculté à une autre. Il y a des fac qui se donnent les moyens de bien former les IPA et il y a des facs qui ne le font pas du tout.

- **Je pensais qu'il ne s'agissait que de formation temps plein. Qu'entendez-vous par se donner les moyens ?**

Par exemple, j'ai donné des cours à une faculté qui à mon sens est un mauvais exemple de la formation IPA. Ils n'ont quasiment qu'une semaine de cours par mois et franchement s'est ridicule. Dans le centre, ils font 2 à 3 jours de présence par mois, tout le reste c'est du e-learning par ce qu'ils veulent attirer les libéraux.

Après il y a des facs comme Nancy, Nantes, Toulouse, où la formation est à temps plein. A mon sens ça devrait toujours être du temps plein. Le CNP (conseil national professionnel) IPA a d'ailleurs demandé à ce qu'il y ait une expertise des formations au niveau national car ce n'est pas du tout homogène. Et typiquement dans une des facultés à Paris, les étudiants IPA ne savent pas faire de la recherche. Actuellement j'encadre une étudiante pour son mémoire qui est en grande difficulté, elle n'a pas du tout été accompagnée. Je me retrouve en tant que directeur de mémoire à devoir faire des cours alors que normalement je ne devrais faire que de la guidance. Sur un autre aspect mais de façon tout aussi aberrante comment faire de l'accompagnement sur un nouveau métier, sur une formation qui est clinique en prenant 120 étudiants en promotion de M1. Pour moi c'est un non-sens, la volonté première est de faire rentrer de l'argent et c'est tout, c'est une espèce d'usine à gaz, ils ne se sont pas structurés pour se donner les moyens de le faire.

Donc il n'y pas d'homogénéité à ce niveau-là. Par exemple nous avons une UE « méthode de travail ». Il y a des facs qui vont juste faire des apports les notions de base sur Excel et Word et il y a des facs qui vont donner des apports plus poussés sur le positionnement, la négociation, la gestion de projet.

Lorsque que j'ai fait mon master, c'était orienté là-dessus. L'intitulé du M2 était « coordination de parcours complexe de soins », on avait des enseignements sur la gestion de projet, les modes de financement du système de santé avec une culture générale du système de soins qui était intéressante et pratique pour nous, notamment pour se préparer à des positions dans lesquels on se trouve aujourd'hui, nous les premiers IPA. A été monté un syndicat, le CNP, bon l'ANFIPA existait déjà plus ou moins car c'était le Gic RePASI avant. Nous on a monté la collégiale à l'AP-HP, ça n'a pas la même dimension mais le fait d'avoir eu tous ces trucs sur la gestion de projet me sert vachement aujourd'hui. Néanmoins, les apports sont beaucoup plus centrés sur la clinique que sur le leadership à proprement parlé. C'est pareil, on devrait être formé à faire de la formation mais il y a très peu de fac qui font ces enseignements-là.

Le fait d'avoir monté des structures nationales, d'avoir été sensibilisé à ce qu'est le leadership, ça nous a permis de pouvoir nous structurer et sans cette structure là on ne pourrait pas avoir cette valence et cette visibilité. Ce qui devient difficile avec le temps, c'est que comme il y a de plus en plus de diplômés, c'est difficile de repérer les gens au milieu de la masse donc souvent, comme dans l'associatif c'est plutôt des gens qui vont remonter vers nous, qui disent qu'ils s'y intéressent, qu'ils souhaitent participer et nous donner du temps. Il y a des partenariats qui sont un peu historique. Ça a permis de rassembler les compétences. Alors il y a quand même des divergences, même au sein de nos propres rangs mais malgré tout ça fait avancé les choses et c'est ça le principal. Et puis parfois les divergences c'est ce qui permet de s'enrichir.

➤ **En terme de rémunération, comment s'est-elle établie ?**

C'est difficile à dire car je viens d'avoir mon salaire IPA le moins dernier et je n'ai toujours pas eu ma fiche de paie donc je ne sais pas de quoi j'ai été payé. Le concours sur titre a été fait tardivement à l'AP-HP, nous avons eu les résultats fin décembre et nous venons juste d'être nommé et de passer sur les grilles indiciaires.

➤ **En quoi consiste votre concours sur titre ?**

Nous avons un oral, ce n'est pas seulement sur dossier. Après 2 ans de faculté et avoir validé un diplôme, en plus de ça nous devons justifier à notre retour de formation pourquoi nous devons faire IPA. Le jury est composé d'un médecin et du directeur de l'hôpital ou son représentant. Nous avons quand même deux personnes qui n'ont pas été reçu au concours sur titre, donc des gens qui sont diplômés et à qui on ne reconnaît pas un poste IPA à l'AP-HP actuellement. C'est scandaleux ! Ils peuvent exercer en tant qu'IPA, c'est le diplôme qui donne la fonction, mais par contre le concours sur titre donne la grille indiciaire et l'avancement d'échelon. Ils vont exercer mais seront payé comme IDE pendant un an de plus et sans avancement sur les échelons IPA. Le concours sur titre est pour moi l'allégorie même de l'archaïsme administratif de nos grandes institutions.

➤ **Votre nouveau statut IPA et vos nouvelles fonctions ont-elles été bien accueillies par tous ?**

De mon expérience, j'ai travaillé un petit peu à la pitié et quand j'ai commencé mon activité clinique c'était l'inverse, j'avais 4 jours de clinique par semaine et 1 jour off. Je faisais 2 jours à la pitié et 2 jours à Tenon. Quand j'étais à la pitié, c'était une activité qu'ils avaient monté un peu à la va vite et ils n'avaient pas de

médecins dédiés pour cette activité avec l'IPA. Donc j'avais une liste de pneumologues et je changeais de pneumologue quasiment toutes les semaines. C'était juste un enfer car de fait il était compliqué de créer de la collaboration : les médecins ne savaient pas qui j'étais, ils ne savaient pas ce qu'étaient les missions de l'IPA et donc il y en avait certains avec lesquels c'était compliqué.

Il y en avait avec qui c'était hyper fluide, je faisais mon examen clinique, je voyais le patient et à la fin je présentais le dossier avec le médecin, on validait les choses ensemble et puis on laissait partir le patient.

Il y en avait d'autres je leur disais « voilà, j'ai vu le patient, j'ai fait son examen clinique, voilà ce qui persiste comme signes » et ils me répondaient « ok, d'accord et bien très bien » et ils reprenaient le dossier, ils allaient dans le box d'en face et puis ils refaisaient l'interrogatoire, l'examen clinique. C'était l'enfer, les patients repartaient à 18h, ils râlaient, ils avaient l'impression qu'on leur posait 2 fois la même question, ce qui était le cas et c'était complètement ridicule. Il n'est pas possible de construire une collaboration sans relation de confiance avec le médecin et de pratique uniforme.

A Tenon, je bosse maintenant avec un médecin avec qui ce se passe super bien. On a vraiment trouvé notre rythme. De mon côté, je fais l'entretien et l'examen clinique et puis on valide ensemble. Souvent on est sur l'HDJ donc on voit plutôt des patients instables, ce qui a priori n'est pas l'activité de l'IPA, mais où moi je dégrossis la prise en charge. Il y a certains patients que je vais voir seul mais ce n'est pas forcément la majorité et puis après par contre on consacre 5min avec le médecin où on refait le point ensemble et où on conclue. Donc ça lui fait gagner beaucoup de temps. En effet, moi j'ai déjà vu les patients, j'ai déjà fait l'éducation thérapeutique, on a déjà discuté des traitements ensemble, j'ai déjà fait tout l'interrogatoire et l'examen clinique, il ne reste plus que les conclusions à faire. Ça va hyper vite et même pour les patients, ils n'attendent plus comme ils attendaient avant avec le médecin qui était au milieu de ses activités en même temps. Donc tout est beaucoup plus fluide. Même si pour le coup pour moi ça pourrait paraître être un exercice peu autonome, j'ai quand même beaucoup d'autonomie car le patient je le vois essentiellement seul même si je ne prends pas les décisions tout seul. Donc avec ce médecin c'est très fluide mais il y a un moment où elle n'était plus positionnée sur l'HDJ. C'était une jeune médecin contractuelle qui était là et elle a refusait de travailler avec moi parce qu'elle ne voulait pas que je vois les patient seul. Le fait que ce soit moi qui fasse l'interrogatoire et l'examen clinique, bien que je lui rende compte après, elle ne l'acceptait pas. En fait elle expliquait que lorsqu'elle était en salle, elle passait toujours derrière les internes pour contrôler ce qu'ils faisaient. C'est clairement quelqu'un qui ne sait pas travailler en équipe. C'est quelqu'un qui est fait pour faire du libéral mais qui ne pourra jamais travailler efficacement dans une équipe en milieu hospitalier. Donc avec cette médecin, typiquement il y a eu une ferme opposition.

➤ Comment expliquez-vous les réticences médicales assez souvent exprimées ?

Aujourd'hui les principales réticences en France viennent du libéral, que ce soit des médecins ou des infirmiers. Les principales oppositions c'est les syndicats libéraux, notamment MG France, le syndicat des médecins généralistes et clairement leur argument est uniquement pécunier. Le médecin libéral il fait sa croute avec ses consultations qui dure 10 min pour renouveler de la metformine à 23 euros. Ça les arrange beaucoup plus que de devoir prendre en charge des patients complexes avec lesquels ils vont passer 30 à 45 minutes mais qui sera rémunéré 23 euros. Et les infirmiers libéraux qui, au milieu de tout ça, s'opposent beaucoup aussi, parce qu'ils ont l'impression qu'on va leur piquer leur gagne-pain. On lit notamment des choses totalement aberrantes à ce sujet. Vers décembre, je me demande si ce n'était pas le SNIIL (syndicat national des infirmières et infirmiers libéraux) ou la fédération infirmière, je ne sais plus j'y connais rien dans les syndicats infirmiers, mais il y en a un qui avait publié un article sur comment améliorer l'accès aux soins. Il y avait des choses qui étaient très bien travaillées dedans mais en gros leur conclusion consistait à dire – et c'est leur position depuis le début – que tous les infirmiers libéraux font déjà de la pratique avancée depuis longtemps. C'est de la fumisterie, il faut de la formation pour faire ça, vous ne pouvez pas vous improviser prescripteur du jour au lendemain, improviser un examen clinique. Leur position elle vient de là aussi, d'essayer de défendre la couverture de soins des infirmiers libéraux, là où les IPA ne piquent pas du tout le travail des infirmiers libéraux. On est au contraire plutôt un vecteur pour leur donner du travail. C'est ridicule !

Du coup il y a encore quelques oppositions aujourd'hui mais je trouve que ce sont des oppositions qui sont économiques plutôt que purement clinique en terme de politique et de discours.

Après en pratique, il y a encore beaucoup de méconnaissance sur le travail des IPA, leur rôle etc et puis il y a quand même une certaine forme de délégation parce que même s'il n'y a pas une délégation de responsabilité car on porte la responsabilité de ce que l'on fait en temps qu'IPA dans la mesure où on a un rôle autonome, il y a quand même une délégation de suivi, d'actes, de prise en soin des patients et ça, il y a des médecins qui ont dû mal à la faire. Les oppositions qui restent sont souvent liées à un manque de pédagogie, c'est souvent des professionnels qui ne connaissent pas la pratique avancée, notre rôle, notre périmètre, notre formation. Et puis je pense qu'il y a encore quelques oppositions vraies qui persistent, en libéral comme on en a discuté tout à l'heure pour le modèle économique et puis après il y a juste des résistances humaines, des gens qui ne savent pas collaborer il y en a partout. Hélas ça continuera d'exister.

- **Selon vous, y-a-t-il pas un risque qu'un IPA se retrouve dans l'impossibilité d'exercer s'il se retrouve par exemple dépourvu de protocole d'organisation car le médecin porteur du projet quitte le service ?**

Mon point de vue vis-à-vis de ça, c'est comme la qualité ou la recherche, ça dépend des cultures de services et la culture ça se développe, c'est quelque chose qui prend du temps mais qui s'implante. Si le médecin qui est porteur arrive à porter ça à l'échelle d'un service, en faire la promotion, dire que ça fonctionne, valoriser l'activité de l'IPA, les autres médecins vont embrasser le truc. S'il garde ça dans son coin, que ce n'est pas valorisé et que personne n'entend jamais parlé qu'il a bossé avec un IPA et que d'un seul coup le jour où il part il faut se récupérer l'IPA, les autres professionnels ne vont pas être aussi enjoué que si cela avait été valorisé. Il faut faire la promotion de ce qui fonctionne bien dans l'activité IPA une fois que ça aura été mis en place et il n'y a pas de raisons que d'autres médecins n'ait pas envie de bosser avec ça.

Annexe 10 : Entretien avec une IPA exerçant aux urgences gériatriques

- **Bonjour, tout d'abord merci de votre disponibilité et d'avoir accepté de répondre à mes questions. Je suis actuellement en Master 2 Management des organisations soignantes. Dans le cadre de ce Master, je mets en place un projet managérial qui vise à intégrer une IPA au sein de l'Ehpad. Pour l'instant il n'y a pas de spécialisation gérontologique, néanmoins la spécialisation pathologies chroniques stabilisées reprend la majorité des pathologies que l'on retrouve chez les résidents des Ehpad.**

C'est exactement ça, en fait les pathologies stabilisées inclus la gériatrie car même dans mon master nous avons appris cela. Cela ne va pas être dans l'immédiat un master gérontologie. Ça va rester ainsi pour la gériatrie

- **Pour ce faire, j'ai effectué un certain nombre de recherche théoriques et empiriques. Le dispositif en France est tout récent, il y a encore peu de recul. Par conséquent, avoir des expériences terrains peut véritablement apporter un plus et être très enrichissant. Pouvez-vous me raconter votre parcours avant d'être IPA ?**

J'ai réalisé des études de médecin à l'étranger et je suis médecin à l'étranger. En arrivant en France, mon diplôme de médecin étranger n'a pas été reconnu donc je suis entrée dans un IFSI. Je suis infirmière en France depuis 2011. J'ai débuté dans les urgences, les soins intensifs, la réanimation. Je ne connaissais pas les soins techniques infirmiers, j'ai bien appris. Après ces expériences, au bout de 3 ans, je travaillais à la clinique de l'Alma, en réanimation et je me suis dirigée vers les Ehpad. Pourquoi ? Je trouvais que la gériatrie était une spécialité médicale pas assez appréciée par les infirmières. Personnellement, cela m'a vraiment passionnée. Dans la gériatrie on retrouve toutes les pathologies et toutes les maladies. Sur une seule personne âgée, on peut trouver un large panel de maladies. Je me suis donc dirigée vers la gériatrie. J'ai commencé avec les Ehpad. Depuis 2013 je fais uniquement de l'Ehpad et du SSR. Ça a été mon choix. Une fois que je maîtrisais les soins techniques, le projet national de la pratique avancée a été mis en place en France. Bien sûr comme vous le savez, c'est un modèle anglo-saxon. Pour moi cela a été vraiment le jackpot. Je me suis complètement retrouvée. J'avais déjà étudiée la médecine dans mon pays d'origine, j'avais déjà travaillé plus de 10 ans en tant qu'infirmière donc je me suis dit qu'avec la pratique avancée je vais être dans mon milieu.

- **Effectivement, cela correspondait bien à votre profil**

Exactement, donc je me suis lancée. De plus, j'aime beaucoup les examens cliniques et cela m'avait énormément manqué en tant qu'infirmière. En effet, on ne les pratique pas en tant qu'infirmière. J'ai tenté ma chance, je faisais partie de la première promotion. On a été 600 candidats pour 60 places car seule la faculté de Paris a été ouverte pour la première promotion. C'était l'université PARIS VII, Paris Diderot, devenu « Université de Paris » depuis l'année dernière.

C'était sur dossier avec un entretien de motivation téléphonique. J'ai fait partie des 60 candidats qui ont été acceptés. J'étais ravie. J'ai finalement arrêté de travailler dans les Ehpad pour pouvoir faire la formation.

- **Vous êtes-vous financée seule ?**

Oui tout à fait, je me suis financée toute seule. J'ai demandé à l'époque à Korian s'ils acceptaient de me financer en lien avec le projet d'établissement. J'ai beaucoup préparé mon projet mais Korian a refusé de me financer. Du coup la première année a été très compliqué car j'ai dû combiner le travail et la formation. Je m'arrangeais avec les collègues et cherchais des personnes pour me remplacer pour aller en cours car les cours avaient lieu du lundi au vendredi.

- **D'accord donc vous avez continué à travailler la première année ?**

La première année oui, je me suis débrouillée comme je pouvais en prenant des congés etc. J'ai travaillé la première année mais ça a été très lourd et je ne le recommande pas du tout. Toutes les infirmières qui ont continué à travailler en même temps que la formation ont dû aller en rattrapage pour certains examens.

- **Oui car la formation est à temps plein ?**

Oui c'était du temps plein, nous n'avions pas le choix la première année. J'ai donc dû aller aux rattrapages et je l'ai bien sûr eu après mais j'avoue qu'ils nous préparent vraiment dans le sens médical. Cela m'a rappelé mes études de médecine dans mon pays. C'est très lourd et ils veulent nous préparer comme il faut, ce qui est très bien. La première année a été catastrophique : fatigue, manque de finance etc donc j'ai demandé à l'université si je pouvais faire une pause d'un an avant de passer en deuxième année. Le rapport de stage qu'il fallait bien sûr lancer la première année a été vite fait, mal fait.

➤ **Au début il n'y avait pas de terrain de stage ?**

La première année nous avons eu un stage de 2 mois. En fait c'est la faculté qui nous a proposé. Ils ne nous ont pas abandonné malgré que nous étions les « cobayes » de la première promo. Chacun a pu effectuer un stage. J'ai effectué mon stage en cardiologie, assez loin, à Poissy dans un hôpital public. Les stages se faisaient surtout dans les hôpitaux publics, c'était rare d'être accepté dans le privé. Maintenant je pense que c'est plus facile. La première année je suis donc allée à Poissy. Il nous a été demandé un rapport de stage et je l'ai mal fait car je n'ai pas mis suffisamment de science infirmière dedans. Il avait été demandé de mettre de la science infirmière. Il n'y avait pas de modèle français et je n'avais pas beaucoup de temps pour lire tous les articles étrangers que l'on trouve en anglais ou canadien mais ça a été difficile. Je me suis donc dit que j'allais refaire mon rapport de stage et prendre une pause avant de reprendre la deuxième année car je n'en pouvais plus.

En deuxième année, j'ai tout préparé, mis en place, j'ai fait une rupture conventionnelle.

➤ **Du coup ils ont accepté de faire la pause ?**

Oui, oui ils ont accepté de faire la pause avec la condition que je refasse mon rapport de stage écrit. J'avais validé mon stage et je pense qu'ils ont été assez tolérant avec moi ainsi qu'avec une autre collègue qui a aussi demandé une pause d'un an et qui s'est aussi financé toute seule. Cela nous a été accordé mais en travaillant plus pendant cette année de pause sur notre rapport de stage écrit.

En deuxième année, ça a été plus simple car je ne travaillais pas à côté.

➤ **Mais vous avez pu avoir des aides financières sur la deuxième année ?**

J'étais à pôle emploi. Quand j'ai fait la rupture conventionnelle c'est pôle emploi qui m'a financé avec le CPF, mon compte professionnel. C'est vrai que la deuxième année est plus intense, il y a 5 mois de stage. J'ai fait 5 mois de stage en Ehpad car j'envisageais de retourner faire de la pratique avancée en Ehpad. C'était mon projet donc j'ai demandé le dernier stage en Ehpad. Je l'ai fait sur Paris, j'ai été très bien encadré, c'était un très bon stage. J'ai mieux compris ce qu'était la pratique avancée en Ehpad.

➤ **Pendant votre stage, vous avez eu des résidents à prendre en charge de manière autonome ? Vous-a-t-il délégué certains résidents ?**

Oui tout à fait j'avais mes 20 patients. Je faisais plutôt le suivi des patients. C'est vrai que ça a été le COVID etc mais j'ai commencé par faire la révision de tous les patients. On avait 58 résidents car beaucoup étaient décédé, on ne faisait pas d'entrée car c'était le COVID. Comme mon mémoire a été sur la iatrogénie médicamenteuse en Ehpad, il fallait vraiment que j'analyse dossier par dossier. Du coup je révisais tous les dossiers. Toutes les semaines j'allais voir environ 5 résidents. J'ai fait des examens cliniques, des évaluations gériatriques qui sont une évaluation globale sur tous les plans, vérifié leur traitement et faire « du ménage » dans leur traitements, fait des propositions. Je parlais avec le médecin traitant. J'ai eu un très bon retour. A la fin de mon stage, tout le monde a été content, c'était nouveau pour eux et ils se sont dit que la pratique avancée pouvait donner un nouvel œil sur leurs ordonnances. On sait bien qu'ils n'ont pas le temps et ils ne passent pas très souvent. Un des médecins passaient tous les 3 mois mais avec le COVID c'était beaucoup moins le cas.

➤ **La pratique avancée a donc été très bien accueillie ?**

Oui, très bien accueillis. Pendant mon stage, ils ont eu une très bonne impression mais il est très important de bien présenter la pratique avancée : qu'est-ce que peut apporter une infirmière en pratique avancée. Où peut-elle intervenir ? Il ne faut surtout pas confondre, nous ne sommes pas là pour remplacer le médecin, nous sommes des infirmières et nous le resterons. Mais nous avons une expertise et des compétences plus

élargies. Une fois que cela est bien expliqué ils sont ouverts et ont envie d'essayer de collaborer avec une IPA. Une fois que l'on peut montrer que la place d'une IPA est vraiment primordiale en Ehpad, pour eux, cela a été très bénéfique.

Comment ai-je fonctionné en Ehpad : je vérifiais les résidents qui n'avaient pas eu de bilan depuis un certain nombre de temps. Je proposais de faire un bilan, je le prescrivais et les médecins donnaient leur accord. Bien sûr, j'apportais des arguments à mes propositions et tout était en relation avec les problématiques de la personne âgée. Le médecin traitant ne prenait pas le temps de faire tous les examens cliniques et moi je restais minimum 45 min avec mon patient.

Cela a été accordé par le décret : une IPA a jusqu'à 45 minutes avec un patient, ce n'est pas comme le médecin traitant qui a 15 minutes, il y a une grosse différence. Moi je prenais vraiment mon temps, parfois je restais même une heure.

➤ **Comment avez-vous perçu l'accueil de l'IPA par les résidents ? Aucun n'a refusé ?**

Non aucun refus, même de la part de la famille. Honnêtement, je n'ai eu que des bons retours. Déjà les résidents ont été agréablement surpris et ont appréciés qu'une personne reste aussi longtemps pour prendre soin d'eux. C'est comme cela avec les personnes âgées : plus on leur donne de l'attention et plus ils sont contents.

Bien sûr, il y en a quelques-uns qui n'ont pas encore vraiment compris ce qu'est l'IPA. Quand ils voient que l'on sort le stéthoscope, et que l'on fait une consultation cardiaque, ils nous assimilent directement au médecin alors que nous ne sommes pas des médecins, nous sommes des infirmières. Le plus important est qu'ils soient bien pris en charge.

Mes autres collègues qui ont également fait leur stage en Ehpad ont eu les mêmes retours. Je pense que c'est une nécessité et sachant que c'est une demande nationale de faire la pratique avancée en France, cela n'a pas été demandé pour rien, surtout en Ehpad.

Même pour les collègues, je faisais des formations.

➤ **Je comptais vous poser la question !**

Oui, en effet je faisais des formations car au début j'ai remarqué que les infirmières pendant les transmissions se plaignaient : « Oh mais celui-là il ne me laisse pas tranquille, il est agressif... », je me suis dit qu'il faut peut-être commencer par-là, former les soignant et expliquer : pourquoi le résident est-il agité ? pourquoi le résident a chuté ? Commencé par expliquer les causes. J'ai réalisé 2 ou 3 formations qui ne duraient pas 2 heures.

➤ **Oui, il s'agissait de petites formations internes**

Voilà ! J'ai demandé l'accord à la directrice d'EHPAD qui a été très contente, puisque ça lui a aussi évité d'engendrer des frais de formation. Les soignants ont mieux compris ce qu'est la démence, comment s'adresser à une personne démente. Je pense que les formations internes sont indispensables pour assurer une qualité de prise en charge et une IPA peut le faire, ça entre dans son rôle.

➤ **Ces formations ont-elles étaient bien perçues par vos paires ? Y-a-t-il eu des réticences ?**

Tout s'est très bien passé, mais car j'ai fait la bonne présentation. Avant d'intégrer cette équipe déjà formée, j'ai considéré qu'il était très important de présenter quel est le rôle de l'IPA. On exerce la pratique avancée, sachant qu'on ne prend la place de personne : l'IPA n'est pas un médecin, ne prend pas la place de la cadre de santé, ne prend pas la place des infirmières. Je n'ai pas eu de mauvais retour.

➤ **D'accord.**

Ça a été une demande personnelle avant de commencer le stage d'être présentée à toute l'équipe pluridisciplinaire (infirmières, aides-soignantes ...). Ils ne connaissait pas. J'avais plein de questions de curiosité concernant la formation. C'est vrai qu'en présentant mon rôle, les objectifs de la pratique avancée et les raisons de mon stage en EHPAD, j'ai été bien accueillie. J'ai par la suite été sollicitée à plusieurs

reprises dans les étages afin d'apporter mon expertise, mon aide ... Avec la cadre de santé, nous avons commencé à collaborer pour réviser ou mettre en place des protocoles. Après avoir réalisé une première ébauche de son côté, elle m'a demandé mon avis. On a très bien collaboré. Je n'ai que des bons souvenirs de ce stage.

➤ **L'EHPAD n'avait pas pour ambition de recruter une IPA ?**

Si, ils sont en recherche et m'ont d'ailleurs proposé. Il s'agit d'un petit groupe, la directrice était partante et surtout le médecin coordinateur, que j'ai bien soulagé. En effet, lui était présent 2 jours par semaine. Or moi j'étais sur site du lundi au jeudi, le vendredi étant consacré à la recherche. En 4 jours par semaine pendant 5 mois, je pense que j'ai pu apporter des choses bénéfiques. Au regard de la période COVID, je n'ai pas pu voir les médecins traitants, j'ai surtout échangé avec eux par téléphone. L'un d'entre eux s'est spécifiquement déplacé pour me connaître et avoir plus d'informations sur la pratique avancée. Il était d'ailleurs prêt à faire une lettre écrite pour appuyer l'embauche d'une IPA, mais la directrice lui a confirmé qu'il s'agissait déjà d'un projet institutionnel.

Mais il y a peu d'IPA, nous ne sommes pas nombreuses et pas toutes sont intéressées par l'EHPAD.

➤ **Oui, c'est également notre crainte.**

Nous ne sommes pas nombreuses et la majorité des IPA sont financés par leur employeur, soit environ 70%, ce qui les contraint à retourner dans leur structure après la formation au minimum 5 ans. La majeure partie des autres étudiants sont des libéraux, qui vont ensuite retourner en cabinet. Et le nombre d'IPA qui ont financé leur formation se compte sur les doigts d'une main. Et la majorité ne veut pas rentrer directement en EHPAD, comme moi par exemple. J'ai commencé à travailler aux urgences en tant qu'IPA.

➤ **Avez-vous eu beaucoup de propositions d'embauche en sortant du master ?**

J'ai fait 7 entretiens dans 7 établissements différents. J'ai refusé dans la fonction publique à Bichat, à cause de la rémunération. Ils m'ont proposé 2400 euros, soit le salaire que je percevais en tant qu'infirmière. J'ai refusé et j'ai finalement eu une proposition dans un autre hôpital public, aux urgences. Pourquoi ce choix ? car je vais être épaulé par le gériatre, je vais apprendre la pratique avancée avec eux et surtout car j'ai bien négocié mon salaire. Ils ont repris toute mon ancienneté et actuellement je suis à 3500 euros net. Par ailleurs, je me suis inscrite en parallèle à un DU « Alzheimer et maladies apparentées » (je le réalise en distanciel) et je pense que c'est un élément qui a également joué dans mon recrutement.

Je vous explique en deux mots ce que je fais : quand les patients arrivent aux urgences, ils sont triés en fonction de leur âge, afin que les personnes âgées soient prises en charge par un gériatre. Elles sont vu en première ligne par un médecin urgentiste et l'équipe mobile de gériatrie, dont je fais partie intervient dans un second temps. Je vois en moyenne 5 patients par jour aux urgences, je réalise l'examen clinique, l'évaluation gériatrique et je décide de la suite de leur prise en charge (hospitalisation, retour en EHPAD avec ordonnance, proposition prise en charge HAD ...). Dans la majorité des cas, il s'agit de tableaux cliniques de confusion ou de chutes. L'objectif est de soulager les urgences et d'apporter une prise en charge adaptée à ce profil de patient spécifique.

L'hôpital réfléchit également à un projet d'intervention de l'équipe mobile gériatrique en EHPAD, notamment que l'IPA intervienne sur site avant que la personne âgée arrive aux urgences.

J'espère que la suite va bien se dérouler car ça ne fait pas longtemps que j'ai commencé. A ce jour, l'intégration est super.

➤ **Si je comprends bien au final vous ne prenez pas réellement en charge des pathologies chroniques stabilisées ? Il s'agit plutôt de situations aiguës.**

Je me suis également fait la réflexion au début. J'avais des craintes car je ne suis pas tout à fait formé à la prise en charge aiguë. Mais le gériatre m'a expliqué que ce n'était pas aiguë car c'est souvent des patients réguliers qui viennent pour les mêmes raisons. Il y a beaucoup de personnes âgées qui viennent pour renouveler leurs traitements, un mauvais suivi chez le cardiologue, une détresse respiratoire ...

Programmation de consultation mémoire, de RDV suivi pneumo, cardio, diabète, il y a une vraie part de coordination de parcours de soins. C'est vrai que ça j'aurais préféré le faire dans un EHPAD. Je suis venue aux urgences pour me faire la main. J'ai 4 gériatres avec moi donc j'apprends. Mais en EHPAD je serais toute seule pour la prise de décision. Aux urgences quand j'ai un doute clinique je suis entourée, il y a toujours quelqu'un.

Par la suite, je veux retourner en EHPAD car je sais que j'apporterai plus de choses que dans un service d'urgences. Le besoin en EHPAD il est clair mais il faut être bien formé avant d'y aller.

- **Avez-vous mis un place un protocole d'organisation avec les médecins avec lesquels vous travaillez ?**

Justement je suis en train de le faire. L'équipe mobile de gériatrie est composée d'un gériatre, d'une IPA spécialisée en gériatrie, d'une psychologue et d'une IDE.

Le protocole d'organisation est établi entre le gériatre et moi. C'est le médecin avec qui je collabore directement. Je descends aux urgences, je constate et si besoin je l'appelle, ou sinon elle me donne le feu vert en me disant de modifier tel ou tel élément.

Aujourd'hui on s'est réuni avec la chef de pôle et la chef de service pour faire le point et on s'est rendu compte qu'on avait pas fait le protocole d'organisation. Donc je pense qu'on va démarrer la semaine prochaine. Personnellement, j'ai pas mal d'idée à ce sujet, à la fac ils nous ont donné des modèles et il y a même des modèles de l'ARS qu'on trouve sur internet. Il faut l'adapter en fonction des idées où on est.

Ce protocole doit être fait en fonction des structures et des services.

- **Oui et je pense qu'il il doit être réalisé en collaboration avec l'IPA.**

Tout à fait.

- **Qui est votre supérieur hiérarchique direct ?**

C'est le directeur de l'hôpital, comme les médecins en fait. Et je pense que dans les EHPAD la configuration sera la même. C'est toujours en collaboration avec la cadre et le reste de l'équipe pluridisciplinaire que le travail se fait, ça c'est sûr mais sur mon contrat c'est noté ça.

- **Ok. Avez-vous perçu un changement identitaire par rapport à votre profession infirmière ?**

C'est autre chose c'est certain. On sort des soins, c'est plutôt de la clinique, c'est plus médical et on adapte en fonction de chaque patient, la science infirmière est mise en avant sur la base de modèles anglo saxon et canadien ... c'est un peu difficile à expliquer mais comme vous dites c'est un nouveau métier. Ça n'a rien à voir avec la profession IDE : on fait beaucoup de social car on parle longuement avec le patient. Déjà sur le poste d'infirmière, le relationnel avec le patient est prépondérant. Là c'est pareil, on s'assoit, on prend notre temps pour faire l'examen clinique (auscultation, palpation, vérification des bilans et réajustement). En tant qu'infirmière, on repérait une anomalie, on le signalait au médecin et finalement on reste impuissant, on attend des directives. Actuellement, je suis en capacité d'agir. Clairement je ne me sens plus du tout IDE. Mais je ne me sens pas médecin. Je suis IPA.

Le médecin est plutôt dans la maladie : il faut traiter, il faut traiter, il faut traiter. L'infirmière à l'inverse intègre le patient dans toute décision. Est-ce que le patient a envie d'être traité ? est-ce que le patient a envie d'être écouté ? Est-ce que le patient est confortable dans son lit ? Nous assurons une prise en charge globale du patient et pas uniquement de sa maladie.

Pour vous illustrer par un exemple concret, il y a quelques jours, j'avais un patient en soins palliatifs, j'étais en contradiction avec un gériatre car c'était flagrant que le patient s'éteignait, il présentait plusieurs escarres surinfectés, pesait 35kg ... mais n'était plus en capacité d'exprimer ses volontés. Le gériatre voulait absolument traiter l'infection par une antibiothérapie, demandait de mettre une perfusion intraveineuse. Nous avons fait un staff médical, j'ai exprimé mon point de vue, qui était en concordance avec celui des IDE et des AS. On a eu du mal à la convaincre qu'il s'agissait en fait d'accompagner la dame dans une prise en charge palliative, sans acharnement thérapeutique. Nous avons une autre approche et une autre réflexion.

➤ **Quels sont les objectifs institutionnels de votre établissement en intégrant une IPA ?**

- Optimiser la prise en charge des patients : nous savons tous qu'une personne âgée aux urgences attend longtemps sur un brancard. Mon intervention rapide (à partir du moment où je suis contactée par l'urgentiste, j'ai 1 heure maximum pour intervenir) permet de faire une anamnèse et de décider en première intention de son orientation (prise en charge hospitalière, retour à domicile ...). Tout de suite après, si ça dépasse mes compétences, le gériatre jette un coup d'œil et pose un diagnostic).

- De dégager du temps médical : le gériatre de l'équipe mobile réalise aussi des consultations gériatriques type consultation mémoire et n'est pas forcément rapidement disponible pour intervenir aux urgences. Avec une IPA capable de réaliser l'anamnèse, elle peut mieux coordonner son activité médicale. Elle est malgré tout au courant de tous les patients que je vois aux urgences et on décide ensemble de ceux qu'elle doit absolument voir.

L'établissement me laisse l'opportunité de proposer des pistes d'amélioration sur les rôles que je peux avoir au sein de la structure. C'est quelque chose à co-construire. C'est la même chose pour vous. Et je vous conseille de trouver une IPA qui a de l'expérience en EHPAD ; nous sommes toutes IPA mais dans notre master on ne fait pas beaucoup de gériatrie. La pratique avancée mention pathologies complexes stabilisées c'est vaste, c'est énorme.

Je pense qu'une IPA, avec un cadre de santé et le médecin coordonnateur c'est un bon trio.

➤ **Merci pour votre témoignage.**

TITRE DU DOCUMENT

Piloter le changement organisationnel en EHPAD : la mise en place de la pratique avancée infirmière

AUTEUR

Eléonore ABSALON

MOTS CLÉS

Infirmier(ère) en pratique avancée, personnes âgées, stratégie d'implantation, collaboration, loi de modernisation de notre système de santé, gestion de projet, représentations professionnelles.

KEY WORDS

Advanced practice nurse, elderly people, implementation strategy, collaboration, healthcare system modernization law, project management, professional representations.

RÉSUMÉ

Les transitions épidémiologiques, démographiques, ainsi que les évolutions des demandes des usagers sont au cœur des mutations du système de santé. Ces enjeux de santé publique ont mis en avant la nécessité de développer une forme nouvelle d'exercice des professionnels de santé : la pratique infirmière avancée (PAI), entérinée par la loi de modernisation du système de santé en 2016. Les décrets d'application de ce nouveau métier permettent d'envisager une place au sein des établissements de santé. Dès lors, les représentations sociales, identitaires de l'infirmière et les relations interprofessionnelles sont impactées.

Dans ce contexte, conduire un projet d'innovation organisationnelle nécessitait de créer les conditions pour fédérer les professionnels autour d'une approche co-constructive. La méthodologie de gestion de projet et la méthode PEPPA constituent des fils conducteurs pour déployer les IPA en EHPAD.

A l'aide d'un travail de recherche, de lectures de matériaux empiriques, de retours d'expérience auprès d'infirmiers(ères) en pratique avancée (IPA) et d'analyses, les compétences élargies et l'expertise clinique de l'IPA ont été mises en lumière. Elles ont vocation à nous éclairer sur la plus-value à investir la PAI au sein d'un EHPAD.

Puis, à travers la rencontre des parties prenantes au projet, allant de la communauté médicale, paramédicale aux usagers, des freins potentiels ont été perçus, mais des leviers identifiés, permettant d'envisager l'implantation de l'IPA.

Les préconisations sont d'ordre stratégique et opérationnel. Les bénéfices attendus impacteront la prise en charge, la satisfaction des patients, ainsi que la qualité et la sécurité des soins.

ABSTRACT

Epidemiological and demographic transitions and changes in user demands are at the heart of the changes in the healthcare system. These public health issues have highlighted the need to develop a new form of practice for healthcare professionals: advanced nursing practice (ANP), endorsed by healthcare system modernization law in 2016. The application decrees for this new profession make it possible to envisage a place within health establishments. From then on, the social and identity representations of the nurse and the interprofessional relations are impacted.

In this context, conducting an organizational innovation project required creating the conditions to unite professionals around a co-constructive approach. The project management methodology and the PEPPA method are the guiding principles for the deployment of APNs in nursing home.

Through research, reading of empirical materials, feedback from advanced practice nurses (APNs) and analysis, the expanded competencies and clinical expertise of the APN have been highlighted. They are intended to enlighten us on the added value of investing in ANP in a nursing home.

Then, through the meeting of the stakeholders in the project, ranging from the medical and paramedical community to the users, potential obstacles were perceived, but levers were identified, making it possible to envisage the implementation of the APN.

The recommendations are strategic and operational. The expected benefits will have an impact on patient care, patient satisfaction, and the quality and safety of care.