



EHESP

Directeur des Soins

Promotion : **2020. Caroline AIGLE**

Date du Jury : **Décembre 2020**

**L'implantation des infirmières de
pratique avancée en établissement de
santé :
Un enjeu stratégique et managérial
pour le directeur des soins**

Agnès RAFFIOT

Remerciements

Mes remerciements s'adressent à toutes les personnes ayant contribué à l'élaboration de ce mémoire :

- Tous les professionnels investis, motivés, moteurs de cette nouvelle pratique :
 - o Infirmiers de pratique avancée en exercice ou en formation.
 - o Cadres de santé et cadres supérieurs, formateurs et coordinateurs de la formation.
 - o Directeurs des soins ayant mis en place des IPA, ou au stade de la réflexion et m'ayant permis de partager avec eux à cette réflexion.
 - o Médecins moteurs et initiateurs de la mise en place, ou au contraire réfractaires, mais qui m'ont apporté des pistes de réflexions sur les freins à lever.

- Mon guidant de mémoire, Mr VALLEE, Coordonnateur Général des Soins pour ses conseils avisés, ses encouragements réguliers, sa disponibilité et son écoute.

- Ma famille, mes proches et ami-e-s pour le soutien au cours de cette formation et pour leur acceptation de mon manque de disponibilité au cours de cette année.

- Mes collègues Catherine, Cécile, Tadea et Maurice pour le soutien continu, honnête, loyal, réciproque qui s'est instauré entre nous.

- Un remerciement particulier à Corinne pour son soutien inconditionnel « *hotline mémoire* » tout au long de ce travail, pour les questions, arguments, contre-arguments, critiques (toujours constructives) qui m'ont poussée dans mes retranchements, qui ont ébranlé quelques certitudes, et qui m'ont permis d'aller plus loin dans mes réflexions.

Sommaire

Introduction.....	3
1 Les Infirmières de Pratique Avancée un concept innovant.....	7
1.1 Expériences des pratiques avancées au niveau mondial.....	7
1.1.1 Apparition dans les pays nord-américains, avant un déploiement dans le reste du monde.	7
1.1.2 Construction de la pratique avancée en France.....	7
1.1.3 Les freins à la mise en place de la pratique avancée infirmière.	10
1.2 La mise en place de la pratique avancée en France : un début avec les infirmières.	11
1.2.1 La réglementation.....	11
1.2.2 Les activités, la formation.....	12
1.2.3 La place envisagée dans les établissements de santé et les bénéfices attendus.	13
1.3 Des concepts liés à l'infirmière de pratique avancée.	15
1.3.1 De l'IDE à l'IPA, une évolution dans l'identité professionnelle.....	15
1.3.2 Le leadership.....	17
1.3.3 Légitimité, autorité.....	20
2 L'exemple de l'implantation des IPA dans un centre hospitalo-universitaire.....	21
2.1 Méthodologie de l'enquête.	21
2.2 Contexte du centre hospitalo-universitaire lieu de l'enquête.....	22
2.2.1 Présentation du CHU de référence.....	22
2.2.2 Analyse documentaire.....	22
2.3 Présentation des acteurs rencontrés, et synthèse de leur propos.	23
2.3.1 Stratégie, clinique et formation : des acteurs aux visions complémentaires. ...	23
2.3.2 Des visions éclairées par les acteurs et leur positionnement institutionnel.....	25
2.4 Des compétences du directeur des soins mobilisées.....	29
2.4.1 Le directeur des soins au cœur de la stratégie institutionnelle et territoriale....	29

2.4.2	Direction des Soins et Communauté Médicale : un partenariat facteur de réussite.	33
2.4.3	La stratégie managériale du directeur des soins dans le parcours de l'IPA.	36
2.4.4	Mais pour autant... encore quelques questions et une analyse critique de la création des IPA.	40
3	Des préconisations pour une intégration réussie des IPA en établissement de santé.	42
3.1	Le CGS et sa participation à la définition des grandes orientations du projet d'établissement et du projet médico-soignant.	42
3.1.1	Le projet médico-soignant, porteur du projet d'implantation des IPA ?	42
3.1.2	La collaboration CGS et PCME au bénéfice de l'implantation des IPA ?	43
3.1.3	Les collaborations avec les directions fonctionnelles.	43
3.2	Le rôle du CGS dans la mise en œuvre du projet.	44
3.2.1	Une méthodologie de projet spécifique : le modèle PEPPA.	44
3.2.2	Mise en place du groupe de travail et du comité de pilotage.	45
3.2.3	Missions du groupe et du COPIL.	46
3.3	L'accompagnement de l'IPA au sein de l'établissement.	47
3.3.1	La sélection dans le cadre d'un projet professionnel.	47
3.3.2	Le CGS et l'accompagnement du parcours.	48
3.3.3	Liens hiérarchiques définis.	50
3.4	L'évaluation de l'activité de l'IPA, une plus-value à mesurer.	50
3.4.1	Quelle évaluation et dans quel but ?	50
3.4.2	Des indicateurs mesurant les données cliniques.	51
3.4.3	Des indicateurs mesurant les activités afférentes aux soins et à la qualité.	52
3.4.4	Une évaluation de la méthode d'implantation de l'IPA.	53
	Conclusion.	54
	Bibliographie.	57
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ARS	Agence Régionale de Santé
CII	Comité International des Infirmiers
CGS	Coordonnateur Général des Soins
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CS	Cadre de Santé
CSS	Cadre Supérieur de Santé
DS	Directeur des soins
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Hôpital Patients Santé Territoire
IADE	Infirmière Anesthésiste Diplômée d'Etat
IBODE	Infirmière de Bloc Opératoire Diplômée d'Etat
IDE	Infirmière Diplômée d'Etat
IPA	Infirmière de Pratique Avancée
IPADE	Infirmière de Pratique Avancée Diplômée d'Etat
MNT	Maladie Non Transmissible
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Économique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONDAM	Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
PA	Pratique Avancée
PAI	Pratique Avancée Infirmière
PCME	Président de la Commission Médicale d'Etablissement
PEPPA	Participatory Evidence-based, Patient-focused process for advanced Practice nursing role development
SNS	Stratégie Nationale de Santé
UIPARM	Union Inter-Professionnelle des Associations de Rééducateurs et Médicotechniques

Introduction

La France est depuis plusieurs années au cœur de transitions épidémiologiques et démographiques.

La transition épidémiologique se traduit par un changement majeur concernant les maladies chroniques, ces dernières étant en augmentation (22% de la population française touchée) et représentant 88% des décès en France. En parallèle l'espérance de vie augmente, les progrès de la médecine permettent à ces personnes de vivre plus longtemps avec cette pathologie chronique. Le suivi de ces patients est majeur et doit s'effectuer de façon régulière pour leur permettre de maintenir un état de santé satisfaisant et éviter des incapacités futures. La prévention (qu'elle soit primaire, secondaire ou tertiaire) est primordiale et l'ensemble des professionnels de santé doit s'y impliquer. D'une part ces maladies chroniques ont un impact important sur le coût de la santé puisque 77% des dépenses de santé sont dues à ces maladies, pour exemple le coût des cancers en 2015 était de 14,1Md€, le diabète de 6,8Md€. D'autre part ces pathologies sont responsables d'une mortalité non négligeable, dont 31% pour les cancers et 26% pour les maladies cardiovasculaires¹.

Face à ces problématiques existantes au niveau mondial, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a lancé un plan d'action 2013-2020 de façon à réduire la mortalité et la morbidité dues à ces pathologies chroniques.

Pour ce qui est de la transition démographique, l'évolution des personnes âgées de plus de 60 ans en France sera d'environ 10 millions, pour passer de 12,6 millions en 2015 à 22,3 millions en 2050, et une personne sur trois sera âgée de plus de 60 ans. Les risques de perte d'autonomie amènent les professionnels de santé à axer leur travail sur le maintien de cette autonomie.

Au niveau de la démographie médicale, des évolutions majeures sont à prendre en compte. En France, au 1er janvier 2018, 226 000 médecins sont en activité dont 45 % sont des médecins généralistes, et 44 % ont une activité (totale ou partielle) à l'hôpital. Mais un vieillissement de la population médicale est à noter puisque près d'un médecin sur deux est âgé de plus de 55 ans. L'effectif médical augmente pourtant sensiblement (+2% entre 2018 et 2017)² et nous pouvons penser que cette démographie médicale augmentera encore d'ici 2030, notamment suite à la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé stipulant la fin du numéris clausus.

¹ AMBROSINO F, *Guide de l'infirmière de pratique avancée*. Paris, Edition Vuibert. 2020. 172p. p24

² CNOM, atlas démographique national, chiffres clés 2018. [Consulté le 5 mai 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.conseil-national.medecin.fr>

Pour autant cela ne permet pas de répondre à la problématique de l'inégalité d'installation des médecins sur les territoires. En effet, des territoires sont considérés comme « zones sous denses », la « désertification médicale » existe et pose un problème majeur dans la prise en charge des patients et dans l'organisation de l'offre de soins à la population. Des difficultés d'accès aux soins sont présents et les pouvoirs publics se doivent de réfléchir à des schémas de réorganisation pour essayer de résoudre, ou tout au moins, d'infléchir ce problème. Les métiers intermédiaires soignants font partie des réponses envisagées.

Au niveau infirmier³, entre 2014 et 2040, le nombre d'infirmiers actifs devrait atteindre 881 000, représentant une augmentation de 53%⁴. La densité d'infirmières sera importante mais une hausse des besoins de soins du fait du vieillissement de la population est à mettre en parallèle. Se rajoute à ces éléments démographiques une évolution notoire des attentes et besoins des usagers. Les patients sont de plus en plus informés sur leur santé et s'impliquent également davantage dans leur prise en charge. Les hospitalisations permettent de répondre aux besoins de santé urgents au cours d'une phase aiguë de la maladie, et le virage ambulatoire, faisant partie de la Stratégie Nationale de Santé (SNS) 2018-2022, s'accroît. Pour répondre aux attentes, besoins et demandes de la population, les politiques de santé et les professionnels doivent penser créativité et innovation notamment en termes de redéfinition des métiers et des coopérations.

A ce jour des professionnels paramédicaux acquièrent une expertise au cours de leur expérience professionnelle et ils sont prêts à agir et adapter leur pratique, avec la confiance qui peut leur être donnée pour utiliser leurs compétences et cette expertise⁵. Il nous semble difficile de laisser en « veille » cette expertise, ou de ne pas l'utiliser de façon optimale. Les médecins ne peuvent répondre à toutes les demandes, une collaboration accrue entre personnels médicaux et non médicaux devient nécessaire, au-delà de tout corporatisme.

Des expériences de transferts de compétences d'activités médicales se sont organisées dans certains pays Anglo-saxons (Royaume Uni) et nord-américains tels USA et Canada⁶. Différentes études ont été menées pour mesurer l'impact de ces transferts de compétences. Il a ainsi été démontré que l'efficacité était la même que si les actes étaient effectués par le corps médical. Si peu d'études ont été faites sur l'impact financier et les gains de ces transferts d'activités, celles qui ont été effectuées ont montré que le rapport coût-efficacité de certaines tâches n'était pas efficient. En effet dans le registre des consultations dédiées, les infirmières passent plus de temps que les médecins à ce type d'actes, donc voyent moins de patients. De

³ Lire partout Infirmier-Infirmière

⁴ Ministère de la santé et de la solidarité [Consulté le 20 janvier 2020] Disponible à l'adresse : <https://solidarites-sante.gouv.fr>

⁵ ROUSSEAU A, « *Rapport final: transformer les conditions d'exercice des métiers dans la communauté hospitalière* ». Septembre 2018. p. 5

⁶ BERLAND Y, Rapport Mission « *coopérations des professionnels de santé = le transfert de tâches et de compétences* » p 7

même il a été perçu qu'il pouvait y avoir, d'une part, une sous-utilisation des infirmières de pratique avancée du fait de la méconnaissance de ces pratiques, et d'autre part un manque de clarté dans les rôles des Infirmières de Pratique Avancée (IPA), et de ce fait un chevauchement dans le travail avec les infirmières non spécialisées en pratique avancée.⁷ Les éléments d'études d'impacts⁸ les plus récents montrent une efficacité des IPA, mais également une vigilance à avoir quant à leur implantation et reconnaissance dans les unités de soins pour ne pas arriver à cette sous-utilisation.

En France, suite au décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 les premières IPA seront opérationnelles à l'automne 2020 et un de leur mode d'exercice pourra concerner les établissements de santé. En tant que Directeur des Soins (DS), il est légitime de se demander quelle sera leur intégration, la place qu'elles auront et ou qu'elles prendront ou pourront prendre ? Au vu des quelques réticences avant leur légifération nous pouvons aussi nous questionner sur le regard des autres professionnels médicaux ou paramédicaux sur leurs pratiques.

Plusieurs études comparatives ont été faites au niveau mondial pour envisager les meilleures stratégies à mettre en place pour une implantation efficace des IPA au sein des établissements de santé.

Dans la perspective future de l'intégration d'IPA au sein d'un établissement nous posons la question de départ suivante ; **« En quoi la stratégie du directeur des soins peut-elle faciliter l'intégration des infirmières de pratique avancée au sein d'un établissement de santé ? »**

Pour éclairer cette question, nous chercherons également à répondre aux sous questions qui nous ont guidées dans ce travail, à savoir :

- En quoi la stratégie du directeur des soins pour l'implantation des infirmières en pratique avancée s'inscrit-elle dans une stratégie globale institutionnelle ?
- En quoi la collaboration du directeur des soins avec les porteurs médicaux des projets IPA favorise-t-elle l'implantation des infirmières de pratique avancée. ?
- En quoi l'accompagnement individuel des candidats par le directeur des soins facilitera-t-il l'intégration dans les établissements de santé ?

⁷ KILPATRICK K, « *Leadership clinique, valoriser l'expertise et le leadership clinique* » Congrès 2013. Québec [Consulté le 4 février 2020] disponible à l'adresse : https://www.oiiq.org/archives/congres2013.oiiq.org/sites/congres2013.oiiq.org/files/pdf/kelley_Kilpatrick_OIIQ_Expertise_2013.pdf

⁸ DELAMAIRE, M. LAFORTUN, 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, No. 54, Éditions OCDE, Paris ; p12

Nous aborderons dans ce travail la genèse des IPA ainsi que les concepts liés à cette pratique.(1) Puis, au travers d'une enquête qualitative effectuée au sein d'un Centre Hospitalo-Universitaire, l'analyse nous permettra de faire émerger des éléments incontournables de mise en place au sein d'un établissement de santé, telle la stratégie institutionnelle en étroite collaboration avec le président de la commission médicale d'établissement, la coopération nécessaire avec la communauté médicale et paramédicale, et l'accompagnement des IPA tout au long de leur parcours professionnel. (2) Cette enquête nous amènera à proposer des axes de préconisations, concernant la mise en œuvre du projet, l'accompagnement de l'IPA et l'évaluation de l'activité de l'IPA, au travers du rôle du coordonnateur général des soins. (3)

1 Les Infirmières de Pratique Avancée un concept innovant.

1.1 Expériences des pratiques avancées au niveau mondial.

1.1.1 Apparition dans les pays nord-américains, avant un déploiement dans le reste du monde.

Le concept de pratique avancée est apparu aux USA depuis plusieurs décennies, notamment suite à la 2nde guerre mondiale et à la guerre du Viêt-Nam. (Pratique avancée en anesthésie). En 1954 sous l'impulsion d'Hidegarde PEPLAU, émerge le premier programme pédagogique en soins infirmiers psychiatriques. Les pratiques avancées se sont ensuite développées dans d'autres pays tel le Canada.

Puis divers pays Européen se sont intéressés à la pratique avancée et en sont à différents stades de mise en place. Après des débuts essentiellement dans les soins primaires, les pays ont développé les pratiques avancées auprès des soins secondaires et tertiaires dans les années 90. En 2017 plus de 60 pays avaient implanté les pratiques avancées.

Au niveau mondial c'est essentiellement dans le cadre de la rationalisation des systèmes de santé que les transferts de compétences médicales vers les infirmières se sont développées. (Limitation de l'offre médicale, limitation des coûts). Mais cette évolution possible dans la carrière infirmière est également un moyen d'augmenter l'attractivité et la fidélisation.

Selon les pays, ces IPA ont différentes dénominations, il peut s'agir des « infirmières praticiennes » et des « infirmières cliniciennes spécialisées ».

Au Québec les 1^{ères} citées seront plus orientées sur les soins primaires en ville en amont des médecins (avec une pratique clinique directe, des consultations, prescriptions, dépistages, diagnostics...), et les 2^{èmes} sont basées essentiellement dans les hôpitaux avec des missions concernant la pratique clinique, la recherche, les conseils aux équipes et la formation pour promouvoir la qualité et sécurité des soins. Les cliniciennes sont expertes dans le champ de compétence de l'infirmière, elles approfondissent leurs connaissances dans leur propre champ de pratique ; les praticiennes voient leur champ de compétences élargi en avançant notamment dans le champ médical.

Au niveau des formations tous les pays s'accordent à dire qu'il s'agit d'une formation de niveau master-maîtrise comme le préconise le CII (Comité International des Infirmières) dans sa définition.

1.1.2 Construction de la pratique avancée en France.

Comme évoqué brièvement dans l'introduction, des transitions épidémiologiques et démographiques ont lieu au niveau national. Des réflexions au niveau politique se sont

développées au cours des 40 dernières années pour essayer de répondre à ces problématiques et apporter des réponses aux besoins des territoires.

Ce terme de pratique avancée est apparu en France dans les années 80, mais il a fallu attendre la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation du système de santé et son article 119 (Titre III « Innover pour garantir la pérennité de notre système de santé »), créant l'article L. 4301-1 du Code de la santé publique pour introduire le principe de la pratique avancée des auxiliaires médicaux.

Mais avant cette étape il a fallu passer par différentes phases d'évolution, d'expérimentations, et de maturation de ce concept qui amène un changement de paradigme.

A) Les infirmières cliniciennes et le master en sciences cliniques infirmières.

Bien que des infirmières cliniciennes se soient formées dans les années 90, avec une expertise en raisonnement diagnostique, ces dernières n'ont pas eu la place qui aurait pu être la leur au sein des équipes, et elles n'ont pu dispenser de façon efficiente leur expertise.

De même la création du master de sciences cliniques infirmières en 2009 n'a pas permis une reconnaissance de cette expertise. Bien que ce master portait sur les concepts infirmiers tels la pratique clinique, la recherche, l'éducation, l'éthique...ils ne portaient aucunement sur des activités dérogatoires, donc sans approche pharmacologique, ni thérapeutique.

B) Les rapports BERLAND, les protocoles ASALEE.

Mais les modifications des besoins en santé sur le territoire, ont amené le gouvernement à missionner le professeur Yvon BERLAND sur les coopérations des professions de santé. Il a ainsi fait un état des lieux des difficultés liées à la démographie médicale et rendra ce rapport en 2003.

Ainsi, dans la suite de ce rapport, des expérimentations ont eu lieu dès 2003, dont le protocole ASALEE (Actions de Santé Libérale En Equipe) ayant pour objectif d'améliorer la prise en charge des maladies chroniques par une coopération entre infirmiers et médecins généralistes. Cela concernait également des actes à visée diagnostique, thérapeutique des infirmiers. (Exploration fonctionnelle digestive, suivi de chimiothérapie...) Ces bilans plutôt positifs ont permis d'aller plus loin dans la réflexion.

En janvier 2011, Y BERLAND élabore un nouveau rapport concernant les nouveaux métiers intermédiaires. S'appuyant sur les évolutions démographiques et épidémiologiques, l'apparition de parcours complexes et sur le constat de cloisonnement des professions de santé le rapport évoque l'idée de création de nouveaux métiers. « *Les réingénieries des formations, les nombreuses politiques de santé publique ont toutes pour objectif d'ajuster au mieux le système de santé aux besoins de la population ; les professionnels de santé se situent*

à l'épicentre de ces transformations ⁹». Ces nouveaux métiers sont envisagés à l'interface des métiers médicaux et paramédicaux. Les infirmières sont ainsi en première ligne de ces évolutions pensées. Il est conforté par le rapport CORDIER de juin 2013 qui évoque de nouveaux métiers de santé, permettant un avancement de carrière sans s'éloigner du malade, et permettant, par le développement de compétences, une fluidité des parcours de soins et de santé (Mesure 15 du rapport).

C) De la loi HPST et son article 51 à la loi de modernisation de janvier 2016.

Ces différentes expérimentations ont pu ensuite être autorisées suite à 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.

L'article 51 de cette loi a permis de légiférer sur les protocoles de coopérations, encadrés par les Agences Régionales de Santé (ARS) et la Haute Autorité en Santé (HAS). Ces protocoles peuvent être définis comme des transferts d'activités ou d'actes de soins. En effet, des infirmières, après formation et travaillant en étroite collaboration avec un médecin, sont autorisées à effectuer des actes jusque-là faits par le corps médical et ceci avec l'accord du patient. Dans ces situations nous nous trouvons dans une délégation d'actes pour une activité, avec du personnel ciblé au sein d'un établissement présentant ce protocole. Lorsque le contrat de coopération est validé par l'ARS il est alors signé entre l'ARS, la HAS et l'établissement. Il y a ainsi une circonscription précise de ces protocoles de coopérations, mais cela peut présenter quelques freins. En effet le personnel est formé sur ce type d'actes et nous avons vu qu'il s'agissait d'un transfert d'actes, donc assez restreint. Cela ne permet pas de répondre aux autres besoins liés aux transitions démographiques, épidémiologiques.

La pratique avancée infirmière (PAI) est d'un autre niveau puisqu'il s'agit d'une augmentation de compétences reconnue réglementairement, législativement avec un diplôme d'Etat suite à une formation niveau master. Les infirmières de pratique avancée peuvent ainsi dispenser leur expertise quel que soit leur lieu d'exercice. (Libéral, établissement de santé, communautés professionnelles territoriales de santé, (CPTS)...)

Les parcours complexes (pathologies, situations sociales, non observance des traitements...), les maladies chroniques, sont autant de points d'entrée où une infirmière formée, avec un haut niveau d'expertise, peut intervenir en complément et en collaboration avec un médecin.

Après de multiples débats, cette pratique a été entérinée par la loi de janvier 2016 que nous évoquerons plus loin dans ce travail.

⁹ BERLAND Y, HENARD L, CADET D, « Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaires », Janvier 2011, p6

1.1.3 Les freins à la mise en place de la pratique avancée infirmière.

De nombreuses résistances ont eu lieu durant toutes les réflexions sur ce nouveau métier. Résistance tant du corps médical que du corps infirmier. Certaines spécialités, comme la psychiatrie-santé mentale, ont dans un premier temps refusé cette idée de pratique avancée, alors que d'autres spécialités telles la cancérologie et la gériatrie y ont vu une évolution majeure pour répondre aux besoins des patients. (Le plan cancer 2014-2019 a permis une avancée sur ces pratiques en stipulant dans son action 4.1 la création du métier d'infirmier clinicien qui était vu comme une innovation s'inscrivant dans le cadre de la SNS.) Puis, des jeunes médecins ont été favorables à la pratique avancée infirmière en évoquant un plus pour les médecins traitants, les infirmières ont, quant à elles, vu la possibilité d'un élargissement de leur champ de compétences.

Des débats ont eu lieu autour de la place des IPA, de leur reconnaissance salariale et de la reconnaissance du niveau d'études.

La question de leur positionnement dans les équipes de soins, en dehors des équipes, de leur niveau de responsabilité sont également des questions qui se posent encore au sein des établissements. Leur positionnement avec les cadres de santé a été, et est encore, souvent source de discussion dans les équipes. Les missions ne sont pourtant pas les mêmes. Les IPA vont travailler sur les parcours, les évaluations des pratiques professionnelles, la recherche. Tout ce qui concerne le management et l'organisation des services revient au cadre de santé.

Nous voyons que la connaissance ou méconnaissance du champ d'activité de l'IPA peut amener quelques réticences sur leur implantation.

L'étude sur les pratiques avancées effectuée par l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Économique) au sein de 12 pays (conduite par Mme DELAMAIRE et Mr LAFORTUNE en 2010) a ainsi montré que l'opposition de la profession médicale a été un obstacle important. Ces derniers questionnant le chevauchement des tâches et le degré d'autonomie des IPA. Mais il était question également du problème de responsabilité dans le cadre d'une faute professionnelle de l'IPA. La notion de perte financière a également été abordée du fait de la diminution d'activité.

La nécessaire implication des associations de professionnels est déterminante pour une acceptation des IPA dans le système de santé avec une information pertinente et appuyée pour que chacun comprenne leur rôle et leur champ de compétence.

Il a également été cité comme obstacle à l'implantation des IPA, le positionnement de l'administration hospitalière. En effet il peut y avoir un manque de soutien managérial qui sera

néfaste alors même que cela pourrait permettre une promotion d'une politique de soins favorisant les interfaces¹⁰ et les coopérations professionnelles.

En France l'ordre national des infirmières, les associations de professionnels, le haut conseil de professions paramédicales ont travaillé en collaboration pour arriver à la création des IPA.

1.2 La mise en place de la pratique avancée en France : un début avec les infirmières.

1.2.1 La réglementation.

A) La stratégie nationale de santé 2018-2022 et sa déclinaison.

Dans son chapitre II « lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé », la SNS propose de développer la pratique avancée pour garantir l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire. Les IPA, au vu de leurs compétences sont dans une approche populationnelle centrée sur les besoins et la qualité.

La loi 2016-41 du 26 janvier 2016, avec son article 119 a intégré et reconnu cette notion de pratique avancée. Les décrets d'applications de cette pratique qui ont suivi en 2018 et 2019 sont une ouverture pour essayer de répondre au mieux aux demandes de prises en charge des patients.

La pratique avancée est régie par le code de la santé publique en son article. L.4301-1-I : « *Les auxiliaires médicaux relevant du titre 1er à VII du présent livre peuvent exercer en pratiques avancées au sein d'une équipe de soins primaires coordonnée par un médecin traitant ou au sein d'une équipe de soins en établissements de santé ou en établissements médico-sociaux coordonnés par un médecin, ou enfin en assistance d'un médecin spécialiste, hors soins primaires, en pratiques ambulatoires.* »

Cet article spécifie bien que les auxiliaires médicaux sont concernés par cette pratique avancée. En effet bien que la réflexion et la structuration des pratiques avancées est essentiellement le fait des infirmières à ce jour, ces pratiques peuvent également être applicables aux autres professionnels auxiliaires de santé (Manipulateur Electro Radiologie (MER), Masseur Kinésithérapeute, ergothérapeute...). Pour exemple, dans le cadre de sa 20ème journée d'études et de réflexion, l'Union Inter-Professionnelle des Associations de Rééducateurs et Médicotechniques (UIPARM) interrogeait les professionnels sur l'acquisition de nouvelles compétences et le développement de pratiques avancées. Les MER pourraient

¹⁰ AGUILARD S, COLSON S, INTHAVONG K. « Stratégie d'implantation d'un IPA en milieu hospitalier : une revue de littérature ». *Santé publique* 2017/2 Vol 29. p.248

ainsi voir des pratiques avancées concernant les actes d'échographies. Mais il faut au préalable envisager des protocoles de coopérations de façon à s'assurer que cet acte réponde à un besoin. Le Diplôme Inter Universitaire (DIU) d'imagerie interventionnelle à l'université d'Aix-Marseille depuis septembre 2016 fait certainement figure de base de développement de nouvelles compétences pour les manipulateurs vers des processus de pratiques avancées.

B) Les décrets d'application, et leurs arrêtés.

Les décrets de juillet 2018 relatifs à l'exercice infirmier en pratique avancée¹¹ ainsi que celui relatif au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée¹² (DEIPA) permettent de légiférer cette pratique en détaillant les champs de compétences et d'application.

Ces décrets déterminent les trois domaines d'application que sont les pathologies chroniques stabilisées (prévention et polyopathologies courantes en soins primaires), l'oncologie et hémato-oncologie, la maladie rénale chronique, dialyse, 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 mentale.

Ils sont également alimentés par les arrêtés du 18 juillet 2018 fixant la liste des pathologies chroniques stabilisées¹³, les listes permettant l'exercice IPA¹⁴, et celui relatif au régime des études en vue du DEIPA¹⁵. (Ce dernier définit également les 6 grandes compétences que l'IPA doit acquérir au cours de sa formation).

On parle maintenant de l'IPADE : Infirmière de Pratique Avancée Diplômée d'Etat.

1.2.2 Les activités, la formation.

A) Les activités.

Les IPA acquièrent au cours de leur formation une expertise infirmière, un haut niveau de raisonnement clinique ainsi qu'une approche de la complexité.

Les décrets ci-dessus cités déterminent deux grands champs d'activité qui rejoignent les notions d'infirmière praticienne et d'infirmière spécialiste clinique. (Cf. Supra)

Ainsi, un côté en lien avec la conduite d'entretien, l'éducation, l'évaluation, l'orientation, la clinique, la prescription (art.4301-3) Et un côté sur l'analyse et l'évaluation des pratiques,

¹¹ Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice en pratique avancée.

¹² Décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée.

¹³ Arrêté du 18 juillet 2018 fixant la liste des pathologies chroniques stabilisées prévue à l'article R .430162 du CSP

¹⁴ Arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R.4301-3 du CSP

¹⁵ Arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée

les démarches qualité, les données probantes, la formation, le leadership, et enfin la recherche (Art.4301-7).

Les différents suivis qu'elles assurent se font auprès de patients qui leur sont confiés par un médecin avec lequel un accord est passé.

L'IPADE est également autorisée à prescrire un certain nombre d'actes techniques et à renouveler des prescriptions établies par les médecins.

B) La formation.

Pour permettre l'acquisition de connaissances et compétences pour la mise en œuvre de la pratique avancée, les IDE s'inscrivent dans la formation universitaire structurée en 4 semestres permettant l'obtention du diplôme d'Etat d'Infirmier en Pratique Avancée, de grade master.

Alternée entre cours théoriques, méthodologiques, pratiques, cliniques et périodes de stages, la formation se déroule au sein d'université déployant le programme réglementé avec une liberté d'organisation. L'accès à la formation, comme le stipule l'article D.636-77 du décret 2018-633, est défini et organisé par chaque université accréditée à délivrer ce diplôme.

1.2.3 La place envisagée dans les établissements de santé et les bénéfices attendus.

A) Les IPA en milieu hospitalier.

Au début, l'intention ministérielle était plus centrée sur l'exercice libéral de ces IPA. Mais il y a eu un attrait au niveau des pratiques hospitalières. En effet des directeurs des soins, des médecins ont porté leur attention et ont montré leur intérêt sur ce nouveau métier avec une vision de leur nécessité pour répondre au mieux aux besoins des patients. Tout récemment, le Ségur de la santé dans la mesure 6 de ses conclusions¹⁶, évoque l'accélération du déploiement des IPA en renforçant leur rôle de 1^{er} recours avec un élargissement du périmètre d'action, mais également en simplifiant l'accès à la formation permettant d'atteindre un objectif de 5000 IPA en 2024. Leur champ de compétences sera également revu à l'automne 2020.

Au niveau des établissements de santé il y a nécessité de réfléchir à la place que les IPA occuperont, à leur lien hiérarchique qui pourrait être tant au niveau direction des soins, cadre supérieur ou cadre de santé de proximité.

Au regard des décrets il doit y avoir un protocole d'organisation « *dans le cadre du travail en équipe entre le ou les médecins et le ou les IPA*¹⁷ ». Ce protocole ayant valeur de contractualisation entre médecin et IPA permet de cadrer les périmètres d'intervention et les responsabilités de chacun, sachant que l'IPA reste responsable des actes qu'elle effectue.

¹⁶ Ségur de la santé. *Les conclusions*. Dossier de presse. Juillet 2020. 55 p. p 15

¹⁷ Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018. Article R.4301-4

Ces protocoles définissent les modalités de travail entre médecin et IPA : l'orientation des patients vers l'IPA se décidant par le médecin, sont alors définis la régularité des échanges d'informations entre médecins-IPA, les réunions de concertations, les conditions de retour vers le médecin...ce protocole d'organisation peut tout à fait être donné au patient à titre d'information sur l'organisation de sa prise en charge.

B) Les bénéfices attendus.

Stéphan AGUILARD et ses co-auteurs expliquent que la valeur ajoutée de l'IPA peut s'articuler autour de deux axes : contribuer à un meilleur accès aux prestations de soins tout en préservant un aspect qualitatif, et participer aux processus de réduction des coûts, ceci en intervenant auprès d'une population nécessitant des soins complexes¹⁸. Ainsi, les enjeux de la pratique avancée sont relatifs à l'amélioration de la qualité des soins, à l'efficacité du système de santé mais aussi à l'attractivité de la profession. La mise en place d'IPA pourrait permettre d'être un relai au niveau des médecins et leur libérer du temps pour le suivi des patients. Les IPA pourront avoir une file active qu'elles géreront en collaboration avec les médecins adresseurs.

Les pathologies chroniques, les complexités des parcours des patients pourront être pris en charge par les IPA et les patients devraient voir ainsi leur parcours adapté en évitant les ruptures de soins.

L'expertise reconnue aux IPA n'est pas uniquement centrée sur la clinique. Nous avons vu précédemment qu'il y avait un champ d'activité autour de la formation, des analyses de pratiques, de la recherche. Elle a ainsi la capacité à mener des audits, des actions d'évaluation, de rédiger des protocoles en s'appuyant sur des données probantes. Ces différentes compétences acquises ne seront qu'une plus-value d'une part pour les équipes, mais également pour les patients avec une amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Ces éléments ont été recensés comme très positifs dans l'étude effectuée par l'OCDE en 2010¹⁹.

Les politiques de santé attendent des IPA une valeur ajoutée pour les patients, tout en diminuant les coûts des systèmes de santé. La fluidité imaginée avec une coordination et des organisations des parcours de soins pourrait permettre de diminuer les hospitalisations et réhospitalisations.

¹⁸ AGUILARD S, *Op. Cit.* (Note 10)

¹⁹ DELAMARE M, *Op.Cit.* (Note 8)

1.3 Des concepts liés à l'infirmière de pratique avancée.

1.3.1 De l'IDE à l'IPA, une évolution dans l'identité professionnelle.

A) Infirmière de pratique avancée.

Pour bien déterminer de quoi nous parlons, attachons-nous à la définition que le CII a donné pour les IPA : « *une infirmière qui a acquis les connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de son métier, pratique avancée dont les caractéristiques actuelles sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera autorisée à exercer. Une formation de base de niveau maîtrise (master) est recommandée* »²⁰

Pour sa part Ann HAMRIC définissait les soins en pratique avancée comme « *l'application d'une gamme élargie de compétences visant à améliorer les résultats pour la santé des patients et des populations, dans un domaine clinique spécialisé de la vaste discipline des soins infirmiers* »²¹. Elle a par ailleurs, identifié les compétences acquises en cours de formation et mobilisées dans la pratique avancée. (Cf. Annexe 1)

Au-delà de l'aspect clinique, avec des activités d'encadrement et de formation des stagiaires, d'enseignement, de recherche, d'évaluation de pratiques professionnelles, et de conseils auprès de ses pairs, l'IPA se trouve au centre d'un travail de complémentarité entre professionnels de santé, elle doit ainsi avoir une légitimité et une place de leader permettant de travailler sur les coordinations. Alors que l'IDE a des connaissances globales et généralistes, l'IPA a des connaissances approfondies dans un domaine, et gère de ce fait des situations plus complexes.

B) La pratique avancée.

Il est généralement évoqué l'infirmière en « pratique avancée » au singulier car il s'agit pour les infirmières d'approfondir leurs compétences au niveau d'une pratique clinique.

Apparu dans les années 80 dans une revue de littérature, le terme de pratique avancée est difficile à définir car ce concept regroupe une grande gamme de compétences et de pratiques, et chaque pays est à un degré différent de mise en œuvre. Pour autant il est possible de déterminer deux types d'activités des IPA : la substitution de tâches, dévolues antérieurement aux médecins, et des complémentarités de tâches que les IPA effectuent afin de renforcer le service à la population et permettre une meilleure continuité des soins. Ainsi la pratique est avancée au niveau du champ infirmier avec approfondissement du métier infirmier et du champ

²⁰ BRYANT-LYKOROSIUS D, MARTIN-MISENER R, *Synthèse de politique du CII : la pratique avancée infirmière une composante essentielle des ressources humaines pour la santé.* 2008

²¹ AMBROSINO F, *Op.Cit* (Note 1) p.8

de la pratique, mais également au niveau du champ médical avec les dérogations de prescription, renouvellement de traitement et orientation²².

Selon N PEOC'H et M SAINT-JEAN²³ « *la pratique peut se définir comme l'extension de savoirs experts dans les domaines de la clinique, du management, de la formation et de la recherche* ».

Pour résumer, ce concept sous-entend les activités cliniques avec l'évaluation de la personne, la planification et mise en œuvre des activités de soins. Ceci à partir d'une expertise clinique acquise grâce aux savoirs théoriques et à un raisonnement d'expert, et avec une approche holistique, un partenariat avec le patient et les autres professionnels de santé.

Cette évolution possible vers le métier d'IPA va changer la vision sociétale de l'infirmière. En effet, l'IPA va être amenée à effectuer des consultations, de la recherche et de la formation, tâches qui sont plus souvent associées aux médecins dans l'esprit de la société. Et non seulement il va falloir intégrer ce nouveau rôle inhabituel pour la société, mais aussi l'intégrer et le confronter aux infirmières « généralistes ».

C) Une identité professionnelle modifiée.

Cette évolution touche à sa construction identitaire et c'est au cours de sa formation que cela peut débiter. L'étudiante, IDE de formation, va prendre de l'autonomie, va sortir de l'égide du médecin, et cela va modifier considérablement son identité, qu'elle devra alors reconstruire en s'appropriant de nouvelles missions et rôles mais en ayant aussi de nouvelles postures.

Elle se retrouve alors dans une position innovante pour elle. Non seulement elle « sort » du groupe des infirmières généralistes, et s'en distingue par l'augmentation de ses compétences et activités (prescription, diagnostic, renouvellement de traitements...), mais elle va également passer du stade d'experte à novice. Elle va devoir refaire le chemin déjà parcouru depuis l'obtention de son diplôme d'Etat.

Dans une vie professionnelle, l'appartenance à un groupe professionnel est importante. Passer d'un groupe IDE à un groupe IPA va bouleverser son identité. De plus il y a peu d'IPA, donc pas de groupe encore construit (à la différence des IADE, IBODE...)

Les quelques IPA interrogées au cours de leurs stages ont ainsi évoqué cette difficulté de positionnement. D'un côté elles ont des compétences accrues et des missions de conseils, d'expertise, de formation auprès de leurs collègues, mais d'un autre côté elles sont en situation de noviciat face à leurs collègues qui ont « gardé » leur expertise d'IDE généraliste.

²² Ibid p.4

²³ PEOC'H N, SAINT-JEAN M, « La pratique avancée : une évolution attendue à l'intersection de l'art, la praxis et l'action ». *Gestion hospitalière*. N° 516. Mai 2012. p.315

Le modèle de Patricia BENNER expose cinq étapes successives de l'acquisition et du développement d'une compétence, allant de novice à expert. Ainsi, face à une situation complexe, l'infirmière peut agir après avoir compris la situation. C'est par son savoir expérientiel qu'elle agit et met en place des interventions pertinentes.

En ce qui concerne la compétence, G LE BOTERF explique, dans ses ouvrages, qu'elle évolue et nécessite des réajustements, des évaluations. Ainsi une IDE experte en son domaine de par ses expériences, avec des compétences reconnues et mobilisées dans les situations qu'elle connaît, va devoir remobiliser de nouveaux savoirs dans le cadre de la pratique avancée. Cette pratique conduit à un changement de position de l'IDE entre « *une vision du soin en termes de listes d'actes à effectuer (poiesis) et une vision du soin innovante en termes de missions dans un champ d'activité dédié (praxis)*²⁴. » Les infirmières sont entre la praxis (prendre soin) et le poiesis (faire des soins).

En effet si l'on s'en réfère à la définition du terme pratique, nous voyons qu'il est issu du latin « *practice* » qui désigne la vie active. Pour les Grecs et Aristote « la praxis » (la pratique : prattein = agir) désigne l'activité humaine par deux types d'activités : l'action (praxis) et la production (poiesis). La praxis relève de l'action relevant d'une « intelligence pratique » suite à une réflexion raisonnée, des savoirs, qui sont mobilisés. Le poiesis est de l'ordre de la production issue des savoirs-faire utilisés pour fabriquer une action.²⁵ Les infirmières naviguent entre ces deux concepts pour déployer leurs missions. Les IPA voient leur savoir et leur savoir-faire évoluer du fait de leurs nouveaux apprentissages.

Ce processus de transition va s'effectuer au cours de la formation, mais aussi lors de la nouvelle vie professionnelle. Les premières IPA ne pourront pas se rattacher à un modèle ou se modéliser auprès de leurs pairs. Pour autant c'est à travers cette rencontre entre professionnels que la construction identitaire se fait.

1.3.2 Le leadership.

La pratique avancée est structurée selon des modèles qui ont des caractéristiques communes dont le leadership fait partie. En effet, Ann HAMRIC décrit six compétences que les IPA devront développer (la pratique clinique, la collaboration, l'éthique et la recherche) dont une spécifique sur le leadership qui correspond à différentes théories.

A) Les principales théories du leadership.

Le leadership est un concept ancien qui a été étudié et théorisé par de nombreuses personnes. Ainsi nous trouvons la théorie de Mac Grégor, psycho-sociologue, qui évoque deux théories de leadership que sont autorité centralisée et communication descendante ou autogestion des

²⁴ PEOCH N, *Op.cit.* (Note 23) p. 314

²⁵ Ibid p.313

employés et communication horizontale ; la théorie de Rensis Likert, psychologue américain des années 60, parlant de leadership selon quatre systèmes sur un continuum : l'autocratie, la bienveillance/paternalisme, la confiance, la participation. Ou encore la théorie du sociologue Herbert Spencer stipulant que le leadership est construit par la situation.

Dans les années 2000, l'école de politique appliquée de l'université de Sherbrooke au Québec définit le leadership comme « *la capacité d'un individu à mener ou conduire d'autres individus ou organisations dans le but d'atteindre certains objectifs. On dira alors qu'un leader est quelqu'un qui est capable de guider, d'influencer et d'inspirer* »²⁶. John Quincy Adams (1767-1848), sixième président des Etats Unis et diplômé de droit disait que « *si vos gestes inspirent les autres à rêver davantage, à accomplir davantage, vous êtes un leader* ».

En management le leadership est « *la capacité à mobiliser les ressources des collaborateurs pour atteindre des objectifs fixés* ».²⁷

Valérie BERGER (infirmière de formation) et Francine DUCHARME (docteur en sciences infirmières) définissent ce leadership comme « *la capacité à influencer autrui pour des choses importantes* »²⁸. C'est pouvoir transformer, influencer et modifier des comportements, des organisations pour atteindre un objectif commun. Pour l'Association des Infirmiers et Infirmières du Canada (AIIC) le leadership professionnel porte sur la réflexion critique autonome, l'intervention et la représentation dans tous les domaines infirmiers, c'est montrer que les pratiques sont également des interventions pour faire changer le système ; c'est l'infirmière qui comprend que le développement des soins infirmiers continue tout au long de la carrière.

Le leadership diffère d'une personne à l'autre et est en lien avec son charisme, sa manière d'être et son éthique personnelle. Il est façonné par les aptitudes personnelles. Il est ainsi variable et il s'agit d'un positionnement profondément individuel. La notion de légitimité de la personne incarnant le leadership impacte pour autant ce leadership. Mais il est également évoqué par Gyslaine DESROSIERS²⁹ que le leadership, en plus des qualités personnelles qu'il nécessite, est aussi une compétence professionnelle (habiletés stratégiques, volonté de changer les choses) qui s'acquière.

Différentes auteures professionnelles, J MARANDA et G BOUTIN, par exemple, décrivent le leadership avec plusieurs perspectives :

Une perspective individuelle en lien avec l'intelligence, les comportements et les compétences donnant légitimité.

²⁶ Perspective Monde. [Consulté le 25 mai 2020] Disponible à l'adresse :

https://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BM_Dictionnaire?idictionnaire=1619.

²⁷ [Consulté le 25 mai 2020] Disponible à l'adresse : <https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/leadership/>

²⁸ BERGER V, DUCHARME F, « Le leadership infirmier : un atout indispensable pour le développement de la discipline et de la profession » *Recherche en Soins Infirmiers*, Mars 2019, N°136, p6

²⁹ DESROSIERS G, Colloque Canadien du 6 novembre 2014. [Consulté le 19 Février 2020]. Disponible à l'adresse : <http://gyslainedesrosiers.com/category/leadership/>

Une perspective processuelle ou politique (MARANDA J) permettant une vision collective et contextualisée, où se retrouve un partage du pouvoir et des responsabilités. La notion d'empowerment y trouve sa place, et un processus d'équipe avec l'idée de collaboration et de coordination se met en place.

Une perspective transformationnelle : nouvelle façon de voir l'organisation (dans le sens entreprise) avec une volonté de la faire évoluer et d'initier des changements pour l'améliorer. L'engagement professionnel et la notion de confiance sont nécessaires. Le charisme et la capacité de la personne à mobiliser ses collaborateurs rentrent également en compte.

B) Focus sur le leadership clinique.

En plus de ces perspectives, apparaît au début des années 2000, avec une place plus importante à partir de 2007-2012, le concept de leadership clinique. Le but du leadership clinique est « *d'assurer une meilleure intégration des soins et services fournis afin d'obtenir des résultats positifs pour les patients* ». ³⁰ Pour améliorer ce leadership clinique il est nécessaire de faire appel aux autres notions de leadership précédemment vues.

Le leadership clinique peut être un processus de développement d'une culture locale pour améliorer la qualité et la sécurité des soins aux personnes, vision au niveau de l'organisation, de l'établissement. Mais il s'agit aussi de la capacité à orienter, soutenir, coordonner et influencer sur le patient, famille et membre de l'équipe, vision au niveau de l'infirmière. Sans qu'il n'y ait de notion d'autorité, une infirmière faisant preuve de leadership clinique gagnerait en crédibilité auprès de ses pairs.

La communication est plus efficace et facile et cela permet une amélioration des coordinations au sein de l'équipe. Non seulement la qualité de vie au travail s'en ressent mais la qualité et la sécurité des soins s'en trouvent améliorées. Des études ont été réalisées et ont montré que le leadership clinique développé dans une unité de soins amenait une meilleure satisfaction du patient, une diminution des effets indésirables, une meilleure coordination permettant une diminution des complications.

Le National Health Service (NHS) au Royaume Uni a mis en avant les compétences nécessaires pour développer ce type de leadership. Il serait basé sur 5 domaines de compétences, assorti de compétences visées. (Cf. Annexe 2)

Les compétences et habiletés cliniques et innovatrices, les compétences pratiques relationnelles, le sens de l'éthique et la capacité à amener et soutenir le changement sont des attributs que les infirmières doivent posséder pour mettre en place ce leadership.

Ce dernier, avec des enjeux sur le patient, mais également au niveau de la société, est essentiel pour la qualité et la sécurité des soins, mais également pour l'autonomie et l'émancipation de la profession. Outre un haut niveau de performance à acquérir, l'infirmière

³⁰ MARANDA J, LESSARD L, « Prendre sa place : Réflexion sur le leadership clinique des infirmières cliniciennes au Québec », *L'infirmière clinicienne*, Vol 14, N°1, 2017. p.46

doit avoir conscience de son rôle sociétal. Elle doit ainsi participer aux décisions, enjeux et être force de propositions, avec innovation, pour les prises en charge complexes. Comme le stipule Ann HAMRIC, l'IPA peut mettre en application une notion de leadership systémique avec une approche populationnelle.

Tous les pays bénéficiant de la mise en place des pratiques avancées insistent sur ce leadership clinique qui est un incontournable des infirmières avec un niveau d'expertise élevé.

1.3.3 Légitimité, autorité.

A) La légitimité.

Légitimité vient du latin « legitimus » : loi, droit écrit. Au niveau philosophique la légitimité se définit comme « *conforme non seulement aux lois mais aussi à la morale, à la raison* »³¹.

La légitimité peut se définir comme la « *capacité d'une personne ou d'un groupe à faire admettre sa domination, son autorité sur les membres d'une communauté ou d'une société* »³².

Max Weber, économiste sociologue, a travaillé sur ce concept, qui se rapporte à la reconnaissance sociale, et il distingue trois fondements de la légitimité :

- Domination rationnelle – légale : le pouvoir en place est légitimé par la force de la loi, la réglementation rationnellement établie, par l'expertise.
- La domination traditionnelle : le pouvoir est légitimé par le fait que ce sont les coutumes établies et acceptées, la tradition, qui désignent les personnes en position de domination.
- La domination charismatique : le pouvoir tient sa légitimité du rayonnement émanant de la personne elle-même, de l'allégeance et du dévouement qu'elle suscite grâce à sa valeur, ses dons, ses qualités exceptionnelles.

Brigitte Bouquet évoque notamment la légitimité d'expertise, liée aux compétences et à la capacité de contribuer à la performance.³³

Pierre Bourdieu, pour sa part, s'est attaché à démontrer que la légitimité est reliée à l'exercice du pouvoir, et dans la sociologie des organisations le concept de légitimité englobe pouvoir et autorité.

B) L'autorité.

Au-delà de la définition de l'autorité comme une forme de pouvoir, l'autorité se construit dans le cadre d'une relation singulière, dans laquelle les personnes reconnaissent cette autorité comme légitime. Hannah Arendt définit l'autorité comme « *une relation entre une personne qui*

³¹ BOUQUET, B. « *La complexité de la légitimité* » *Vie sociale*. 2014/4 N°8. ERES pp13-23 p14

³² MEIER, O. RSE Magazine. 17/09/2019 [Consulté le 22 Février 2020] Disponible à l'adresse : https://www.rse-magazine.com/Max-Weber-et-la-legitimite-du-pouvoir_a3424.html.

³³ BOUQUET. *Op. Cit.* (Note 31) p.20

commande et d'autres qui obéissent mais non comme un rapport de force et de coercition³⁴ ». Il est bien explicité que l'obéissance n'est pas dans une vision de soumission mais dans une reconnaissance de légitimité. « *L'autorité suppose une source de légitimité extérieure à la sphère du pouvoir* »³⁵.

Les IPA peuvent voir leur autorité « s'imposer » du fait de leur statut légal et de leurs compétences reconnues fondées sur le rationnel. Au travers de cette autorité, elles peuvent mobiliser les acteurs en vue d'un but commun, à travers des valeurs communes et un sens donné aux actions.

2 L'exemple de l'implantation des IPA dans un centre hospitalo-universitaire.

En abordant uniquement la pratique avancée au niveau du corps des infirmières, puisque légiférée, notre travail ne sera donc pas exhaustif. Nous nous sommes volontairement limitée aux éléments en lien avec notre sujet d'intérêt.

2.1 Méthodologie de l'enquête.

Dans le cadre de ce travail professionnel, nous travaillons sur la stratégie du directeur des soins pour l'implantation des IPA au sein d'un établissement de santé. Bien que certaines IPA soient sorties de formation en 2019, en ayant validé des acquis de l'expérience, la majeure partie des IPA vont être opérationnelles en juillet 2020, voire à l'automne 2020 si leur stage de 4 mois est repoussé du fait de la crise sanitaire covid-19.

Cette enquête, à visée qualitative et de prospection, nous a permis d'appréhender une stratégie mise en place dans un établissement. Nous avons choisi un centre hospitalo-universitaire, du fait de sa dimension universitaire et d'innovation qui nous a semblé favorable à se saisir de ce nouveau métier, et ceci pour en mesurer la stratégie d'implantation. Ainsi il ne s'agit que d'une stratégie, à un moment donné, dans un lieu donné. D'autres établissements peuvent avoir d'autres méthodes d'application en fonction de leur projet d'établissement, de leur spécificité, de leur contexte local, régional et territorial. Nos résultats n'auront donc pas de valeur généralisable, mais ils seront transférables dans des contextes identiques.

Nous avons choisi d'effectuer des entretiens semi-directifs (Annexes 3 et 4) ce qui a permis d'aborder des éléments complémentaires aux questions posées, et ainsi approfondir des points que nous n'aurions pas anticipés au début de l'enquête.

³⁴ ERALY, A « *Autorité et légitimité – Le sens du collectif* ». Collection Sociologie clinique. Editions ERES. 2015. 256p. p.3

³⁵ Ibid p.4

L'enquête a également été alimentée par l'étude de documents internes à l'établissement tel le projet d'établissement mais également les dossiers répondants à « *l'appel à manifestation d'intérêt : les IPA* » émanant de la direction générale.

La rencontre avec un chargé de mission d'une ARS a permis d'avoir une perception d'une stratégie d'implantation conseillée en établissement de santé, et a apporté des éléments de connaissance supplémentaires à l'enquête.

2.2 Contexte du centre hospitalo-universitaire lieu de l'enquête.

2.2.1 Présentation du CHU de référence.

L'enquête s'est déroulée au sein d'un CHU représentant 5400 lits répartis en 5 groupements hospitaliers, et employant 23 000 agents, dont 11 350 soignants. Ce CHU est attributaire de la totalité des autorisations d'activité au niveau du système de santé.

En parallèle des groupements hospitaliers, trois pôles structurent l'établissement ; un pôle métier où est positionnée la direction centrale des soins et les ressources humaines, un pôle stratégie institutionnelle comprenant notamment les directions de la qualité et de la recherche, et un pôle efficacité et performance intégrant la performance et le contrôle de gestion.

Le CHU est également le premier pôle de recherche de la région sur des thématiques majeures telles la cancérologie-hématologie, les maladies cardiovasculaires, les maladies neurodégénératives, la transplantation, le vieillissement. Ces spécialités rentrent dans le domaine des pratiques avancées infirmières et l'établissement s'est saisi de l'opportunité de développer des projets sur ces segments d'activités.

Le CHU ayant une stratégie émergente, les objectifs recherchés de l'enquête étaient d'appréhender les stratégies et les moyens envisagés pour l'implantation des IPA, les liens entre les différents acteurs concernés, et les pistes de mise en œuvre.

2.2.2 Analyse documentaire.

Au-delà d'une volonté affichée oralement par la direction centrale des soins de former et mettre en place des IPA au sein de l'établissement, nous avons approfondie en faisant 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 trois ambitions : Faire Référence, Faire Equipe, Faire Face. Au sein de ces trois ambitions des leviers proposés permettent d'inclure les IPA.

Pour exemple le levier nommé « développer nos talents » au service de l'ambition « Faire Equipe » inclue la gestion des ressources humaines permettant « *d'identifier et de soutenir les personnes qui développeront les compétences et assureront les nouveaux métiers*³⁶ ».

L'ambition de déployer des coopérations pour favoriser l'accès aux soins, favoriser les liens ville/hôpital, innover dans la coordination des parcours de la personne âgée par exemple sont autant de pistes à suivre pour implanter des IPA. Ainsi l'action visant à « *personnaliser et fluidifier la prise en soins à travers des métiers et des organisations* » stipule la « *nécessité d'investir le champ des infirmières de pratique avancée*³⁷ » de façon à assurer la gestion des situations complexes.

Les enjeux de ce nouveau métier semblent clairement identifiés dans le projet d'établissement et précisent l'importance reconnue d'une part pour le patient en permettant la personnalisation et la sécurité du parcours de soins jusqu'au domicile, d'autre part pour le médecin hospitalier avec un gain de temps pour s'attacher aux situations les plus complexes. Au niveau de la profession infirmière, il est précisé que cette volonté de mise en place d'IPA, et donc de formation (inscrite dans le plan de formation), peut amener attractivité et fidélisation.

2.3 Présentation des acteurs rencontrés, et synthèse de leur propos.

2.3.1 Stratégie, clinique et formation : des acteurs aux visions complémentaires.

A) Les acteurs de la stratégie institutionnelle.

Pour répondre aux différentes interrogations posées en début de ce travail, nous avons choisi de rencontrer les acteurs impliqués dans la stratégie institutionnelle, en l'occurrence :

- Le Président de la Commission Médicale d'Etablissement (PCME) de façon à connaître sa position sur la pratique avancée, l'intérêt qu'il y trouve et l'impulsion qu'il va donner ou non auprès de la communauté médicale.
- Le Coordonnateur Général des Soins au niveau de la direction centrale des soins (CGS-C) pour appréhender la stratégie qu'il a mis en place (et/ou qu'il souhaite mettre en place) au sein de l'institution, les modes de communication nécessaires auprès des professionnels pour la mise en œuvre des IPA. Mais également connaître sa vision de ce nouveau métier, la plus-value ou non, ainsi que son positionnement sur l'accompagnement des IPA.
- Des Coordonnateurs Généraux des Soins ayant la responsabilité d'un groupement hospitalier pour l'un (CGS1), et des missions transversales sur la politique du

³⁶ Projet d'établissement 2023. p.7

³⁷ *Ibid* p.44

vieillesse pour l'autre (CGS 2). Ce dernier a la particularité d'être issu de la filière de rééducation.

Nous avons complété ces entretiens avec celui d'un infirmier (IDE-ARS), docteur en santé publique, chargé de missions auprès d'une Agence Régionale de Santé (ARS). Il travaille sur les méthodes d'implantation des IPA en établissements de santé et a participé de façon active à l'élaboration d'un document d'aide à la mise en place des IPA en établissement de santé³⁸.

B) Les acteurs de la clinique.

Au niveau de l'enquête concernant les professionnels en lien direct avec la clinique nous avons rencontré :

- Deux médecins choisis en fonction de leur implication dans le projet IPA. (Un oncologue (Méd.K) et un gériatre (Méd.G)).

Le oncologue a déjà participé à l'élaboration d'un dossier pour déployer une IPA et le gériatre n'y avait pas encore réellement réfléchi. Il s'agissait de repérer leur connaissance des IPA et de leurs missions, leur intérêt et leur volonté de collaborer avec les IPA, et la plus-value qu'ils imaginaient à cette collaboration.

- Une IPA en formation (EIPA : Etudiante IPA) : Pour avoir son point de vue sur l'apprentissage du positionnement, du leadership, sa motivation à devenir IPA et la vision qu'elle a de son intégration dans un établissement de santé.
- Une IPA en poste en consultations de néphrologie depuis 3 Mois. L'entretien a permis de pointer les leviers, aides, freins, difficultés et mise en garde pour qu'elle soit bien intégrée et qu'elle puisse effectuer ses différentes missions.

C) Les acteurs de la formation.

Nous avons également rencontré des acteurs de la formation afin d'appréhender les moyens mis en œuvre pour répondre aux critères du programme de formation et aux attentes des futures IPA, mais également aux attentes des acteurs de la stratégie.

- Un Coordinatrice Générale des Soins (CGS3) ayant des missions de coordonnateur avec l'université pour la sélection et la rentrée des IPA en université.
- Un Cadre Supérieur de Santé Coordonnateur (CSS-Coord)_au niveau régional de la formation des IPA (au vu de l'organisation du déploiement de la formation sur les 4 universités de la région).
- Un Cadre Supérieur de Santé (CSS) chargé de missions en appui au Coordonnateur Général des Soins Central pour favoriser et organiser l'émergence des nouveaux métiers et compétences des projets IPA,

³⁸ ARS PACA. « Modélisation de la fonction d'infirmier en pratique avancée. Guide d'implantation de l'exercice infirmier en pratique avancée en milieu hospitalier. Recommandations et illustrations. » Décembre 2019. 59p

- Un cadre de Santé formateur (CSF) au sein d'un Institut de Formation en Soins Infirmiers participant à la formation des IPA sur le positionnement.

2.3.2 Des visions éclairées par les acteurs et leur positionnement institutionnel.

Les principaux propos des acteurs rencontrés sont repris ci-dessous de façon à étayer l'analyse.

A) Au niveau des acteurs stratégiques.

Le PCME travaille sur ce sujet en étroite collaboration avec le CGS-C depuis 2 ans et a ainsi une connaissance développée du thème. Il s'agit d'une priorité institutionnelle inscrite dans le projet d'établissement. Sa vision est locale, mais également territoriale et même nationale. Il est dans une optique de déploiement des IPA au sein des établissements de santé mais il reste assez vigilant sur les réglementations qui peuvent « *brider des initiatives locales* ». Pour lui les nouveaux métiers sont des concepts intéressants, permettant de répondre au mieux aux demandes des usagers qui évoluent (diminution de la durée de séjour, ambulatoire...). Le PCME évoque les degrés de compétences de chacun des acteurs, et prône pour que les personnes ayant le plus de compétences dans certains domaines fassent ces activités. Par exemple, l'IDE qui est plus compétente que le médecin au niveau de l'éducation thérapeutique. Il faut repenser les organisations pour récupérer le temps médical manquant que ce soit pour les prises en charge des patients comme pour la formation des futurs médecins.

Il perçoit quelques freins dans la mise en place des IPA notamment au niveau financier mais également au niveau collaboration. Pour l'aspect économique sa vision est à moyen et long terme, et le surcoût de la mise en place d'une IPA pourrait être récupéré dans les années à venir. « *On a du mal à concilier financement, investissement et santé publique* ». En ce qui concerne la notion de collaboration, il insiste sur le fait que « *tout le monde doit accepter que ses compétences soient limitées et que si quelqu'un fait mieux, alors, laissons-lui faire* ».

En ce qui concerne le projet IPA au sein de l'établissement, ce travail a été élaboré en étroite collaboration avec le CGS-C et présenté aux différentes instances tel la commission médicale d'établissement et le directoire. La sélection des candidats IPA s'est faite avec les médecins porteurs du projet IPA pour leur unité. Il lui semble qu'il faut quelqu'un d'humble, qui soit en capacité de se positionner comme aidant, conseil, et ne pas rentrer dans une notion de corporatisme. Mais c'est aussi « *aux professionnels, au cours des stages d'inculquer aux étudiants la nécessaire collaboration et interprofessionnalité* ».

Dans la même optique le CGS-C a évoqué, l'importance d'inclure ce projet dans les projets d'établissement (ce qui a été fait en 2017) mais également au travers de la constitution d'un

dossier « projet des IPA ». Il estime que le directeur des soins a un « *rôle majeur dans l'initiative du projet, mais également dans son suivi et sa mise en œuvre* ».

Les deux CGS rencontrées ont évoqué la place de l'IPA et les liens hiérarchiques à penser. En étant un « *maillon supplémentaire dans le parcours de soins du patient, il est nécessaire de travailler la concertation IDE-CS-IPA-Médecin* ». (CGS-2)

Que ce soit le CGS-C ou les CGS, le rôle du cadre et son implication sont à envisager en amont de l'arrivée de l'IPA. En tant qu'acteur de l'organisation et la coordination des soins au sein d'une unité, garant de la qualité et sécurité des soins il accompagne la mise en œuvre du projet de soins et il est à même d'envisager de nouvelles organisations des soins intégrant les activités IPA. C'est aussi à lui d'expliquer à l'équipe les missions de l'IPA et en faire intégrer le but recherché.

Pour chacun des CGS, la notion d'inclusion de l'IPA dans un projet réfléchi avec les médecins est primordiale. Ce projet d'implantation doit répondre à des attentes concernant les parcours patients, la file active des médecins, les analyses des pratiques, la qualité et la recherche. Sur ces deux derniers points les CGS1 et 2 s'accordent à dire que cela semble difficile pour l'instant et qu'elles doivent avoir un point de vigilance.

Pour l'IDE-ARS, l'implantation des IPA en établissement de santé passe par plusieurs phases, mais la stratégie « *est du rôle du directeur des soins, c'est lui qui doit donner l'impulsion, et doit coordonner le projet. Il doit être au cœur de la problématique car c'est lui l'autorité hiérarchique, la légitimité et il est garant des compétences IDE* ». Il s'agit « *d'implanter un nouveau modèle de soins* ». Pour alimenter son discours, il nous a explicité la méthode PEPPA³⁹, qui a été mise en place dans divers pays et qui a montré les atouts permettant de réussir l'implantation des IPA. A travers cette méthode, il met en exergue la place du directeur des soins et son rôle incontournable dans la stratégie au sein de l'établissement, mais également au niveau territorial. La stratégie doit nous amener à repenser les organisations en intégrant toutes les parties prenantes dans la réflexion à travers la mise en place d'un comité de pilotage (COFIL) animé par le directeur des soins. Travailler tous ensemble sur cette implantation limitera les conflits de pouvoir entre médecins, IPA, cadre de santé...même si cela n'empêchera pas qu'il y « *aura des personnes qui attendront l'erreur pour attaquer sur ce nouveau métier* ». L'importance de la communication doit être prise en compte, le leadership et le charisme de l'IPA sera une aide pour son implantation.

Pour lui « *si le modèle économique dirige le projet IPA, c'est une erreur* ». A travers ceci il souligne qu'un frein à la mise en place des IPA pourrait être la non valorisation financière des IPA, et le financement de leurs actes. Il faut, à son sens, envisager un financement au parcours dans lequel l'IPA est présente.

³⁹ PEPPA : Participatory Evidence-based, Patient-focused process for advanced Practice nursing role development

B) Au niveau des acteurs de la clinique.

Que ce soit l'IPA ou l'EIPA, toutes les deux ont construit ce projet professionnel à partir d'une solide expérience, voire une expertise dans un domaine de soins. L'opportunité d'être IPA et d'approfondir leurs connaissances s'est imposée à elles. Elles semblent connaître de façon assez approfondie les actes autorisés : « *on nous les a rabâchés pendant 2 ans pour être sûre qu'on soit dans le décret* ».

Toutes les deux veulent rester vigilantes sur la place qu'elles auront dans une équipe, et insistent sur le fait qu'il faut avoir un positionnement bien défini dès la prise de poste, faire preuve d'humilité et de leadership. Ce dernier point leur a été appris au cours de la formation tant au niveau des stages que des présences en cours, quelques fois à travers des jeux de rôles.

L'IPA est positionnée en « dehors » d'une équipe et travaille du lundi au vendredi en horaire de journée, avec des missions très précises en étroite collaboration avec le médecin avec qui elle a un contrat d'organisation. Sa position est claire vis-à-vis des autres professionnels.

Pour l'EIPA la question est encore en suspens et elle souhaite être dans cette même configuration. Son appréhension est d'être au sein d'une équipe et de ce fait être « interchangeable » avec une IDE.

L'IPA a été recrutée sur un poste dédié en néphrologie en soutien du médecin pour assurer des consultations. Ses activités actuelles ne sont axées que sur des consultations et elle évoque le fait qu'elle ne peut pas encore faire de l'encadrement, de la formation et de la recherche. Jeune diplômée IPA elle a besoin de prendre confiance et elle demande encore beaucoup de validation de ses actes par le médecin. Elle exprime qu'elle a besoin de temps pour faire ses consultations et qu'elle se sent encore « *fragile, et qu'elle souhaite vraiment montrer ses compétences pour légitimer sa place* ».

L'EIPA et l'IPA exposent qu'elles ont connaissance que le projet IPA est inscrit dans le projet d'établissement, et que s'il n'y a pas de projet clairement défini, la mise en place sera compliquée.

Au niveau des médecins, le Med.K connaît très bien les IPA car a travaillé avec une IPA venant du Canada, dans la région parisienne. Le Med.G dit ne pas connaître trop cette fonction pour autant elle explique qu'elle a travaillé au Canada avec des infirmières cliniciennes spécialisées et que « *cela semble dans la même lignée* ». Elle est donc tout à fait d'accord pour parler des IPA car est intéressée. Toutes deux sont également au courant que les IPA sont inscrites dans le projet d'établissement.

Le Med.K a monté un dossier pour bénéficier d'une IPA, et son IDE coordinatrice est ainsi partie en formation. Elle a déjà réfléchi à la place qu'elle aurait à son retour, et ceci dans un but de soutien aux médecins en prenant en consultations des patients adressés par le

médecin. Le projet a été construit en collaboration avec la plupart des médecins oncologues pour que chacun voit l'intérêt, la plus-value de cette mise en place. Elle évoque la nécessité que « *chacun y trouve son compte, un fonctionnement qui convienne à tout le monde* ». Elle attend beaucoup de « *son* » IPA qui lui libérera du temps qu'elle consacrerait à d'autres patients, ses collègues ou les internes. Elle n'axe pas pour l'instant du temps IPA sur de la recherche ou de l'analyse des pratiques professionnelles, même si elle évoque que la possibilité pour l'IPA de dispenser des formations auprès des IDE serait très importante. Au niveau des protocoles d'organisation, elle se sent en sécurité car a une confiance extrême envers l'IPA. Mais s'il s'agissait de recruter une IPA venant d'un autre établissement, elle n'est pas certaine d'avoir cette confiance et elle n'orienterait pas forcément des patients vers elle. Pour conclure, le Med.K explique que l'IPA est un plus, qu'il s'agit d'un véritable projet de service que le médecin et le cadre doivent construire ensemble.

Le Med.G est dans l'interrogation sur la place des IPA, mais elle explique manquer de connaissances sur leurs prérogatives, rôle, missions. Pour autant, elle expose qu'au vu des compétences des IPA cela serait intéressant pour travailler en collaboration étroite avec le médecin dans le cadre de suivi de patients-résidents. Un des intérêts serait sur les parcours patient, les liens ville-hôpital. Elle évoque la piste de la recherche en soins infirmiers qui lui semble particulièrement importante : « *On a besoin de recherche en soins infirmiers, les IDE ont plein d'idées et de pistes mais elles ne vont pas jusqu'au bout de la recherche* ». En ce qui concerne la notion d'analyse des pratiques et de formation, elle pense que si les IPA ont cette expertise, il faudrait qu'elles soient en soutien des équipes, notamment en Unités de Soins de Longue Durée ce qui permettrait d'harmoniser les pratiques à travers leur regard transversal. Elle insiste également sur le fait qu'au Canada, la mise en place des ICS⁴⁰ avait eu un impact sur la qualité de vie au travail, et qualité de prise en charge des patients.

C) Au niveau des acteurs de la formation.

La CSS-Coord est chargée de la mise en place de la formation au niveau d'une université de la région et dès septembre elle sera coordinatrice des universités de la région s'étant réparties la formation des IPA. Elle travaille en étroite collaboration avec un médecin référent de la formation IPA sur une des 4 spécialités. Ce travail en binôme lui semble primordial pour dispenser une formation de qualité et ainsi montrer un travail de collaboration. Il s'agit également d'une volonté du doyen de la faculté de créer de tels binômes CSS-médecin, qui renvoient aux étudiants cette interprofessionnalité.

Que ce soit la CSS-Coord ou la CGS3 (coordinatrice des IPA pour l'université de son département) toutes deux évoquent la maquette de formation et la nécessaire collaboration avec les médecins enseignants. Cette collaboration s'effectue également au moment des

⁴⁰ ICS : Infirmière Clinicienne Spécialisée

stages. Ces derniers ont une place importante et leur choix est majeur. Les IPA à travers ses stages pourront non seulement apprendre la clinique, mais également le savoir-être vis à vis d'une équipe. Le positionnement, le leadership va s'acquérir pour partie au cours de ces temps cliniques.

La sélection des étudiants est importante, de façon à avoir des professionnelles qui soient dans un réel projet professionnel réfléchi et accompagné par leur établissement. Pour la CSS-Coord il « *s'agit déjà de candidatures de projet de service* ». Pour les IDE hospitalières, il y a déjà une sélection au sein de leur établissement (propos confirmé par la CGS3), du fait d'un projet de service, mais en soit, toutes les IDE pourraient prétendre s'inscrire à cette formation sans pour autant passer par un projet de service. La difficulté se trouve en fin de cursus, ou les IPA étant dans un parcours « fléché » de projet de service, il est plus facile pour elle de s'intégrer. Mais il y a tout de même quelques freins dans cette modalité, car les IPA au cours de leur formation acquièrent des compétences multiples (clinique, formation, analyse des pratiques, recherche) et elles peuvent être affectées sur des missions orientées uniquement sur la consultation en aide aux médecins, ce qui limite grandement leurs champs d'activité.

Un travail important mais complexe au niveau de la formation, a été relevé par les acteurs rencontré. Il s'agit du travail nécessaire sur le leadership, mais également le suivi de la transformation identitaire que l'infirmière vit durant ses études d'IPA. Une attention particulière est développée au cours de la formation, tant lors des regroupements à l'université qu'au cours des stages. CSE et CSS-Coord expliquent que des simulations et jeux de rôles sont mis en place, des interventions sur la déontologie sont dispensés au cours du semestre 1.

En ce qui concerne la transition identitaire, la CSS-Coord, et CSG3 exposent que le suivi des étudiants est très orienté sur cette phase difficile pour eux, et les stages ont tout leur rôle.

2.4 Des compétences du directeur des soins mobilisées.

Nous avons choisi d'organiser l'analyse au regard des sous questions exposées en début de ce travail, à partir des thèmes qui ont émergé des entretiens. (Annexe 5)

2.4.1 Le directeur des soins au cœur de la stratégie institutionnelle et territoriale.

La littérature nous a renseignée sur le fait qu'un des obstacles à l'acceptation du rôle de l'IPA était le positionnement de la direction et le manque de soutien managérial éventuel. C'est pourquoi, si le projet médico-soignant, base du projet d'établissement, intègre la nécessité d'avoir des IPA dans les effectifs, cela sera un signe fort de l'implication de la direction des soins mais aussi de la direction générale.

A) Une stratégie institutionnelle et territoriale qui guide des choix.

Dans cette étude nous avons vu, d'une part, que le projet d'établissement inclue la nécessité de s'orienter vers les nouveaux métiers, en l'occurrence les IPA, mais d'autre part que ce travail de réflexion institutionnelle a été construit par la direction des soins. Ainsi nous repérons que la quasi-totalité des acteurs rencontrés ont évoqué l'importance de l'implication des dirigeants ; du chef d'établissement, aux cadres de santé, cadres supérieurs en passant par le directeur des soins.

Pour exemple, un cadre supérieur de santé est missionné, en appui du CGS-C, pour favoriser et organiser l'émergence des nouveaux métiers et compétences des projets IPA.

Le directeur de l'établissement, le président de CME et le CGS membres de droit du directoire donnent la direction vers laquelle l'établissement veut aller, et ceci à partir des besoins territoriaux. Ces études ont permis de fixer les orientations du projet d'établissement, mais elles sont également sources du choix des spécialités définies pour la formation IPA. Ce discours commun CGS-C et PCME permet de s'orienter à ce jour vers les spécialités d'oncologie, néphrologie. Pour le CGS-C un « *CHU comme nous, ne peut pas ne pas avoir d'IPA !* ». Les domaines dans lesquels l'IPA va acquérir des compétences cliniques, de leadership, de recherche, de formation, sont des domaines majeurs pour le CHU et certains, tels la recherche, la cancérologie, le vieillissement, sont les priorités de l'institution. Ainsi, même dans un groupement hospitalier en proie à des difficultés économiques, la direction des soins et la direction générale ont validé la formation d'une IPA pour une visée et stratégie politique.

Le CGS-C a bien évoqué qu'il s'agissait d'un nouveau métier pouvant induire des craintes, des réticences au niveau des professionnels médicaux ou paramédicaux. Le projet a été monté à partir d'une étude de besoin au regard des données médico-économiques. Une information importante a été nécessaire pour que chacun perçoive les impacts de la mise en place d'IPA ; que les impacts soient positifs, ou freinant, institutionnels ou individuels.

Pour la CSS-Coord, un frein institutionnel à la mise en place d'une IPA, serait de ne pas créer un poste IPA car il existe déjà une IDE spécialisée en éducation thérapeutique, une IDE qui coordonne les parcours... en prétextant que les missions sont déjà attribuées à quelqu'un et que sur-ajouter une IPA risque d'amener une confusion dans les rôles et place de chacun. Cette crainte a d'ailleurs été relevée lors de l'étude de l'OCDE comme nous l'avons vu dans la partie 1.1.3. Le CGS-C, quant à lui, a justement été vigilant à ne pas former une IPA spécialité pathologies chroniques, bien que cela serait pertinent au vu des besoins populationnels, mais il ne fallait pas que cela empiète sur le nouveau projet en lien avec le diabète. Il s'agit dans ce type de situation d'être vigilant à l'orientation choisie lors de la construction d'un dossier. Ce risque d'interférence, d'après l'IDE-ARS, peut être évité si la

réflexion d'implantation des IPA s'est faite à partir de la méthodologie PEPPA qui permet d'inclure toutes les parties prenantes au projet ; du médecin, à l'IPA, aux usagers, au DS.... La stratégie se pensera également au niveau territorial avec une étude de besoin populationnel. Le CGS-C, et le PCME, tous deux au cœur de cette stratégie, ont expliqué que les dossiers élaborés par les médecins ont été étudiés par une commission d'étude de dossiers. Une première sélection s'est effectuée au sein des groupements hospitaliers au regard des besoins internes. La direction des soins a ensuite donné son avis au regard des profils des IDE proposées, puis au niveau de la direction centrale, le secrétaire général a validé certains dossiers au regard des besoins issus du territoire. (Orientations cancérologie pour tel groupement car il recouvre un territoire avec ces demandes, prévision de former une IPA à spécialité pathologies chroniques pour répondre aux besoins de prise en charge des personnes âgées...).

B) Un impact médico-économique à mesurer.

Au niveau médico-économique, l'étude des besoins avec le Directeur Général Adjoint, le Directeur des Ressources Humaines, le Directeur chargé des Affaires Financières pour envisager l'impact financier sera un point introductif au projet de former, ou recruter des IPA. Ce point de vigilance est confirmé par l'entretien avec le chargé de mission ARS.

Dans la stratégie institutionnelle, le CGS-C a fait une étude de coût pour repérer le retour sur investissement. La formation par le biais de la promotion professionnelle représente un coût conséquent qui doit être étudié en amont d'une formation. La politique de l'établissement a été de dire que le temps médical gagné grâce à l'exercice de consultation des IPA permettra d'avoir une augmentation de la file active et donc de l'activité médicale qui amènera des recettes compensant le coût total de la formation.

Mais en parallèle le PCME explique qu'il faut aussi savoir prendre des risques dans la mise en place de ces nouveaux métiers, et que le coût investi au cours de l'année N portera ses fruits à court, moyen ou long terme. Pour lui il ne faut pas craindre de prendre un risque financier à un moment donné, qui sera positif, même à N+ 5, mais qui sera efficace sur la santé des gens, et qui de plus, est une action de santé publique.

Mais dans cette vision médico-économique il ne faut pas négliger les freins possibles. En effet pour une implantation facilitée des IPA, le CGS-C évoque deux conditions, qui sont la confiance et l'aval des médecins, mais également la non perte financière d'avoir mis en place des IPA, et ce, à partir de l'étude de l'augmentation de la file active des médecins donc de l'activité, donc des recettes. Le risque est de ce fait de n'envisager les activités des IPA qu'à travers les actes de consultations, et de négliger tous les autres rôles qui auront un impact sur la qualité, sécurité, évaluation des pratiques...

C) Une stratégie managériale d'attractivité et fidélisation.

Au-delà de la notion médico-économique, la motivation de l'établissement dans l'implantation des IPA est aussi en lien avec l'attractivité et la fidélisation. Que ce soit l'IPA en formation ou celle en poste, les CGS, les médecins, tous ont insisté sur le fait que la formation IPA était une évolution de carrière importante pour les IDE leur permettant de rester dans le soin et la clinique. Cette possibilité offerte à des IDE ne peut que les encourager à rester dans l'établissement, mais aussi à venir y travailler.

Ainsi l'IPA en poste nous a confié qu'elle est venue dans cet établissement « *car il y avait un projet clairement identifié, et cela apparaissait dans le projet d'établissement. J'ai refusé un poste dans un autre établissement car il s'agissait de la volonté unilatérale du directeur général sans qu'aucun des acteurs, médecins, directeur des soins, équipes, ne soient informés. C'est casse gueule* ».

Nous avons vu dans la première partie que depuis la loi HPST, des protocoles de coopérations peuvent être mis en place au sein des établissements. A la question de l'orientation choisie vers des IPA plutôt que des protocoles de coopérations nous avons des réponses allant dans le même sens, mais sans avoir pour autant les mêmes arguments. Ainsi pour le CGS-C la formation d'IPA a un impact sur l'attractivité et la fidélisation plus important que les protocoles de coopérations. Les IPA avec leur diplôme d'Etat peuvent exercer leurs compétences acquises dans tout établissement, ce qu'elle ne peut faire avec la signature d'un protocole de coopération. Ce choix de formation IPA peut ainsi inciter les professionnelles à venir au sein du CHU. Pour le PCME le choix d'une orientation IPA lui paraît plus sécuritaire et simple. Il regrette que des initiatives internes soient bloquées par des accréditations multiples qui bloquent le système. Le diplôme d'IPA permet, à son sens, d'avoir des infirmières qui seront investies dans leur établissement pour amener une qualité de prise en charge supplémentaire.

D) La stratégie de la ligne hiérarchique.

Selon les CGS, le CSS-Coord et le CSS il faut aussi penser la ligne managériale gérant les IPA. Les acteurs rencontrés ont ainsi évoqué les liens hiérarchiques. Quel que soit les acteurs rencontrés, deux consensus sont apparus. D'une part qu'il y ait une autorité fonctionnelle par les médecins envers l'IPA puisqu'ils adressent leurs patients auprès de l'IPA. D'autre part que l'autorité hiérarchique soit au niveau de la direction des soins, dans la mesure où les IPA sont avant tout des IDE, avec des missions de recherche, d'analyse et d'évaluation des pratiques qui sont une partie du champ paramédical. Une des questions posées a été de savoir si le CS de proximité était le supérieur hiérarchique, ou s'il s'agissait du CSS voire du directeur des soins.

L'IPA explique qu'elle est sous l'autorité du CSS qui l'évaluera. L'EIPA ne sait pas encore comment cela sera organisé mais dit que ce qui « *fait beaucoup parler* » c'est le lien avec le

CS, avec les appréhensions d'avoir des IPA qui « *prennent la place du cadre, et son travail* ». Pour elle, le lien le plus pertinent serait le CSS.

Ce lien hiérarchique au niveau CSS, est confirmé et proposé par les CGS1 et 2, ainsi que par la CSS (chargée de mission). Cette dernière est très claire dans ses propos : cela doit être le CSS ou le DS, mais pas le CS. Elle argumente en voyant la possibilité d'avoir un collectif IPA sous la responsabilité d'un CSS. En effet si l'IPA est sous la responsabilité d'un CS d'unité, chaque IPA risque de se retrouver isolée. La création d'un collectif IPA serait stratégiquement une aide au positionnement et à l'intégration. Nous l'avons vu précédemment la construction identitaire se fait à travers la rencontre entre professionnels, avoir ainsi un collectif pourra les aider dans cette évolution. D'autre part, la place envisagée au sein de l'établissement n'est pas incluse dans une unité de soins, mais plus sur un pôle, ce qui justifie d'une autorité par le CSS. Les professionnelles de la formation sont dans la même position.

Pour l'IPA, les cadres, avaient il y a quelques années un rôle d'expert en clinique alors que maintenant ils ont un rôle managérial. L'expertise clinique serait alors dévolue aux IPA, mais « *il faut que les rôles de chacun soient bien délimités. Il s'agit de travailler sur les complémentarités entre professionnels de santé, l'IPA pourrait être le leader et travailler sur les coordinations.* »

Avec une vision stratégique, le CGS-C va plus loin en souhaitant que les IPA soient sous la responsabilité des CGS de façon à ce que les médecins parlent et collaborent avec les DS et non seulement avec les CSS.

A la question que nous posons en début de ce travail « en quoi la stratégie du directeur des soins pour l'implantation des IPA s'inscrit dans une stratégie globale institutionnelle ? », nous voyons que la volonté d'avoir des IPA au sein du CHU est guidée par l'étude des besoins populationnels et territoriaux, par l'activité du CHU, par une vision d'attractivité et fidélisation et cette orientation est inscrite dans le projet d'établissement et le projet médico-soignant.

Nous en retenons que du fait de sa position stratégique au sein de l'établissement, des missions qui lui sont dévolues, le directeur des soins est acteur dans la mise en place de ce nouveau métier et se doit d'en donner l'impulsion. Au cœur de la problématique de l'implantation et intégration des IPA en tant que responsable hiérarchique, son rôle est incontournable dans cette stratégie. Il nous faudra transférer ces éléments en termes de préconisations pour notre futur exercice.

2.4.2 Direction des Soins et Communauté Médicale : un partenariat facteur de réussite.

L'IPA assure des missions de consultations, de suivis, de prescriptions auprès de patients adressés par le médecin. Cette collaboration est entérinée par le protocole d'organisation avec

le médecin. Ces nouvelles missions allant sur le champ médical questionnent tant la communauté médicale, que la communauté infirmière. Au vu des lectures, et recherche nous savons qu'il peut y avoir des freins à la mise en place des IPA, mais qu'il existe pour autant des leviers facilitant l'intégration.

A) Freins rencontrés, évoqués et imaginés.

Il ressort des entretiens quelques freins dans cette collaboration médico-soignante.

Pour les médecins, les principaux objectifs de la mise en place d'IPA sont une aide médicale. Aide qui permettra ainsi de leur libérer du temps pour se consacrer aux situations complexes, à une augmentation de file active. Certes la volonté des politiques est également dans cette optique (Cf. rapport Berland) mais il ne faut pas rester sur cette seule motivation pour prendre la décision de mettre en place des IPA.

D'autre part, l'organisation mise en place avec l'élaboration d'un dossier, justifiant de la nécessité d'avoir une IPA, par un médecin, est à la limite de la cooptation de l'IPA par le médecin qu'il connaît bien et en qui il a confiance. A travers ce dossier, le médecin propose la candidature de l'infirmière coordinatrice avec qui il travaille depuis longtemps. Tous les acteurs, autres que médecins, ont d'ailleurs utilisé ce terme de cooptation, en mettant en balance le côté facilitateur de construire un dossier pour une IPA déjà connue, et ce risque de cooptation.

Ainsi la possibilité de recruter une IPA déjà formée et non connue de l'établissement, ne convient pas au Méd.K. L'exemple cité a été du feu vert d'une deuxième cure de chimio qui pourra être donné par l'IPA en fonction de la lecture des résultats biologiques, nécessitant une grande confiance de la part du médecin envers les compétences de l'IPA. « *Je ne le ferai que si j'ai entière confiance en mon IPA* », il ne sait pas s'il travaillera avec autant de confiance que si c'est lui qui a orienté une IDE vers la formation.

Quelques discours discordants sont apparus dans les entretiens. Le CGS-C a évoqué la campagne de communication qu'il a effectué pour faire connaître le travail des IPA et l'intérêt de leur mise en place. Il a expliqué être allé rencontrer des médecins plutôt réfractaires en individuel pour leur présenter les atouts du projet, mais en parallèle le PCME n'a pas eu connaissance de réticences de la part de ses collègues.

Nous avons vu dans la littérature que certains nombres de médecins sont opposés à la mise en place d'IPA. Quelques arguments évoqués (Cf. IDE-ARS) ont été le manque de connaissance du rôle des IPA et de leurs limites de compétences, et de ce fait des appréhensions sur la limite de responsabilité s'il y a un problème avec les suivis des patients. Ce point de vigilance est majeur aux yeux du CGS-C et du PCME ce qui les a amenés à développer une campagne de communication importante au sein des instances.

B) Leviers reconnus et possibles.

Face à ces freins, le PCME et le CGS-C ont travaillé conjointement sur le dossier IPA. Ce travail de réflexion et de déploiement collaboratif a renvoyé à l'ensemble des professionnels qu'il s'agissait d'une décision commune, inscrite dans le projet d'établissement et soutenue par la direction dans son ensemble. Cette collaboration a été décrite comme primordiale par le PCME, le CGS-C mais également les CGS1 et 2, ainsi que par les médecins rencontrés.

Le fait que les projets soient construits de façon partagée entre CGS et médecin, est gage de bonne intégration de la future IPA. Le MédK évoque ainsi les répartitions des activités, et elle souhaite par cette collaboration, montrer à ses collègues la plus-value d'une IPA.

La notion de confiance semble la priorité pour les médecins, et certains ne veulent à ce jour pas s'engager dans le recrutement d'une IPA extérieure ; pour autant, c'est ce qui a été fait au sein des consultations de néphrologie. Le CGS, le CSS, le médecin ont accordé leur confiance à une personne qui était diplômée donc reconnue réglementairement comme ayant les compétences. La remarque du PCME est tout à fait juste lorsqu'il explique que cette notion de « *faire confiance uniquement car on connaît est un faux prétexte, car les jeunes diplômées IDE ne sont pas connues et pourtant nous travaillons ensemble* ». Par contre, il faut, pour lui apprendre à accepter que d'autres fassent aussi bien ou mieux que nous.

Pour lever des craintes au niveau des médecins, et être dans un champ d'exercice bien cadré, le protocole d'organisation, comme le décrit le décret dans son article R.4301-4.5°, est instauré. Le CGS-C et le PCME, le DG ont validé de parler de contrat d'organisation. Le terme contrat a été volontairement utilisé pour éviter les confusions entre protocole de coopération (signé entre soignants, médecins et validées par l'ARS et la HAS) et protocole d'organisation, mais également car il renvoie à un réel contrat de coopération ou chaque partie est liée à l'autre.

Dans les rencontres, le temps libéré aux médecins semble être un levier important. Ainsi le Méd.K évoque qu'elle peut maintenant passer plus de temps avec les patients dont les situations sont complexes, qu'elle peut également être plus disponible pour des conseils à ses collègues de l'établissement ou hors établissement.

L'IPA en poste sur les consultations néphrologiques explique quant à elle, que le temps médical gagné permet au médecin de respecter les recommandations nationales concernant le nombre de visites obligatoires au stade 5 de l'insuffisance rénale, à savoir une consultation tous les 3 mois. Le PCME, au travers de ses propos, argumente l'importance de ce temps libéré grâce aux IPA. Ce temps qui permettrait de suivre les patients au parcours complexes, mais également de prendre plus de temps pour former les futurs médecins. Cet apport qualité, à condition qu'il soit suivi avec des indicateurs pertinents et fiables, sera un levier important.

La notion d'amélioration de la qualité de prise en charge des patients est un levier qui a été exprimé par les acteurs de la clinique mais également de la stratégie. L'impact sur la qualité de la présence d'IPA est attendu par les médecins, les CGS ayant instruit un dossier, l'IPA qui en voit les effets lors de son travail quotidien. Les patients lui faisant un retour positif de cette prise en charge, avec un temps dédié plus important à chaque consultation leur permettant de questionner les points qu'ils n'osent aborder avec le médecin.

Une question que nous nous posions était « en quoi la collaboration du directeur des soins avec les porteurs médicaux des projets IPA favorise-t-elle l'implantation des infirmières de pratique avancée ? ». A travers cette analyse nous voyons que cette collaboration entre la communauté médicale et la direction des soins nous paraît incontournable pour la mise en place des IPA. La construction du dossier à partir d'un projet de service, permettant de faire monter une IDE en compétences, est un axe intéressant car la confiance médecin-IPA existe et la collaboration en sera facilitée. Pour autant le CGS, par l'intermédiaire de l'ensemble de l'encadrement, devra être vigilant pour qu'il n'y ait pas cooptation de l'IPA par le médecin, et qu'elle ne puisse mettre en pratique l'ensemble des compétences acquises au cours de sa formation, telle la recherche, la formation et l'analyse des pratiques. C'est à travers un contrat d'organisation pertinent que le champ d'activité sera connu de tous.

Le CGS devra être dans un rôle de communication pour montrer aux médecins réticents l'intérêt d'une IPA, et la collaboration avec le PCME en est un signe fort. Ces constats seront à prendre en compte pour les mobiliser lors de la mise en œuvre d'un plan d'action pour l'implantation des IPA.

2.4.3 La stratégie managériale du directeur des soins dans le parcours de l'IPA.

Eu égard aux nombreuses compétences acquises et attendues, pour et par les IPA, un accompagnement semble nécessaire pour faciliter l'intégration des IPA au sein des établissements de santé.

Le parcours d'accompagnement de l'IPA devra se faire dès sa candidature et se poursuivra tout au long de sa formation et de sa prise de poste.

Pour les CGS, le choix de l'IPA, à ce jour se fait en lien avec l'élaboration du projet construit par le médecin en fonction des besoins et des possibilités d'inclure une IPA dans le parcours du patient. Cette construction n'empêche en rien le fait que le CGS reçoive l'IDE concernée pour évaluer ses réelles motivations à être IPA.

A) La sélection.

Le moment de la sélection est une phase importante dont le directeur des soins à la responsabilité. Au vu de la plus-value attendue par la création de postes d'IPA dans l'établissement, du coût important investi dans la formation, la sélection doit être rigoureuse.

La méthodologie mise en place dans le CHU est la construction en étroite collaboration DS-Médecin d'un dossier projet. Ce dossier sous-tend qu'il y ait, en face du projet, le nom d'une IDE qui partirait en formation. Cette première sélection se fait donc par la connaissance d'une IDE par le médecin. La CSS-Coord, et la CGS3 évoquent le fait que des candidats arrivent à l'entretien de sélection avec une lettre de recommandation d'un médecin. Cela démontre l'intérêt de l'établissement et des médecins, mais il faut, selon la CSS-Coord et CGS3 rester vigilant et s'assurer que ce soit bien le projet de l'IDE. Pour le CGS1 il faut qu'il y ait « *rencontre d'un projet professionnel avec un projet de service* ».

Les deux IPA (professionnelle et étudiante) avaient la volonté de s'inscrire dans ce projet au vu de leur expertise dans une spécialité. Elles se sont mobilisées pour aller dans cette formation et elles expliquent que c'est une étape importante à penser au vu de l'investissement tant professionnel que personnel que cela demande par la suite.

Un point de vigilance est l'attention à porter dans la sélection sur la personnalité du candidat. Les responsables de formation, les médecins, les CGS ont expliqué qu'il ne fallait pas sélectionner des personnes qui avaient pour objectifs d'être « *des petits médecins* ». La CSS-Coord explique que des IDE qui arrivent en formation en disant « *moi je vais prescrire, et consulter* » n'ont pas saisi la réelle mission des IPA et doivent lire de façon approfondie le décret.

B) La prise de poste.

Dans la partie 1 nous avons vu que le fait de devenir IPA impactait l'identité de l'infirmière. Cette modification est importante et a été relatée par la plupart des personnes rencontrées, qu'elles soient au niveau du parcours de formation ou au niveau directorial. Ainsi le CSS-Coord, le CSS, l'IPA, l'EIPA, le CGS-C et le CGS1 ont évoqué la « déconstruction-reconstruction » de l'IDE, et la transformation identitaire qui se produit chez la nouvelle IPA.

Le passage d'expert à novice est un élément perturbateur et déstabilisant pour les nouvelles IPA. Le diplôme d'IPA ne suffira pas pour être acceptée comme telle, il leur faudra une capacité forte à passer cette étape, qui les amèneront à devoir « *faire leurs preuves, autant au niveau des collègues IDE, des cadres de santé que des médecins* » (Cf. IPA).

Cette phase semble importante et majeure pour les différents acteurs. Cette capacité à se positionner comme novice, face à des anciennes collègues expertes, face à des médecins, demande un accompagnement continu de la part de l'encadrement supérieur et de la direction des soins.

Pour éviter que l'IPA ne soit perçue comme une aide au médecin avec des activités uniquement de consultations cliniques, le CGS-C et les CGS, le CSS-coord, le CSS ont évoqué le fait d'envisager une répartition du temps de travail autre que l'activité consultation. Ainsi le CGS 1 a évoqué le fait que le temps de travail soit réparti entre des consultations et suivis de parcours complexes, des formations auprès des équipes, des Analyses de Pratiques Professionnelles (APP) mais également un temps dédié spécifiquement pour la recherche. La CSS-Coord propose une répartition de temps clairement défini dans le contrat d'organisation du type x% consultation, parcours de soins, x% de formation, APP, Evaluations des Pratiques Professionnelles (EPP) auprès des équipes et x% sur la recherche. Ce type de « contrat » satisferait l'EIPA et l'IPA.

C) L'accompagnement au quotidien dans le positionnement.

Le positionnement est en lien avec ses compétences nouvellement acquises et sa place auprès des IDE, des CS, des médecins. Elle doit « *montrer qu'elle a un autre rôle qu'uniquement les consultations en aide aux médecins.* » (CSS-Coord). Si elle n'est pas intégrée sur les plannings à roulements variables, c'est aussi pour lui « *donner une autre dimension dans ses activités, et cela peut être un garde-fou pour ne pas risquer de l'utiliser en dehors de ses compétences IPA et la rendre interchangeable et comme ressource supplémentaire s'il y a des problèmes d'effectifs* ». Cette place au sein de l'établissement est déterminée par la stratégie et la politique mise en place par le directeur des soins. (CGS-C, CGS1.2.3, PCME, CSS). Les parties prenantes rencontrées ont également évoqué la nécessité de définir de façon claire le rôle, les missions et les champs d'exercice de l'IPA de façon à en éviter d'une part les incompréhensions mais d'autre part le risque de glissement de tâches ; sans oublier le risque de limiter les IPA au seul rôle de consultante.

L'EIPA insiste sur le fait qu'elle se sent encore fragile dans ses nouvelles missions, et qu'elle appréhende le retour en poste car redevient novice. L'IPA malgré un an d'ancienneté, ressent les mêmes difficultés et relate qu'elle a besoin de soutien au niveau de la hiérarchie. Même si la collaboration médicale se passe parfaitement bien, sa position n'est pas comprise par tous les professionnels et notamment les Assistantes Médicales Administratives (AMA) qui lui programment des rendez-vous au même rythme que les médecins. Dans ces situations elle a du mal à faire comprendre qu'elle n'est pas médecin et que ses consultations n'ont pas le même contenu. Cette fragilité, à ce jour, l'empêche de développer la compétence professionnelle consistant à faire changer les choses, traduite par le leadership clinique (Cf. 1.3.2.B).

L'IDE-ARS préconise d'être vigilant dans cet accompagnement par le supérieur hiérarchique direct ou N+2, d'être présent au plus prêt pour expliciter les différentes missions qui lui incombent. Un élément facilitateur, réfléchi en collaboration CGS et PCME, médecin sera le contrat d'organisation.

Dans l'accompagnement au quotidien, les CGS et le PCME ont abordé la notion d'évaluation de l'impact de la mise en place d'une IPA. Cette évaluation, évoquée également de manière forte par l'IDE-ARS est primordiale car elle permettra de voir les effets bénéfiques de la compétence de la pratique avancée sur les prises en charge des patients.

Pour ceci, le PCME a parlé d'avoir des indicateurs pertinents au niveau de l'activité médicale, pour évaluer le gain obtenu par la présence d'une IPA. La nécessité d'avoir des indicateurs d'évaluation est une priorité pour les CGS qui souhaitent accompagner de façon optimale les IPA. Si l'activité répond aux attendus, sans dépassement de tâches, avec une optimisation des compétences de cette nouvelle professionnelle, l'intégration pourrait être facilitée. Les études faites dans divers pays ont montré une amélioration de la qualité et sécurité des patients, une amélioration de la qualité de vie au travail et une amélioration des analyses et évaluation des pratiques professionnelles. Le CGS, doit penser cette stratégie d'évaluation en coopération avec le PCME pour en retirer les effets bénéfiques au niveau médical, investissement, et prise en charge du patient.

D) L'accompagnement dans l'évolution identitaire et le déploiement du leadership.

Cette évolution identitaire a été présentée par l'IPA et l'EIPA dans les échanges. Le passage d'expert à novice, les a ébranlées dans leur pratique. Le sentiment de ne plus savoir faire, d'être incompetentes est également évoqué régulièrement par les étudiants (Cf. CSS-Coord). Ce nouveau métier change la représentation habituelle de l'IDE qui effectue des actes sur prescription et de son rôle propre mais sans jamais aller sur le champ des actes médicaux. Pour les formateurs, c'est au cours de la formation et des suivis pédagogiques réguliers que l'accompagnement se fait. Au cours de la formation, l'intervention régulière de psychologues permet de réfléchir à cette transformation, et de l'intégrer. Au-delà de cette transformation personnelle, le leadership est une compétence qu'il s'agit de développer au cours des deux ans de formation. Ce leadership, d'après l'IPA et l'EIPA, fait partie de soi pour une part. Les CGS pensent qu'il s'agit aussi de quelque chose à développer au cours de la formation et qu'il faut accompagner l'agent. Les terrains de stage sont un lieu particulièrement privilégié pour aborder l'acquisition de cette compétence. C'est pourquoi, pour les acteurs de la formation, pour les CGS et pour le PCME ce stage doit être minutieusement choisi avec des critères clairement définis. L'accréditation des terrains de stage se fait en concertation entre médecin universitaire référent de la formation, cadres formateurs et CGS. Le PCME explique que l'attitude des maîtres de stage, des professionnels de service, conditionnera l'attitude de l'élève. Si l'EIPA ne perçoit pas de collaboration médecin-IDE elle aura du mal ensuite à travailler dans ce sens. Pour lui, comme pour les CGS, c'est de la responsabilité des professionnels d'induire ces attitudes.

Pour travailler sur le leadership, la formation dispensée au sein de l'université, dont le programme a été construit en collaboration médecin-cadre, a mis en place des « jeux de

rôles », des simulations ou l'EIPA doit présenter son rôle, ses missions auprès d'un public ne connaissant pas réellement ce nouveau métier. D'autre part, au cours de la 2^{ème} année il est proposé à l'EIPA de construire sa fiche de poste, ce que l'IDE-ARS préconise également en collaboration avec le DS. Ceci permet à chacun de bien cadrer les missions et le champ de compétences.

Au travers des entretiens, et en lien avec la sous-question émise en début de ce travail « En quoi l'accompagnement individuel des candidats par le directeur des soins facilitera-t-il l'intégration dans les établissements de santé ? », nous voyons que l'accompagnement de l'IPA est important tout au long de son projet professionnel, de sa candidature-sélection à sa prise de poste, et durant sa formation. Le CGS doit penser la politique d'accompagnement de façon à être aidant dans l'implantation de ce nouveau métier, permettant une augmentation de la qualité des prises en charge. La transformation identitaire vécue par les IPA doit être accompagnée tant au niveau de la formation, et des stages qu'une fois en poste.

C'est pourquoi il nous apparaît que le CGS doit être vigilant à déployer une politique d'accompagnement au sein des équipes, avec l'encadrement de proximité et en pensant le lien hiérarchique. Selon la politique définie par le CGS, ce lien hiérarchique permettra à l'IPA de développer ses activités autres que cliniques, telles la recherche, l'analyse des pratiques, la formation... Les préconisations devront tenir compte de ces éléments de vigilance.

2.4.4 Mais pour autant... encore quelques questions et une analyse critique de la création des IPA.

Après maturation des différentes lectures, entretiens, observations, cette analyse ne nous semble pas complètement aboutie sans se poser des questions complémentaires sur la place des IPA au sein des établissements de santé.

Les quelques questions et interrogations ci-dessous résultent des entretiens effectués pour l'enquête mais également d'entretiens informels au cours de stages et cours.

A) Réelle plus-value ou strate supplémentaire ?

La question de la création d'une « strate » supplémentaire dans les organisations hospitalières peut se poser. La création de ce nouveau métier s'est imposée, nous l'avons vu, du fait de la démographie médicale faillible, des besoins de santé de la population et de l'évolution des pathologies chroniques avec des parcours de santé complexes. Certains actes de soins ne nécessitent plus à ce jour des compétences exclusivement médicales et les activités professionnelles peuvent être en perpétuel mouvement. Mais l'acceptation de ce nouveau métier semble assez dépendante des relations avec les médecins et de leur acceptation de laisser certaines de leurs activités à des infirmières.

Pour l'un des acteurs entretenus, « *nous ne faisons que créer quelque chose qui existait avant* ». Au début de carrière, certains professionnels faisaient des actes qu'ils ne pouvaient plus faire ensuite, mais qu'ils pourront refaire maintenant. La réglementation ayant bridé des activités, certes pour protéger les professionnels mais contraignant et limitant des possibilités d'avancer dans les organisations.

Des appréhensions existent, des doutes persistent sur la création de ce nouveau métier, et certains acteurs rencontrés restent vigilants quant « *au rajout d'une strate dans la ligne des infirmières, au sein des équipes* »

B) Avancée ou retour en arrière ?

Une personne rencontrée lors de notre enquête a évoqué le rôle propre IDE et les évolutions réglementaires au fil des ans. Cette personne a exprimé qu'avant de créer de nouveaux métiers peut-être valait-il mieux élargir le champ de compétences de l'ensemble des IDE au cours de la formation pour éviter cette distinction IDE-IPA et ne pas risquer de tomber dans le corporatisme.

Les spécialisations proposées ne sont pas remises en cause et répondent aux besoins identifiés comme prioritaires au regard des problèmes de santé publique. Mais que penser de la spécialisation santé mentale-psychiatrie, alors même qu'il existait un diplôme d'infirmières en soins psychiatriques qui a été révoqué il y a 25 ans ? La spécialisation est reconnue indispensable au regard des besoins, mais quelle articulation avec les infirmières spécialisées en psychiatrie ?

C) Une révolution dans la formation infirmière à envisager ?

Au cours des entretiens, deux personnes ont questionné la formation infirmière et la création de ce nouveau métier, sans en remettre en cause l'utilité. La question de repenser la formation initiale a été évoquée en l'imaginant à l'image de la formation médicale.

C'est-à-dire une formation rallongée de deux ans avec un approfondissement des connaissances générales puis une spécialisation. (Anesthésie, puéricultrice, pathologies chroniques...). Cette montée en compétences permettrait d'éviter une strate supplémentaire mais d'avoir des professionnels ayant le même cursus de formation limitant ainsi un risque de corporatisme, une « supériorité » des uns sur les autres.

Mais sans aller aussi loin dans une réforme des études, la possibilité de rentrer en formation IPA dès la sortie de l'IFSI doit être approfondie. La plupart des acteurs rencontrés y sont opposés estimant que pour être expert dans des activités de consultations cliniques, de recherches, d'analyses de pratiques il faut une solide expérience. Seules deux personnes ont dit que cela pouvait tout à fait s'envisager dans ce cursus universitaire et qu'il y aurait ainsi les IDE « généralistes » et les IPA spécialisées, et que « *cela existe bien pour les puéricultrices* ».

3 Des préconisations pour une intégration réussie des IPA en établissement de santé.

Les préconisations sont présentées suite aux parties précédentes mais également par l'approfondissement de nouveaux concepts tel le modèle PEPPA (Participatory Evidence-based, Patient-focused process for advanced Practice nursing role development). La décision d'avoir des IPA au sein d'un établissement de santé nécessite un travail important en amont de son implantation et se poursuit jusqu'à l'évaluation du bénéfice de ce nouveau métier au sein de l'établissement.

La stratégie d'implantation des IPA s'inscrit dans une véritable démarche projet dont le coordonnateur général des soins en est l'initiateur, en collaboration avec le président de la commission médicale. C'est pourquoi dans cette partie, nous nous attacherons à envisager la place du directeur des soins comme CGS.

3.1 Le CGS et sa participation à la définition des grandes orientations du projet d'établissement et du projet médico-soignant.

Le CGS est un membre de l'équipe de direction, et en tant que tel, il participe à la définition des orientations stratégiques de l'établissement dont les nouveaux métiers font partie. L'implantation des IPA impacte sur la dimension soins, mais également sur la dimension démographique médicale et paramédicale, sur la dimension financière, sur la qualité et sécurité des soins et sur les ressources humaines avec la notion d'attractivité et de qualité de vie au travail.

3.1.1 Le projet médico-soignant, porteur du projet d'implantation des IPA ?

L'implantation des IPA au sein de l'établissement ne peut réussir pleinement que s'il s'agit d'un projet porté par l'ensemble de la direction de l'établissement et de la communauté médicale. C'est pourquoi l'inscription du déploiement des IPA dans le projet d'établissement est indispensable et sera une réponse aux évolutions des besoins et demandes des usagers.

En s'inscrivant dans une démarche collaborative et de coopérations nouvelles entre le PCME et le CGS, le projet médico-soignant pourra déterminer les orientations envisagées pour ce nouveau métier.

Ce projet médico-soignant, au cœur du projet d'établissement, formalise les modalités des prises en charge que les équipes souhaitent mettre en œuvre au bénéfice des patients. Il repose sur une étude détaillée des besoins et attentes du territoire et des usagers, et décline les actions à mettre en œuvre pour répondre à ces besoins. Nous devons, de ce fait, définir dans le projet médico-soignant les compétences nécessaires à ces prises en charge et les moyens alloués pour y arriver.

3.1.2 La collaboration CGS et PCME au bénéfice de l'implantation des IPA ?

Au-delà de la collaboration incontournable entre le CGS et le PCME lors de l'élaboration du projet médico-soignant, cette collaboration se poursuivra tout au long du plan d'action mis en place pour l'implantation des IPA.

Il s'agira pour le CGS et le PCME de prendre en charge les actions relevant de leurs compétences réciproques, mais également de repérer les points de résistance des différents professionnels de façon à adapter la communication pour lever ces réticences.

Ainsi le CGS sollicitera la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, dont il est le président, pour impliquer des professionnels dans cette démarche projet. En effet la CSIRMT est consultée pour avis sur le projet de soins, l'organisation générale des soins, la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité et de la gestion des risques liés aux soins, la recherche et l'innovation dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et la politique de développement professionnel continu. Les membres de la CSIRMT seront ainsi, informés non seulement de la politique de déploiement des IPA au sein de l'établissement, mais également des réflexions et études nécessaires pour cette implantation. Le CGS pourra ainsi les mobiliser pour qu'ils s'inscrivent et soient acteurs dans la démarche projet.

En parallèle le PCME s'attachera à solliciter la commission médicale d'établissement pour impliquer de la même manière les médecins dans ce projet. Cette collaboration médico-soignante sera une phase majeure dans la stratégie mise en place.

Il nous semble également nécessaire d'envisager une communication importante pour apporter des connaissances aux équipes sur ce nouveau métier. Le CGS et le PCME amèneront les professionnels médicaux et paramédicaux à réfléchir aux organisations nouvelles en lien avec l'arrivée des IPA. Ce travail pourra s'envisager avec le soutien des cadres de santé au sein des unités de soins.

3.1.3 Les collaborations avec les directions fonctionnelles.

Différentes directions fonctionnelles seront impactées par la mise en place des IPA en établissements de santé.

A) La direction des ressources humaines.

Le CGS devra travailler en étroite collaboration avec le Directeur des Ressources Humaines pour repérer et envisager la corrélation entre projet institutionnel, projet professionnel et Gestion Prévisionnelle des Métiers et Compétences. La connaissance du CGS des compétences nécessaires au sein de sa direction pour répondre aux besoins des usagers et du territoire sera à partager avec le DRH de façon à adapter le plan de formation à ces besoins.

Outre la nécessité de déployer un plan de formation pour répondre à ce besoin de montée en compétences, la notion d'attractivité est importante et un programme de communication pourra se développer entre ressources humaines et directions des soins.

B) La direction des affaires financières, et d'informations médicales.

L'impact financier et le retour sur investissement devra être clairement identifié et travaillé en étroite collaboration entre le CGS, le directeur des affaires financières et le directeur de l'information médicale. En effet, à partir des éléments issus de l'activité attendue, le CGS aura une vision des orientations à envisager pour les activités de l'IPA, notamment le temps de travail pour lequel elle sera missionnée en appui des médecins, auprès des équipes pour les analyses de pratiques et pour la formation. Pour se faire il faudrait une codification spécifique des actes dispensés par l'IPA dans le cadre de sa fonction, ce qui n'est pas à l'ordre du jour actuellement pour l'activité en établissement de santé. Les éléments pouvant être inscrits dans le codage sera le repérage par l'IPA d'une complexité ou diagnostic associé dans la prise en charge d'un patient, qu'elle communiquera au médecin. Ce dernier inscrira alors cette complexité dans ses codages permettant une valorisation des séjours.

C) La direction qualité gestion des risques.

La collaboration avec la direction qualité sera primordiale pour repérer les points concernant la qualité et sécurité des prises en charge, la satisfaction des patients, et l'amélioration des pratiques professionnelles au sein des équipes. Il sera pertinent d'envisager l'amélioration de la qualité des prises en charge au niveau des parcours, en amont et aval de l'hospitalisation et repérer les pertinences des actes prescrits, et leur non redondance.

Mettre en corrélation les compétences des IPA avec leurs activités, les besoins des patients, les besoins d'appui au niveau médical et paramédical sera un des axes stratégiques de mise en place des organisations spécifiques aux IPA.

3.2 Le rôle du CGS dans la mise en œuvre du projet.

3.2.1 Une méthodologie de projet spécifique : le modèle PEPPA.

Suite à la littérature étudiée en amont de ce travail, le modèle PEPPA est apparu comme un modèle facilitant la mise en place des IPA. Ce modèle développé au Canada a été utilisé comme cadre de référence au Canada, Québec, Belgique. Il a été présenté dans la littérature comme facteur de réussite de l'implantation des IPA. En France il est actuellement présenté,

par les différents auteurs et acteurs impliqués dans les études sur les IPA, comme un appui nécessaire pour la réussite des projets IPA⁴¹.

Ce modèle, nouveau pour nous, se déroule selon plusieurs phases dont le pilotage doit être fait par le CGS en tant que porteur de projet.

Les différentes étapes⁴² sont l'identification de la population soignée pour en décrire le parcours puis l'identification des parties prenantes impactées par la mise en place des IPA pour les intégrer dans ce nouveau projet. La troisième phase, fondement de la méthode PEPPA, est l'identification des besoins avec une enquête qualitative en utilisant les données PMSI⁴³, la quatrième phase, consistant à transformer les besoins identifiés en problèmes, permet de fixer des objectifs pour les IPA. La cinquième phase entend créer le nouveau modèle de soins et l'activité de l'IPA (objectifs à atteindre, repérer ce qui fonctionne, ne pas créer de confusion...), La sixième phase concerne la planification de la mise en œuvre de l'implantation des IPA en lien avec l'organisation du travail, les liens hiérarchiques.... Puis la dernière phase consiste en l'élaboration de la fiche de poste, du protocole d'organisation et du recrutement de l'IPA. Sans omettre la phase d'évaluation du rôle de l'IPA et des nouvelles organisations que cela a amené.

Le CGS sera pilote de cette démarche PEPPA, en coordination avec le PCME tout au long du déroulement du projet. Selon les phases, les directions fonctionnelles seront soutien du CGS, tel le DRH lors des réflexions sur l'implantation et les liens hiérarchiques, le directeur des systèmes d'informations lors de l'étude des besoins... En préambule du lancement du projet le CGS s'attachera à écrire la note de cadrage qui reprendra les points majeurs du projet avec le contexte, les enjeux, les objectifs, le déroulement du projet ainsi que les moyens affectés...

3.2.2 Mise en place du groupe de travail et du comité de pilotage.

Fort des éléments du modèle PEPPA, il semble donc incontournable de mettre en place un groupe de travail et un comité de pilotage (COPIL) pour travailler sur l'implantation des IPA au sein de l'établissement.

Une première rencontre du groupe de travail permettra de réunir un représentant de chaque catégorie de personnes impactées par l'intégration d'une IPA, afin d'éviter les dérives telles que la réticence voire le refus d'avoir une IPA, la cooptation de cette IPA par le corps médical, le non développement de l'ensemble de ses compétences par manque de connaissance de son champ de compétences. L'intégration de chacun de ces participants leur permettra de comprendre le rôle et les missions d'une IPA ; la place qu'elle occupe, qu'elle n'est pas une

⁴¹ Entretien IDE-ARS

⁴² LECOCQ, D., MENGAL, Y., & PIRSON, M. (2015). « Comment développer la pratique infirmière avancée dans des systèmes de soins de santé complexes ? » Santé Publique, S1(HS), p. 105-110.

⁴³ PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

« *super infirmière-petit médecin* » (Cf. IPA), qu'elle a des compétences pour prendre en charge des usagers dans des situations complexes.

Ainsi nous solliciterons le PCME, des médecins, des IDE, des usagers et/ou représentants des usagers, des professionnels des ressources humaines, des cadres de santé, des cadres supérieurs. La place laissée aux infirmières, cadres de santé sera alors proposée aux membres de la commission de soins infirmiers de rééducation et médico-techniques, au moins pour partie, en partenariat avec des IDE concernées par les domaines de spécialités de l'IPA. Ce groupe sera animé par le CGS qui doit donner l'impulsion et la dynamique à ce nouveau métier. La constitution de ce groupe, permet d'envisager de façon multidimensionnelle les axes de travail pour lesquels ce groupe sera missionné. Chacun pourra ainsi donner son point de vue, ses questionnements, afin d'aborder les enjeux de l'implantation des IPA, les bénéfices attendus, les freins et les leviers.

Le CGS, garant des compétences des soignants, a toute légitimité et autorité pour être porteur de ce projet et animateur de ce travail. Du fait de la connaissance qu'il a des IPA, des enjeux, des points de vigilance à surveiller ; du fait de son implication dans la réflexion sur la mise en place des IPA, il pourra, en tant qu'animateur, donner les pistes de travail. Pour cadrer les missions du groupe de travail, le CGS pourra s'attacher à élaborer une lettre de mission détaillant le rôle du groupe. Cet outil permettra d'une part de suivre la ligne directrice et d'autre part de recadrer si besoin. Chacun des membres pourra ainsi s'y référer pour mettre en lien les orientations choisies et les résultats des éléments de recherche et d'études.

En parallèle de ce groupe il convient de créer un COPIL mené par le CGS conjointement avec le PCME.

3.2.3 Missions du groupe et du COPIL.

Nous avons vu les différentes étapes de la méthode PEPPA qu'il s'agit de décliner pour implanter ce nouveau modèle de soins. Le COPIL, composé du CGS, du PCME, du DIM, d'un CSS, donne les lignes directrices de ce travail et établit le calendrier. Il envisage aussi les personnes à convier dans les séances de travail au fur et à mesure de l'avancée des travaux. Le rôle du COPIL est également à l'interface de la direction. Le CGS pourra ainsi, en tant que chef de projet, présenter au comité de direction l'avancée des réflexions, les enjeux, les risques et bénéfices repérés. Le PCME, quant à lui serait le porte-parole au niveau de la communauté médicale. La question de l'association d'un responsable de la formation universitaire peut se poser, de façon à garantir que le métier d'IPA soit déployé dans tous ses aspects.

C'est à travers ce COPIL qu'une identification de la population soignée sera effectuée, en lien avec le PMSI, le département d'informations médicales, le bureau des entrées..., de façon à en identifier les parcours de soins. C'est ce parcours, ou ces parcours, qui permettra

(permettront) de choisir l'orientation (les orientations) IPA qui sera (seront) suivie (s). Il est important dans ce travail de recueil de données, d'être en capacité d'identifier les réels besoins pour répondre aux attentes de la population, de l'établissement de santé et du territoire en association étroite avec le département d'information médicale.

Lorsque cette phase d'identification des besoins sera effectuée, le groupe de travail s'inscrira dans une démarche projet et continuera sa mission selon le modèle PEPPA. Nous avons vu qu'il s'agit également d'être dans une démarche permettant une amélioration de la qualité des prises en charge. Faire cette étude à partir d'une enquête qualitative, par exemple les taux de réhospitalisations, les délais d'attente, les files actives..., puis engager la réflexion sur les réponses que l'IPA pourra apporter à ces demandes. Ainsi, cibler les actions sur lesquelles elle peut intervenir du fait de ses compétences et des actes qu'elle est autorisée à exercer. A travers cette mission, les participants peuvent ainsi intégrer le champ de compétences de l'IPA et mieux en cerner les limites. Les médecins membres du groupe peuvent envisager les collaborations possibles, les usagers peuvent comprendre la capacité que l'IPA aura à les suivre, l'IDE et le CS envisageront les points de collaboration et de coopération dans une démarche d'amélioration des pratiques professionnelles et des prises en charge, les ressources humaines se centrent sur l'évolution des métiers et la gestion des compétences. Ce groupe de travail pourra communiquer auprès des équipes les objectifs attendus, et expliciter les missions, rôles, champs et limites de compétences, et objectifs attendus.

3.3 L'accompagnement de l'IPA au sein de l'établissement.

Au niveau du CGS nous pensons qu'il y a une stratégie au niveau « macro » (échelle de l'établissement) et au niveau « micro » (échelle des équipes). Ainsi l'accompagnement au niveau institutionnel se fera à partir du projet professionnel de l'agent, mais également des besoins recensés par l'établissement. Il s'agira ensuite de formaliser un accompagnement plus individuel pour faciliter l'intégration de l'IPA au sein des équipes.

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

L'investissement nécessaire pour former des IPA est important, tant au niveau de l'établissement avec le coût de la formation, qu'au niveau individuel en investissement durant la formation et en repositionnement et transformation professionnel.

Le projet professionnel doit être réfléchi et construit par l'IDE souhaitant devenir IPA. La transformation identitaire est importante et peut être déstabilisante pour la personne. Par ailleurs, il s'agit d'un nouveau métier, encore peu connu et pour lequel il risque d'exister de nombreux détracteurs. La solidité du projet, combiné à la solidité de l'infirmière seront des éléments aidants, mais il est nécessaire également d'avoir le soutien de la direction des soins.

Pour permettre de bien penser son projet, une prise de recul semble nécessaire, et l'écriture de son projet professionnel est un outil aidant. Ce projet professionnel sera présenté au niveau de l'établissement lors d'un entretien de sélection interne, avant d'être présenté au niveau de la sélection universitaire. Il nous semble que même si l'IDE est pressentie, voire nominativement inscrite dans le projet présenté par le médecin, elle doit construire son projet professionnel et le présenter.

Face à un projet déterminé par le groupe de travail, plusieurs candidats peuvent se présenter et la pré-sélection se fera en interne devant un jury composé du CGS, d'un médecin concerné par le domaine de spécialité et d'un CSS.

3.3.2 Le CGS et l'accompagnement du parcours.

L'implantation doit être réfléchi et l'accompagnement rigoureux pour aider l'IPA dans ses missions. Le CGS aura à cœur de travailler en amont de la prise de poste les organisations pour intégrer au mieux ce nouveau métier. Travail qui se fera en lien avec le PCME. Au cours de la partie 1 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 montré que les différents acteurs insistaient également sur le lien hiérarchique qui devait être bien pensé.

A) Protocole d'organisation et cadrage des missions.

L'élaboration de ce document réglementaire concernant les médecins et les IPA serait envisagée en étroite collaboration entre le CGS et le PCME, et conduite par le CGS au sein du groupe de travail. Cela permettrait de mettre en adéquation les besoins recensés par le groupe dans les phases précédentes. Mais il nous semble que pour une meilleure pertinence du protocole, le médecin et l'IPA concernés doivent participer à cette élaboration de façon proactive. Cela permettrait à chacun de cadrer son champ d'activité, de discuter des compétences et limites de compétences de l'IPA.

Le protocole d'organisation spécifierait le domaine d'intervention concerné avec les recommandations de la Haute Autorité de Santé, les parcours patients et la place que l'IPA aura au sein de ce parcours. Pour exemple : « L'IPA effectuera la visite hebdomadaire du patient ». Il s'agit ensuite d'envisager les modalités de prise en charge du patient, puis les activités cliniques de l'IPA, tels l'entretien clinique, l'anamnèse, le plan de soins, les prescriptions, l'éducation..., peuvent être déclinées. A ce niveau d'élaboration, la présence de l'IPA sera particulièrement recherchée pour qu'elle puisse expliciter ses activités et son apport auprès des médecins. La responsabilité des acteurs paramédicaux et médicaux est engagée dans ce partage de prise en charge, il s'agit 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 CGS, garant de la sécurité des soins mais également responsable de la bonne utilisation des compétences des professionnels, sera le coordinateur de l'élaboration de ces protocoles, en s'appuyant sur les professionnels experts dans la spécialité. En participant à l'élaboration des protocoles il s'assure ainsi du respect de la réglementation, mais il montre aussi l'implication de la direction de l'établissement dans ce projet.

B) Elaboration de la fiche de poste.

Des études au niveau international ont montré qu'une partie des compétences des IPA étaient inutilisées, car surtout les IPA étaient essentiellement centrées sur le suivi et les consultations auprès des patients. Cette phase d'élaboration de la fiche de poste nous semble être le cadrage majeur des champs d'activités de l'IPA sur lequel elle pourra s'appuyer pour recentrer ses missions.

Le CGS doit donc être particulièrement vigilant sur les missions qui seront décrites dans la fiche de poste et dans le protocole d'organisation. Les activités sur lesquelles l'IPA peut intervenir seront à mettre en place, de façon à ce qu'il y ait une plus-value au niveau des patients, mais également au niveau des autres professionnels et des équipes.

Tous les éléments habituels d'une fiche de poste (conditions d'exercice et réglementation, identification du poste et horaires, liens hiérarchiques, partenaires intra et extra hospitaliers, missions, qualité et aptitudes requises) seront présents dans cette fiche.

C'est dans le descriptif des missions que le CGS devra être vigilant à les détailler. Elles seront décrites de façon précises et cadrées en lien avec le protocole d'organisation, pour répondre aux besoins identifiés, et aux objectifs posés par le groupe de travail. (Phase 4 de la méthode PEPPA).

C) Les missions de l'IPA au sein de l'établissement.

L'analyse nous a permis de repérer qu'un des risques de la mise en place des IPA était de lui confier des missions uniquement cliniques en soutien des médecins. Or leurs activités sont diverses et variées il est nécessaire de prendre en compte des temps de recherche, de formation auprès des équipes pour repérer les besoins pour une montée en compétences des IDE, des déploiements d'analyse des pratiques professionnelles. Sans oublier l'axe qualité et sécurité des soins avec une implication des IPA dans les évaluations des pratiques professionnelles (EPP).

Il s'agit pour le CGS de mesurer la part du travail qui sera en lien avec l'activité clinique permettant de répondre aux besoins des usagers, en respectant les objectifs poursuivis inscrits dans le projet médico-soignant et, de ce fait, dans le projet d'établissement. Dans l'élaboration et la conduite de projet, le CGS doit être vigilant pour que les orientations prises soient respectées. La collaboration avec la communauté médicale, au travers du travail

construit avec le PCME, devra être pertinente au regard des attentes des deux parties, en restant fidèles aux activités que l'IPA peut effectuer.

Il importe au sein de la direction des soins de réfléchir à la répartition du temps pour les différentes missions de l'IPA.

Plusieurs scénarii peuvent être envisagés. Allant de 80% pour les parcours cliniques, et le reste du temps consacré entièrement à la recherche. Mais dans cette situation les éléments constituant l'amélioration de la qualité et sécurité des soins seraient inclus dans ces 20% (formation, analyse des pratiques, évaluation de la qualité...), ou 80% de clinique, 15% de formation avec une orientation de santé publique, et 5% de recherche. Ces différents scénarii seront à déterminer en premier lieu entre le CGS et le PCME. Mais nous pensons qu'il est nécessaire d'associer dans cette réflexion l'IPA qui pourra également apporter des arguments pour orienter les missions.

3.3.3 Liens hiérarchiques définis.

Pour accompagner l'IPA dans ses missions, le CGS doit envisager la place qu'elle aura au sein de l'établissement et donc les liens hiérarchiques et fonctionnels. Nous avons vu, que ce soit dans la littérature ou au cours de l'enquête, qu'une option souvent évoquée serait que l'IPA soit sous l'autorité hiérarchique du cadre supérieur ou directement du CGS, sans omettre l'autorité fonctionnelle des médecins avec qui le protocole d'organisation a été signé. Les appréhensions, réticences des cadres vis-à-vis des IPA doivent être entendues et prises en compte. Le CGS devra réfléchir à la ligne hiérarchique en collaboration étroite avec le Directeur des Ressources Humaines. Il lui faudra ensuite construire avec les cadres supérieurs ces liens, et communiquer auprès des cadres de santé. En délimitant les fonctions de chacun au regard des compétences, une collaboration peut être envisagée de façon pertinente et efficace. Ainsi le cadre sera dans une logique de fonctionnement-organisation-management, et l'IPA dans une logique de parcours patient. Les deux acteurs ayant comme finalité une qualité et sécurité de soins dispensés aux patients.

Le cadre de santé, sans être le supérieur hiérarchique de l'IPA, est pour autant vecteur de réussite de l'implantation des IPA. L'élaboration du projet de soin doit se travailler en étroite collaboration entre un cadre et une IPA en pensant le parcours patient.

3.4 L'évaluation de l'activité de l'IPA, une plus-value à mesurer.

3.4.1 Quelle évaluation et dans quel but ?

Au même titre que la stratégie de mise en place des IPA se fait à un niveau institutionnel et au niveau des services, l'évaluation devrait se faire à ces deux niveaux.

Le fait d'instaurer des IPA au sein d'un établissement représente un coût financier non négligeable. Il faut en mesurer l'impact et la plus-value dans l'optique de poursuivre leur implantation. En effet l'obtention de résultats cliniques aura des répercussions sur la légitimité de l'IPA au sein des équipes pluriprofessionnelles. Sa capacité à analyser les situations, à prendre en charge des situations et parcours complexes, à effectuer des analyses de pratiques professionnelles et autres activités, montreront son large éventail de compétences et la plus-value de sa présence au sein de l'établissement.

L'évaluation de cette pratique devra se faire à partir d'indicateurs précis. A ce jour il n'y a pas d'indicateurs nationaux proposés pour identifier le bénéfice des pratiques avancées infirmières.

Certes des indicateurs HAS comme la satisfaction des patients, le taux de ré-hospitalisations, les délais de prises en charge, les prises en charge de la douleur seront à mobiliser pour les activités IPA mais il ne faudrait pas se limiter à ces seuls indicateurs, ni même aux seuls indicateurs médicaux.

L'implantation des IPA est une démarche systémique permettant de repenser les organisations de soins, les indicateurs doivent donc permettre de repérer l'efficacité, l'efficience et la pertinence de ce poste. Pour une pertinence des indicateurs d'évaluation, il faudrait qu'ils soient réfléchis dès le lancement du projet, en lien avec les objectifs prescrits et les missions dévolues à l'IPA.

Comme tout indicateur il faudra rester vigilant à ce qu'ils soient pertinents et valides, en interopérabilité, acceptables, faisables, fiables et bien évidemment exhaustifs. La participation de chaque membre du groupe devra penser à des indicateurs propres à leur champ d'activités et en lien avec les activités de pratique avancée infirmière.

3.4.2 Des indicateurs mesurant les données cliniques.

A) Médico économique et clinique.

Ces indicateurs doivent permettre de mettre en évidence la plus-value de la présence d'une IPA et ce peut être des données sur les files actives des médecins (augmentation), le délai de réponse au patient, le respect des recommandations de bonnes pratiques (exemple : le nombre de consultations annuelles pour une personne insuffisante rénale stade 3).

Pour autant il reste une difficulté majeure qui est le non codage des actes de l'IPA au sein du PMSI. En effet, le codage des actes effectués par l'IPA permettrait d'objectiver de façon précise si son activité a un impact sur les recettes de l'établissement.

D'autre part il serait intéressant de faire une étude sur les prescriptions de l'IPA de façon à voir s'il y a une évolution entre le suivi médical et le suivi effectué par l'IPA, comme par exemple

les prescriptions d'examens de biologie, médicamenteuses, mais également sur le nombre de consultations initiales, de suivis...

B) Parcours patients.

Les parcours repérés et permettant les orientations de l'établissement pourront être présentés à l'Agence Régionale de Santé pour être inscrites dans le plan régional de santé. Mais avant cette étape il faudra en évaluer la pertinence. Il faudrait envisager des indicateurs en lien avec l'accès aux soins et la population, avec les liens Ville/Hôpital, et voir s'il y a une évolution de ces liens, limitation de l'accès aux urgences, un travail de coopération, une pertinence des actes et une non redondance des actes entre IPA-médecins libéraux-IDE Libérales.

Nous verrons par exemple l'absence de rupture dans le parcours, les liens avec les différents partenaires construits et utilisés, le suivi du patient et la réorientation vers le médecin selon le protocole d'organisation et selon la nécessité repérée par l'IPA. Le taux de réhospitalisation pourrait permettre de voir l'efficacité du suivi par l'IPA.

3.4.3 Des indicateurs mesurant les activités afférentes aux soins et à la qualité.

A) Actions de formation et analyse des pratiques.

Dans la mesure où des missions de formation seront dévolues à l'IPA, il faudra envisager des indicateurs mesurant cette activité. Le nombre de formations proposées et réalisées, le public concerné, les thèmes abordés et les effets ressentis et objectivés auprès des équipes.

Dans la même idée les analyses de pratiques proposées par l'IPA, que ce soit à la demande de l'équipe, du cadre ou de l'IPA, seront évaluées pour en mesurer l'impact auprès des professionnels, et en repérer les évolutions perçues suite à ces analyses de pratiques.

B) Satisfaction des patients.

A travers cet indicateur, nous pourrions repérer si les patients ont accepté d'être orienté vers une IPA par un médecin. Les raisons qui ont permis au patient de valider ou infirmer cette orientation proposée seront importantes à connaître pour envisager des réajustements. Il nous semble important de mesurer la satisfaction du patient dans sa prise en charge et dans les relations qu'il aura eu avec l'IPA. S'il a eu des éléments explicatifs répondant à ses attentes, ses besoins et ses demandes.

C) Evaluation des Pratiques Professionnelles – Recherche.

Le nombre d'EPP effectuées, avec l'élaboration, ou non, de protocoles, procédures, fiches techniques permettra d'évaluer l'implication de l'IPA dans cette activité dans la quotité de temps qui lui aura été dévolue.

L'IPA pourra également travailler sur les indicateurs cliniques pour faire une étude clinique de l'état de la population, ces temps de recherche pourront être mesurés à travers les publications, les données collectées, et les pistes d'amélioration proposées.

3.4.4 Une évaluation de la méthode d'implantation de l'IPA.

Au-delà des indicateurs permettant de repérer la pertinence de la mise en place des IPA au sein de l'établissement, il s'agira pour le CGS d'évaluer également la méthode d'implantation de l'IPA. Ce nouveau métier cristallise encore quelques réticences. Le CGS doit pouvoir repérer si l'intégration se déroule bien et, s'il existe des freins comment les dépasser. Cette évaluation devra se faire à travers des entretiens auprès de l'IPA, des CS, CSS et médecins travaillant en coopération avec l'IPA. Cela portera sur la place qu'elle occupe, les liens avec les différents acteurs (médecin, équipe de soins, cadres, patients...), le respect des missions qui lui auront été attribuées et la capacité à effectuer ces missions dans les quotités de temps déterminées.

La pertinence du choix des membres du groupe de travail, sera évaluée de façon à réajuster si besoin. Il nous semble qu'une communication régulière au sein des instances (CTE, CSIRMT, CME) sera importante pour que chacun comprenne l'évolution de la mise en place. La collaboration CGS-PCME pourra également être évaluée au cours du projet de façon à ce que chacun réajuste les actions si besoin, tout au long de l'évolution de la mise en œuvre.

Conclusion

Les transitions épidémiologiques et démographiques au niveau national amènent des modifications et une nécessaire évolution du système de santé français. A ce jour nous nous trouvons au sein d'un système fragmenté qui nous rend difficile la notion de penser en commun ; que ce soit entre personnels médicaux, soignants et administratifs, entre hôpital et ville ou dans la représentation avec de nombreuses associations, conférences... Ces fragmentations structurelles impactent la prise en charge des patients : « *On ne peut pas offrir de parcours aux patients quand on est déjà incapables de penser le « soigner ensemble » et d'offrir des parcours aux soignants*⁴⁴. » Pour répondre au mieux à ces problématiques, un nouveau métier, les infirmières de pratique avancée, a été créé et entériné par la loi du 26 janvier 2016 et dont les textes réglementaires sont parus en juillet 2018 et 2019. Ainsi l'IPA peut être un levier aux cloisonnements. Elle peut également être leader en travaillant sur les coordinations grâce à sa formation et l'acquisition de compétences nouvelles.

Pour autant, la création de ce métier intermédiaire ne s'est pas faite sans réticence au niveau de certains professionnels de santé, que ce soit au sein de la communauté médicale ou du corps des infirmières. La volonté de déployer des IPA dans un établissement de santé doit donc être réfléchie, pensée et soutenue au niveau de la direction de l'établissement. Un tel projet stratégique doit être porté et conduit par le CGS, en tant que responsable de l'organisation, garant de la qualité et de la sécurité des soins et des compétences des agents sous sa responsabilité.

Eu égard aux différentes réticences, peurs, appréhensions évoquées lors de la création de ce métier intermédiaire, le CGS se doit de conduire ce projet en respectant des étapes nous semblant incontournables. Inscrire dans le projet médico-soignant, donc dans le projet d'établissement, cette volonté de déployer des IPA sera un signe fort envoyé aux équipes médicales et paramédicales. Une méthodologie de projet doit être réfléchie. Les études au niveau international ont montré l'efficacité du développement de la méthode PEPPA pour se donner les moyens de réussite de l'implantation des IPA. Le CGS devra s'attacher à travailler en étroite collaboration avec le PCME, mais également avec l'encadrement, les équipes ainsi qu'avec les usagers, de façon à ce que chaque partie prenante soit informée de l'intérêt de ce nouveau métier. Il pourrait impliquer de façon pro-active les membres de la commission de soins infirmiers-rééducation-médico-technique dans les différentes phases nécessaires à l'implantation des IPA, que ce soit à travers les études de besoins, les missions, rôles et collaborations attendus.

⁴⁴ ROUSSEAU A. *Op. Cit.* (Note 5) p3

Mais pour autant, face à ce tout nouveau métier, une évaluation de l'impact de la pratique avancée doit être effectuée. Le parlement a demandé à ce qu'un rapport d'évaluation lui soit remis au plus tard fin décembre 2021 soit 18 mois après la sortie des premières IPA.

Cette évaluation sera majeure avec des enjeux concernant la réorganisation de l'offre de soins, et de ce fait du système de santé. Les résultats de ces évaluations permettront d'ouvrir la pratique avancée à d'autres domaines de spécialités mais également à d'autres auxiliaires de santé. L'ouverture de cette pratique aux métiers visuels est ainsi envisagée. Mais pourrait-on également envisager de penser transversalité et non métier ? Par exemple une pratique avancée « douleur » qui puisse être accessible aux auxiliaires de santé quel que soit leur métier d'origine.

La plus-value d'une IPA pour un établissement de santé impacterait à plusieurs niveaux. Au niveau du besoin populationnel grâce à l'étude de besoin territorial, grâce à la prise en charge de patients par des IPA ce qui libérerait du temps médical pour répondre aux délais d'attente de certaines spécialités. L'impact serait également au niveau des pratiques professionnelles avec un accroissement des compétences des infirmières ainsi qu'au niveau de la recherche en soins infirmiers.

Avec les IPA, les établissements pourront répondre à un problème de santé publique au niveau du territoire, en proposant des professionnels formés pour les parcours patients et les parcours complexes. C'est pourquoi des perspectives doivent être réfléchies au niveau territorial au sein des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT). En effet, avec ses compétences d'exercice coordonné, les IPA seront l'interface pour gérer les parcours de l'amont à l'aval. En étant dans la transversalité, elles pourraient être des soignantes en capacité de dépasser les services, les pôles. A travers une démarche projet, au bénéfice du patient, qui soit interservices, voire inter-établissement sur un territoire, nous pouvons envisager les IPA dans une filière de soins au sein du GHT. Il est bien évident que la réflexion devra s'envisager à travers le Projet Médical Partagé. Cela permettra ainsi de déterminer la répartition des domaines de spécialités des IPA au sein des différents établissements du GHT.

Bibliographie

Lois

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

Décrets

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

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

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'Etat d'infirmier en pratique avancée mention psychiatrie et santé mentale

Arrêtés

Arrêté du 18 juillet 2018 fixant la liste des pathologies chroniques stabilisées prévue 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'Etat d'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

Mémoire

PETERS, C. (2018). *Intégration professionnelle et sociale de l'infirmier(e) de pratique avancée en oncologie stratégie du directeur des soins en institut*. Mémoire Directeur des soins, Rennes, EHESP, <http://documentation.ehesp.fr/memoires/2018/ds/Christophe%20PETERS.pdf>

Ouvrage

AMBROSINO, F ; *Le guide l'infirmière de pratique avancée*, Paris, Edition Vuibert. 2020. 172p

Rapport

BERLAND Y, CADET D, HENART L, (Janvier 2011) « *Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire : Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer* »; 57p.

CORDIER, (Juin 2013) « *Un projet global pour la stratégie nationale de santé - 19 recommandations du comité des « sages »* » ; 108p.

ROUSSEAU A, (Septembre 2018) « *Rapport final : Transformer les conditions d'exercice des métiers dans la communauté hospitalière* ». 27p.

Revue

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*, Vol 29 (N°2), p. 241-254.

ASTON, J. (2015). « Infirmière de pratiques avancées en médecine générale au Royaume-Uni. » *Revue de l'infirmière*, N° 207, p. 33-35.

BENOIT, M., PILON, R., LAVOIE, A.-M., & PARISEAU-LEGAULT, P. (2017). « Chevauchement, interdépendance ou complémentarité, la collaboration interprofessionnelle entre l'infirmière praticienne et d'autres professionnels de santé en Ontario. » *Santé Publique*, Vol 29 (N°5), p. 693-706.

BERGER, V., & DUCHARME, F. (2019). « Le leadership infirmier : Un atout indispensable pour le développement de la discipline et de la profession. » *Recherche en soins infirmiers*, Vol 136 (N° 1), p 6.

BERLAND, Y., MOSSE, P., AMBROSINO, F., & TAGAND, N. (2016). Pratiques avancées en soins infirmiers. Dossier. *Revue hospitalière de France*, N° 569, p. 20-35.

BOUQUET, B. (2014) « La complexité de la légitimité » *Vie sociale*. 2014/4 N°8. ERES pp13-23

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*, Vol 2(N° 93), p. 94-105.

- BRYANT-LYKOROSIUS D, MARTIN-MISENER R, (2008) *Synthèse de politique du CII : la pratique avancée infirmière une composante essentielle des ressources humaines pour la santé.*
- DEBOUT, C. (2012). « Infirmières de pratiques avancées et défis de santé publique. » *Revue Soins Cadres*, N° 81, p. 14-17.
- DEBOUT, C. (2019). « Evaluer la contribution de l'infirmier en pratique avancée ». *Revue Soins*. N° 835, p. 46-51.
- DELAMAIRE, M.-L., & LAFORTUNE, G. (2013). « Infirmières en pratiques avancées en soins de ville. Les leçons des expériences étrangères. » *Gestions hospitalières*, N° 529, p. 455-458.
- 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*, No. 54, Éditions OCDE, Paris ; p12
- ERALY, A (2015) « Autorité et légitimité – le sens du collectif » *Collection Sociologie clinique*. Editions ERES 256 p
- JOVIC, L., GUENOT, C., NABERES, A., & MAISON, P. (2009). « Pratiques avancées des professionnels paramédicaux. Étude exploratoire dans la région Ile-de-France. » *Recherche en soins infirmiers*, Vol 4(N° 99), p.117-132.
- LECOCQ, D., MENGAL, Y., & PIRSON, M. (2015). « Comment développer la pratique infirmière avancée dans des systèmes de soins de santé complexes ? » *Santé Publique*, S1(HS), p. 105-110.
- MANLY, K. E., AUPIAIS, C., FLORIOT, A., NOVIC, M., & JOVIC, L. (2018). « Contribution de l'infirmière de pratique avancée dans la prise en soins de la personne âgée de 75 ans et plus, fragile et agitée aux urgences : État des connaissances et étude qualitative. » *Recherche en soins infirmiers*, Vol 135(N° 4), p. 60-82.
- MARANDA, J. (2017) Prendre sa place : « Réflexion sur le leadership clinique des infirmières cliniciennes au Québec » *L'infirmière clinicienne*, Vol 14 N°1 p. 45-52
- MICHAUD, S. (2011). « Des glissements de tâches à la coopération entre professionnels de santé. » *Gestions Hospitalières*, N° 503. <http://gestions-hospitalieres.fr/des-glissement-de-taches-a-la-cooperation-entre-professionnels-de-sante/>
- MICHAUD, St. (2019). « Les stratégies d'implantation de l'infirmier en pratique avancée dans les établissements. » *Soins*, N° 835, p. 36-39.
- MORIN, D., RAMELET, A.-S., & SHAHA, M. (2013). « Vision suisse romande de la pratique infirmière avancée. » *Recherche en soins infirmiers*, Vol 4(N° 115), p. 49-58.
- OUHARZOUNE, Y. (2009). Entretien avec Roselyne Bachelot, ministre de la Santé et des Sports : « les infirmières seront le fil rouge de la loi HPST ». *Revue de l'infirmière*, N° 152, p. 4-7.
- PEOC'H, N. (Mai 2012). « La pratique avancée : une évolution attendue à l'intersection de l'art, la praxis et l'action. » *Gestions Hospitalières*, N° 516.
- RODRIGUEZ, M.-P. (2013). « Les infirmières en pratiques avancées dans les services de soins. » *Gestions hospitalières*, N° 528, p. 410-413.

SCHERB, B. (2011). « Coopérations entre professionnels, pratiques avancées : L'avenir pour les acteurs de santé » *Cahiers hospitaliers* (les), N° 276, p. 36-37.

Synthese_de_politique_du_CII_6.pdf. (s. d.). Consulté 29 janvier 2020, à l'adresse http://www.anfiide-gic-repasi.com/wp-content/uploads/2016/05/Synthese_de_politique_du_CII_6.pdf

THOMSON, R., ASTON, J., DRAGO, F., al, et, & Warnet, S. (2011). « *Les pratiques avancées infirmières.* » *Revue de l'infirmière*, N° 170, p.11-24.

SITES INTERNET

CNOM, atlas démographique national, chiffres clés 2018. Consulté le 5 mai 2020 à l'adresse : <https://www.conseil-national.medecin.fr>

DESROSIERS, G. (s. d.). (6 novembre 2014) *Leadership infirmier et pouvoir d'influence* : Consulté le 19 février 2020, à l'adresse <http://gyslainedesrosiers.com/leadership-infirmier-et-pouvoir-dinfluence/>

GAUNAND, A. *Une définition du leadership : Influencer et fédérer*. Consulté le 23 avril 2020 <http://www.antonin-gaunand.com/leadership/une-definition-du-leadership-influencer-et-federer/>

KILPATRICK K, « Leadership clinique, valoriser l'expertise et le leadership clinique » Congrès 2013. Québec Consulté le 4 février 2020 à l'adresse : https://www.oiiq.org/archives/congres2013.oiiq.org/sites/congres2013.oiiq.org/files/pdf/kelley_Kilpatrick_OIIQ_Expertise_2013.pdf

MEIER, O. RSE Magazine. 17/09/2019 Consulté le 22 Février 2020 à l'adresse : https://www.rse-magazine.com/Max-Weber-et-la-legitimite-du-pouvoir_a3424.html.

Ministère de la santé et de la solidarité. Consulté le 20 janvier 2020, à l'adresse : <https://solidarites-sante.gouv.fr>

ONI, (6 avril 2017) *Infirmière de pratique avancée, Position du conseil national de l'ordre infirmier. Position adoptée par le conseil national le 6 avril 2017.* Consulté le 29 janvier 2020, à l'adresse https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/publications/oni_pratique_avancee_2017d%C3%A9f.pdf

Perspective Monde. Consulté le 25 mai 2020 à l'adresse : https://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BM_Dictionnaire?iddictionnaire=1619

RODGERS, C (14 mai 2016) *En quête d'un leadership clinique.* (s. d.). *Le Devoir*. Consulté le 19 février 2020, à l'adresse <https://www.ledevoir.com/societe/sante/470625/federation-interprofessionnelle-de-la-sante-du-quebec-en-quete-d-un-leadership-clinique>

Séjour de la santé (Juillet 2020) *Les conclusions.* Dossier de presse. 55p Consulté le 22 juillet 2020 à l'adresse <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/dossier-de-presse-conclusions-du-sejour-de-la-sante>

UIPARM : Union Inter Professionnelle de Rééducateurs et Médicotechniques. Consulté le 12 juillet 2020 à l'adresse : <http://www.thema-radiologie.fr/actualites/1599/un-long-chemin-vers-les-pratiques-avancees-pour-les-manipulateurs.html>

AUTRES

ARS PACA (Décembre 2019) « *Modélisation de la fonction d'infirmier en pratique avancée. Guide d'implantation de l'exercice infirmier en pratique avancée en milieu hospitalier. Recommandations et illustrations* » 59 p.

Projet d'établissement : 2019 - 2023. 97 p.

Liste des annexes

ANNEXE 1	Les compétences de l'IPA selon Ann HAMRIC	II
ANNEXE 2	Le leadership clinique du NHS	III
ANNEXE 3	Grille entretien des acteurs du CHU	IV
ANNEXE 4	Grille d'entretien IDE-ARS	VI
ANNEXE 5	Grille Analyse-thème	VII

ANNEXE 1 : Les compétences de l'IPA selon Ann HAMRIC

Les 7 domaines de compétences d'une IPA



ANNEXE 2 : Le leadership clinique du NHS

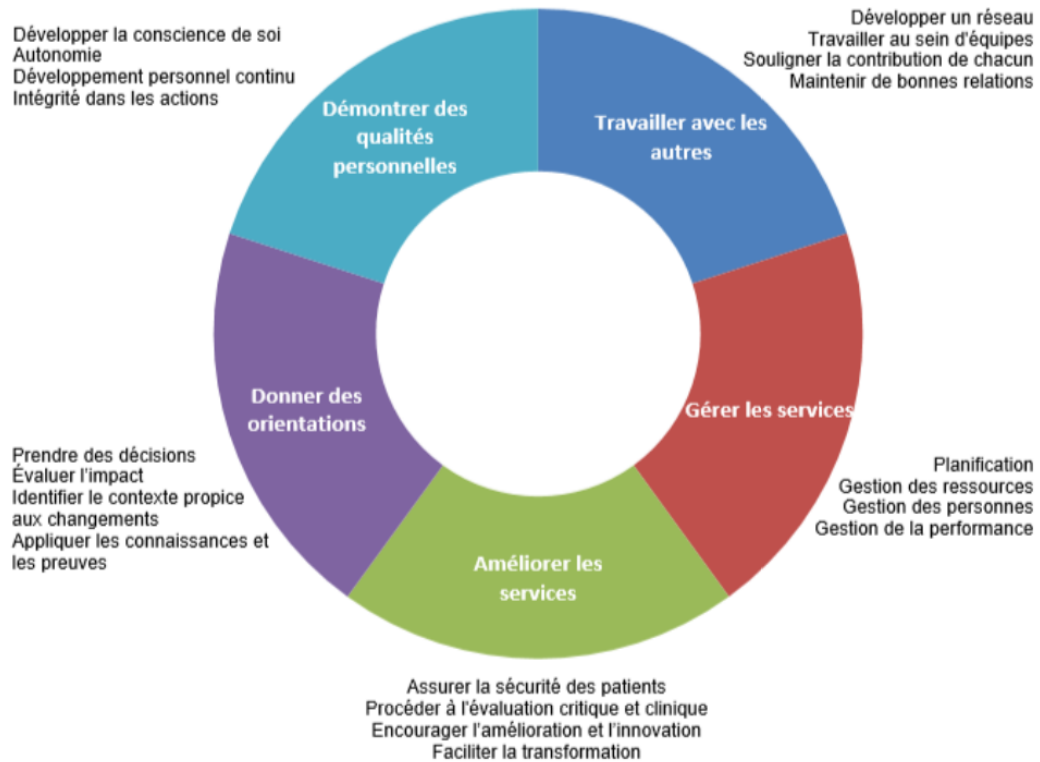


Figure 1. Cadre de compétences du leadership clinique du NHS (2010).

ANNEXE 3 : Grille entretien des acteurs du CHU

Questions	Personnes concernées
<p>Quelles connaissances avez-vous des IPA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Leurs missions - Leur rôle - Leur périmètre de responsabilité 	<p>Médecins CGS-C et CGS1-2-3 CSS</p>
<p>Avez-vous connaissance des actes qu'elles peuvent effectuer ?</p>	<p>CGS-C et CGS 1-2-3 Médecins CSS IPA EIPA</p>
<p>Quel est l'intérêt de la mise en place des IPA au sein de votre structure ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Qu'en attendez-vous ? 	<p>CGS-C CGS 1-2 CSS Médecins IPA EIPA</p>
<p>Sous quelle autorité hiérarchique envisagez-vous l'IPA ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pourquoi ? 	<p>Tous les acteurs</p>
<p>Comment voyez-vous la mise en place des IPA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Freins - Leviers 	<p>Tous les acteurs</p>
<p>Comment vous y êtes-vous pris pour initier la mise en place des IPA ? et Sur quoi vous êtes-vous appuyé ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Choix des spécialités 	<p>CGS-C CSS CGS 1-2 PCME, médecins</p>
<p>Avez-vous rencontré en amont des personnes ressources pour évoquer la mise en place des IPA ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Qui ? (DG, CGS des GH, PCME, Médecin des spécialités ?) - Pourquoi ? 	<p>CGS-C CGS 1-2 CSS PCME</p>
<p>Avez-vous présenté le projet aux instances ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lesquelles ? - Avec quelle stratégie ? 	<p>CGS-C CGS 1-2-3 CSS PCME</p>

Est-ce inscrit dans le projet d'établissement et projet de soins	Tous les acteurs
Avez-vous évoqué ceci en CODIR avec un argumentaire spécifique ?	CGS central CGS 1-2
Sur quels critères avez-vous envoyés les professionnels en formation IPA ? <ul style="list-style-type: none"> - Quel nombre et pourquoi ? - Qui et sur quelle base ? 	CGS-C CGS 1-2-3 CSS
Une étude de coût a-t-elle été faite ? <ul style="list-style-type: none"> - Pour envisager le retour sur investissement ? - Pour envisager, décider du nombre à envoyer ? 	CGS Central CGS 1-2 PCME
Pensez-vous que d'autres directions fonctionnelles (autre que la DS) soit impactée par la mise en place des IPA ? <ul style="list-style-type: none"> - Direction qualité ? - DRH = retour sur investissement - Direction de la recherche ? = implication dans la recherche des IPA - 	Tous les acteurs
Pensez-vous avoir un rôle d'interface dans la mise en place des IPA ? <ul style="list-style-type: none"> - Sous quelle forme ? 	CGS-C PCME CGS 1-2-3 CSS CSF
Nature des liens avec les différents acteurs <ul style="list-style-type: none"> - Université : organisation - IFPS du CHU ? - CGS central - CGS 1-2 	CGS3 CSS coord CSF EIPA
On parle de leadership clinique entendue comme une compétence à acquérir pour les IPA. <ul style="list-style-type: none"> - Comment le programme permet-il ceci ? - Quels axes permettent cette acquisition dans le PP 	CSF CGS 3 CSS coord IPA EIPA CSS
Qu'est-ce qui vous a poussé à faire IPA ?	IPA EIPA

ANNEXE 4 : Grille d'entretien IDE-ARS

Grille d'entretien IDE Docteur en Santé Publique. Chargée de mission ARS sur
l'implantation des IPA dans les établissements de santé.

- Pourriez-vous me présenter votre rôle, vos missions au sein de l'ARS ?
- Quelles réflexions spontanées vous amène ce thème de mémoire
- Comment expliquez-vous les réticences médicales assez souvent exprimées ?
- Quelle place le DS a-t-il dans la mise en place des IPA ?
- Qui doit être impliqué dans cette mise en place ?
- Quel est l'intérêt de cette mise en place ?
 - o Au niveau des ES
 - o Au niveau des IDE qui souhaitent se former ?
 - o Au niveau de la communauté médicale ?
 - o Au niveau territorial ?
- Pensez-vous qu'il puisse y avoir des ES qui ne souhaitent pas mettre en place des IPA ?
 - o Sur quels critères ?
- Pour vous quelles seraient les missions confiées aux IPA dans les ES ?
 - o Suivi consultations médicales en priorité
- Comment envisagez-vous les liens hiérarchiques avec les IPA ?
 - o Sous quelle responsabilité hiérarchique ?
 - o Pourquoi ?
- On évoque beaucoup le leadership clinique qui est important dans la fonction d'IPA, avez-vous un « modèle identifié » pour la fonction IPA ?
- Que pensez-vous de la possibilité de s'inscrire dans la formation IPA dès la sortie de l'IFSI ?

ANNEXE 5 : Grille analyse - thème

FREINS / RISQUES	LEVIERS	THEMES
Cooptation des IPA par médecins	Cibler les missions très clairement	Collaboration médecin DS
	PT organisation	Collaboration médecin DS
Place IPA dans équipe	Positionnement sur un pôle, Sous responsabilité hiérarchique CSS DS	Stratégie managériale
Peur de prendre la place de l'autre	PT organisation	Collaboration médecin DS
	Communication sur rôle IPA équipe médecins	Communication
Place IPA/CS	Communication Hiérarchie CSS DS	Stratégie managériale
Peur des malades	PEPPA Groupes de travail Qualité de prise en charge Travail sur les représentations de la société sur IPA	Stratégie institutionnelle Communication Stratégie accompagnement
Avoir une vision seulement économique	Bénéfices attendus // DM, FA, Délai prise en charge – pertes de chances Temps médical dégagés	Médico économique Stratégie institutionnelle
IPA ciblées que sur la clinique et consultations	PT organisation clairement définis Temps recherche, consultations, APP EPP	Collaboration médecin Stratégie institutionnelle
Projet construit DS PCME sans IPA	Construire ensemble PEPPA	Stratégie managériale accompagnement
Transition identitaire	Projet pédagogique Stages, jeux de rôles, suivi pédago Présence psycho en formation	Stratégie managériale accompagnement
Manque de leadership	Projet pédago, présentation de leur projet en lien avec besoins du malade	Stratégie managériale accompagnement
Erreur sélection candidat	Connaissances de IPA par médecin, CS CSS Formation sur leadership++++	Stratégie managériale accompagnement Collaboration médecin DS

	Construction d'un projet prof présenté en sélection Accompagnement du projet par DS	
Pas de plus-value une fois mise en place Voir que le côté économique	Etude de besoins de la population, territoire, malade Qualité des PEC, Recherche	Stratégie institutionnelle
Pas de soutien de l'administration	PE, Validation par DG DGA	Stratégie institutionnelle
IPA petit médecin	PT organisation Evaluation Accompagnement suivi Missions recherche APP EPP	Stratégie managériale accompagnement Collaboration médecin DS
Changer les représentations sociales	Communication Qualité, intérêt	Stratégie institutionnelle

RAFFIOT	Agnès	Décembre 2020
Directeur des soins Promotion 2020		
L'implantation des infirmières de pratique avancée en établissement de santé : Un enjeu stratégique et managérial pour le directeur des soins		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Université Rennes		
<p>Résumé :</p> <p>Les transitions épidémiologiques, démographiques, les évolutions des demandes des usagers sont au cœur des mutations du système de santé. Pour répondre à ces évolutions et dans le cadre de la rationalisation des systèmes de santé, les politiques de santé et les professionnels doivent penser créativité et innovation. Après de multiples débats, rapports et expérimentations la reconnaissance des Infirmières de Pratique Avancée au travers de la loi de modernisation du système de santé en 2016 a été entérinée. Qu'en sera-t-il de leur intégration dans l'univers hospitalier ?</p> <p>Les décrets d'application de ce nouveau métier permettent d'envisager une place au sein des établissements de santé, et mettent en avant les évolutions et changements dans la vision « habituelle » de la place de l'infirmière. Les représentations sociales, identitaires de l'infirmière changent et un accompagnement rigoureux de ce projet doit être mis en place. L'implantation des infirmières de pratique avancée au sein des établissements de santé relève du champ de compétence du directeur des soins- coordonnateur général des soins et celui-ci devient initiateur et porteur de ce projet en étroite collaboration avec le président de la commission médicale d'établissement. Alliant stratégie et opérationnalité le coordonnateur général des soins pourra s'appuyer sur la méthodologie de gestion de projet et la méthode PEPPA pour déployer les infirmières de pratique avancée au sein de l'établissement.</p> <p>A travers la rencontre d'acteurs de la stratégie institutionnelle, de la clinique et de la formation des freins ont été perçus, mais des leviers repérés, permettant d'envisager une stratégie d'implantation.</p> <p>Les préconisations seront d'ordre stratégique et opérationnel en impliquant les personnes impactées par la mise en place de ce nouveau métier, allant de la communauté médicale, paramédicale aux usagers,</p> <p>Les bénéfices attendus impacteront la prise en charge, la satisfaction des patients, ainsi que la qualité et sécurité des soins.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Stratégie, Infirmières de Pratique Avancée, collaboration, médecins, accompagnement, implantation, intégration, besoins, méthode PEPPA, pilotage, directeur des soins</p>		
<i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		