



---

**Directrice d'établissements et services  
sanitaires, sociaux et médico-sociaux**

Promotion : **2019 - 2020**

Date du Jury : **Novembre 2020**

---

**La pratique avancée infirmier(ère) :  
une opportunité managériale  
en faveur de l'accompagnement des  
personnes âgées accueillies en EHPAD**

---

**Marilyne TOUFFET**

---

# Remerciements

---

Mes premières pensées vont à mon époux, à qui j'adresse mes plus tendres remerciements. Sans son adhésion, sans son soutien, rien n'aurait été possible.

Je remercie infiniment mes enfants, dont je suis si fière, pour leurs encouragements, pour la confiance qu'ils m'ont témoignée, pour leur conviction.

Un très grand merci à ma collègue et amie Sabine CARRETERO, avec qui j'ai tant partagé d'émotions, de doutes aussi, que notre complicité et notre complémentarité ont toujours permis de surmonter.

Pour sa disponibilité, sa générosité, ses conseils précieux, son humanisme, j'adresse mes plus vifs remerciements à Madame Thérèse PSIUK.

Je remercie très sincèrement le directeur de l'EHPAD autonome « Y », maître de stage durant la période de professionnalisation, dont les enseignements et les valeurs humaines qui l'ont accompagnée resteront définitivement précieux. Sa conviction et son soutien envers mon choix du sujet de mémoire et sa réalisation ont été très appréciés.

Je tiens à remercier l'ensemble des professionnels de l'EHPAD du lieu de stage de professionnalisation pour leur accueil, leur disponibilité, leur bienveillance. Ainsi que les résidents auprès de qui ma certitude à m'engager dans le métier de directeur d'établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux n'en a été que confortée.

Enfin j'adresse un très grand merci aux professionnels qui m'ont accordé de leur temps précieux, en pleine crise sanitaire, lors d'un entretien ou en acceptant de compléter le questionnaire que je leur ai transmis pour les besoins du présent mémoire. Sans ce partage, sans leurs témoignages, sans ce recueil indispensable des acteurs de terrain, de première ligne, de managers, l'appropriation du sujet aurait été incomplète.

---

# Sommaire

---

Introduction .....	3
Méthodologie.....	8
1 La pratique avancée : un contexte international .....	11
1.1 Un concept innovant au départ de la pratique avancée .....	11
1.1.1 Une profession au service des besoins des évolutions sanitaires .....	11
1.1.2 La pratique avancée en France.....	13
1.2 Enjeux de la mise en place de la pratique avancée dans le système de santé ..	15
1.2.1 L'innovation dans la profession infirmière.....	16
1.2.2 La pratique avancée dans l'économie de la santé .....	18
2 L'IPA dans l'accompagnement du grand âge .....	21
2.1 L'expertise dans les maladies chroniques .....	21
2.1.1 La collaboration et la coordination performantes dans les parcours de la dépendance .....	22
2.1.2 La complémentarité médicale.....	25
2.2 La réduction des coûts d'accompagnement .....	28
2.2.1 L'amélioration partagée des pratiques professionnelles .....	29
2.2.2 La réduction des hospitalisations .....	32
3 Les pistes de recommandations pour le développement de l'IPA en EHPAD .....	36
3.1 Exemples d'EHPAD autonomes : une opportunité managériale .....	36
3.1.1 Un levier inscrit au projet d'établissement .....	36
3.1.2 Un levier pour l'EHPAD de demain.....	39
3.2 Promouvoir l'IPA au sein des EHPAD .....	43
3.2.1 Une stratégie d'implantation adaptée et proactive .....	44
3.2.2 Un levier managérial de fidélisation et d'avenir.....	47
Conclusion .....	51
Bibliographie .....	53
Liste des annexes .....	I
ANNEXE 1 : Entretien avec membre du Conseil National de l'Ordre des Infirmiers .I	
ANNEXE 2 : Entretien avec un personnel IDEC en formation IPA .....	VIII

ANNEXE 3 : Entretien avec un personnel IDE inscrit à la formation IPA .....	XII
ANNEXE 4 : Entretien avec un directeur d'EHPAD autonome.....	XIX
ANNEXE 5 : Entretien avec directeur d'EHPAD autonome du lieu de stage....	XXVI
ANNEXE 6 : Entretien avec responsable universitaire formation IPA .....	XXX
ANNEXE 7 : Résultats questionnaires auto-administrés adressés à des directeurs d'EHPAD .....	XXXV
ANNEXE 8 : Résultats questionnaires auto-administrés adressés à des médecins coordonnateurs .....	XLV
ANNEXE 9 : Résultats questionnaires auto-administrés adressés à des CSS – CS – IDEC .....	LII
ANNEXE 10 : Résultat questionnaire auto-administré adressé à un IDEC en formation IPA .....	LXI
ANNEXE 11 : Résultats questionnaires auto-administrés adressés à IDE.....	LXVII

---

## Liste des sigles utilisés

---

ANAP	: Agence Nationale d'Appui à la Performance
ANESM	: Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et services Sociaux et Médico-Sociaux
AP-HP	: Assistance Publique Hôpitaux de Paris
APP	: Analyse des Pratiques Professionnelles
ARS	: Agence Régionale de Santé
CA	: Conseil d'Administration
CASF	: Code de l'Action Sociale et des Familles
CD	: Conseil Départemental
CESE	: Conseil Economique, Social et Environnemental
CHSCT	: Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CII	: Conseil International des Infirmières
COFIL	: Comité de Pilotage
CPOM	: Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CS	: Cadre de santé
CSP	: Code de la Santé Publique
CSS	: Cadre supérieur de santé
CTE	: Comité Technique d'Etablissement
CVS	: Conseil de la Vie Sociale
DESSMS	: Directeur d'Etablissements et services Sanitaires, Sociaux et Médico-Sociaux
DGAS	: Direction Générale de l'Action Sociale
DGOS	: Direction Générale de l'Offre de Soins
DGS	: Direction Générale de la Santé
DUERP	: Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels
EGS	: Evaluation Gériatrique Standardisée
EHESP	: Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
EHPAD	: Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
FHF	: Fédération Hospitalière de France
GCSMS	: Groupement de Coopération Social et Médico-Social
GPMC	: Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences
HAS	: Haute Autorité de Santé
IADE	: Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat
IBODE	: Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat
ICS	: Infirmière Clinicienne Spécialisée

IDE	: Infirmier Diplômé d'Etat
IDEC	: Infirmier Diplômé d'Etat Coordinateur
IP	: Infirmière Praticienne
IPA	: Infirmier en Pratique Avancée
IPDE	: Infirmier Puéricultrice Diplômé d'Etat
LMSS	: Loi de Modernisation de notre Système de Santé
OCDE	: Organisation de Coopération et de Développement Economique
PASA	: Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
PE	: Projet d'Etablissement
PEPPA	: Participary, Evidence-based, Patient-focused, process for advanced Practice nursing role development
SFGG	: Société Française de Gériatrie et de Gériologie

## Introduction

---

*« Portons un instant un autre regard sur eux : un regard sur leur humanité qui fait fi de leur corps affaibli, sur la flamme de vie qui brûle toujours en eux avec notre aide et notre bienveillance, un regard empreint de respect pour ce qu'ils représentent dans notre histoire personnelle et collective, eux, qui nous ont protégés lorsqu'enfants nous étions faibles. N'oublions jamais, qu'avant d'être ces personnes affaiblies et dépendantes, ils furent des parents, des amis, des professionnels ».*  
(Vidal A., 2018)

Eux, ce sont nos aînés, nos parents, nos grands-parents, les personnes âgées ou d'un certain âge, d'un âge avancé, les séniors, que d'aucuns nomment les vieux, tantôt affectueusement, tantôt ironiquement. Les dénominations ne manquent pas. Nous choisissons de les appeler les personnes âgées.

Leur nombre est en constante augmentation en raison de l'allongement de l'espérance de vie à la naissance, qui induit un vieillissement de la population. Cependant il en est tout autre concernant l'espérance de vie sans incapacité, qui a plutôt tendance à stagner, avec pour corollaires le développement accru des maladies chroniques, des critères de fragilité et de la dépendance, qui conduisent les personnes âgées à devoir être accueillies et accompagnées en institution, en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Un EHPAD est un lieu de vie, le domicile des personnes accueillies, les résidents(es). L'enquête EHPA réalisée en 2015<sup>1</sup> qui recueille, à un rythme quadriennal, des informations auprès des établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées en France métropolitaine et dans les départements et régions d'Outre-Mer, révèle que 728 000 d'entre elles vivent en établissement, dont plus de 80% sont accueillies en EHPAD.

Mais l'EHPAD est également un lieu où sont dispensés des soins, y compris palliatifs, et qui accompagne la fin de vie. Bien qu'il ne s'agisse pas d'une structure sanitaire mais médico-sociale, conformément à l'article L 312 - 1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF)<sup>2</sup>, la médicalisation y est de plus en plus prégnante.

Comme l'indique le document élaboré conjointement par la Direction Générale de la Santé (DGS), la Direction Générale de l'Action Sociale (DGAS) et la Société Française de

---

<sup>1</sup> [https://www.pspaca.fr/IMG/pdf/etude\\_population\\_ehpa\\_2015\\_drees\\_juillet\\_2017.pdf](https://www.pspaca.fr/IMG/pdf/etude_population_ehpa_2015_drees_juillet_2017.pdf)

<sup>2</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000038833680&cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20190901>

Gériatrie et Gérontologie (SFGG), portant sur les recommandations de bonnes pratiques des soins en EHPAD :

*« Les établissements d'hébergement accueillent des personnes de plus en plus âgées, polypathologiques et donc dépendantes. Les résidents y cumulent en moyenne 7 maladies diagnostiquées »<sup>3</sup>.*

C'est pourquoi l'avis du Conseil Economique, Social et Environnemental (CESE) rendu au mois de juin 2019 et portant sur les maladies chroniques<sup>4</sup>, rend compte d'une obligation de coordination et de l'adaptation nécessaire des acteurs du système de santé pour satisfaire cette prise en soins en EHPAD, et précise clairement à ce titre que :

*« L'Infirmier(ère) en Pratique Avancée est notamment un acteur de santé publique susceptible de participer à la réponse interdisciplinaire dans l'accompagnement de patients atteints de maladies chroniques ».*

Et concomitamment répondre à l'orientation nationale en faveur du virage ambulatoire, qui insiste sur la nécessité de passer :

*« d'un système de santé centré sur l'hôpital à un système qui fait des médecins et des équipes de soins primaires constituées autour d'eux, à la fois des pivots et les coordinateurs des parcours »<sup>5</sup>.*

Cette volonté d'opérer un renforcement dans la coopération entre les professionnels de santé est inscrite dans la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (LMSS)<sup>6</sup>. Et spécifiée à l'article 119 dans son chapitre II « *Innover pour préparer les métiers de demain* »<sup>7</sup>, qui prévoit l'élargissement des compétences des auxiliaires médicaux, à travers le métier d'infirmier(ère) en pratique avancée (IPA), qui :

*« peut exercer en pratique avancée au sein d'une équipe de soins primaires....en établissements médico-sociaux coordonnée par un médecin ».*

La pratique avancée, déployée de longue date à l'international, a trouvé reconnaissance en 2008 auprès du Conseil International des Infirmières (CII) qui lui apporte la définition suivante :

*« Une infirmière praticienne / en pratique infirmière avancée est une infirmière diplômée d'Etat ou certifiée qui a acquis les connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences*

<sup>3</sup> <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ehpad-2.pdf>

<sup>4</sup> [https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2019/2019\\_14\\_maladies\\_chroniques.pdf](https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2019/2019_14_maladies_chroniques.pdf)

<sup>5</sup> <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>

<sup>6</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641>

<sup>7</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?idArticle=JORFARTI000031913702&cidTexte=LEGITEXT000031916187&categorieLien=id>



*cliniques indispensables à la pratique avancée de son métier, pratique avancée dont les caractéristiques sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera autorisée à exercer. Un master est recommandé comme diplôme d'entrée ».* (CII, 2008)

Ainsi, la **pratique** est axée sur le développement approfondi des compétences cliniques, **avancée** dès lors qu'elle se distingue de sa pratique courante, et en **soins infirmiers**, le cœur de métier.

L'IPA serait considéré(e) comme :

*« Un vecteur essentiel de la réforme et de l'innovation dans les soins de santé visant l'adoption de modèles de santé plus efficaces et plus durables »* (Bryant-Lukosius et Martin-Misener, 2015, p.1).

*« Le personnel infirmier en pratique avancée est la solution à bon nombre de difficultés et de programmes en soins de santé à l'échelle mondiale »* (Judith Shamian, citée dans Schober, 2016).

Mais alors, depuis 2016 et en écho à la LMSS, qu'en est-il en France ? Cette question a pris sens lors du stage de professionnalisation, à différentes occasions.

Tout d'abord, chaque année la délégation départementale de la Fédération Hospitalière de France (FHF) de la région du lieu de stage, organise un séminaire médico-social de portée régionale. Le directeur de l'établissement où s'est déroulé le stage de professionnalisation s'y inscrit activement, et compte parmi les membres du groupe de travail pour l'organisation de cette journée. La première réunion préparatoire où nous l'avons accompagné et à laquelle nous avons participé s'est tenue fin novembre 2019, où il a été question de définir le thème pour 2020. Le choix s'est porté sur la volonté de mettre en lumière *« Le métier de demain en EHPAD »*, qui n'est autre que celui d'infirmier(ère) en pratique avancée diplômé(e) d'Etat (IPADE).

En second lieu, après deux années de réflexion, un personnel infirmier de l'EHPAD du lieu de stage, s'est inscrit à la formation IPA qui débutera à la rentrée 2020, avec le projet de poursuivre ensuite son exercice au sein de l'établissement, démarche soutenue par le directeur.

Enfin, la direction d'un EHPAD autonome avec laquelle nous nous sommes entretenue a d'ores et déjà démontré son intérêt envers la pratique avancée, en soutenant l'infirmière coordinatrice de son établissement à suivre cette formation, à laquelle elle est inscrite

depuis septembre 2019. Avec également pour projet de poursuivre son exercice au sein de la structure.

Ainsi, face à ces enjeux et constats, nous avons souhaité porter un intérêt particulier à la pratique avancée, effectuer des recherches sur cette évolution dans la profession infirmière et ses nouvelles compétences, évaluer sa plus-value dans l'accompagnement des personnes âgées accueillies en EHPAD. Cette forme nouvelle d'exercice vient en effet interroger la qualité et la continuité de l'accompagnement et des soins tout autant que le développement des compétences professionnelles, domaines dont le DESSMS est garant. Ce sujet de mémoire se veut enrichir les connaissances des DESSMS sur la pratique avancée, en cours d'exercice et ceux qui aspirent à le devenir. Des recherches bibliographiques et des enquêtes de terrain ont vocation à nous éclairer sur la posture managériale à adopter.

Ce sujet n'est pas en lien avec une mission confiée dans le cadre du stage de professionnalisation. Cependant, le directeur de la structure d'accueil, maître de stage, s'est montré tout autant engageant, intéressé que soutenant dans notre choix, notamment au regard du récent projet professionnel d'un de ses salariés. Nous avons par ailleurs, après avoir discuté de notre choix d'investir ce sujet avec Madame PETIT-SENECHAL, enseignant chercheur à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), reçu son approbation en ce sens.

Enfin, pour la future DESSMS que nous aspirons à devenir, nous précisons que faire ce cheminement de connaissances pour nos organisations futures, basé sur nos intuitions et nos expériences, nous a semblé indispensable. C'est pourquoi ce sujet nous est apparu tout autant intéressant, d'actualité que d'avenir.

Les premiers constats et recherches bibliographiques nous ont permis de faire émerger la problématique suivante :

**En quoi la pratique avancée infirmier(ère) constitue-t-elle une opportunité managériale en faveur d'une amélioration de la qualité d'accompagnement des personnes âgées ?**

De cette problématique et au regard des premières lectures effectuées, ont émergé les hypothèses suivantes :

Hypothèse n° 1 : L'infirmier(ère) en pratique avancée constitue une opportunité managériale en faveur d'une amélioration de l'accompagnement et des parcours des personnes âgées.

Hypothèse n° 2 : L'infirmier(ère) en pratique avancée constitue une opportunité managériale dans le cadre d'une démarche d'ouverture sur l'extérieur, permettant d'identifier l'EHPAD comme un centre ressources.

Dans une première partie, nous nous attacherons à révéler les fondements et l'émergence de la pratique avancée, à l'étranger puis en France, ainsi que ses enjeux, sur la base de lectures de matériaux empiriques. Cette démarche de connaissances nous est apparue tout autant nécessaire que fondamentale pour mener à bien notre réflexion.

En seconde partie, sur la base de ces connaissances, nous nous emploierons à révéler quelle réponse le modèle français de pratique avancée peut apporter dans l'amélioration de la qualité d'accompagnement des personnes âgées.

Et représenter à ce titre, pour des directeurs d'EHPAD, une opportunité managériale, qui nous conduira en dernière partie de ce mémoire à formuler des préconisations quant à l'implantation de l'infirmier(ère) en pratique avancée en EHPAD.

## Méthodologie

---

Notre terrain de référence s'est porté sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Notre public de référence concerne les personnes âgées.

Notre enquête de terrain s'est quant à elle adressée aux professionnels suivants :

- directeurs d'EHPAD ;
- professions paramédicales : cadre supérieur de santé (CSS), cadre de santé (CS), infirmières coordinatrices (IDEC) et infirmière (IDE) exerçant en EHPAD ;
- infirmières exerçant en EHPAD poursuivant le cursus de formation universitaire en pratique avancée ;
- médecins coordonnateurs exerçant en EHPAD ;
- médecins traitants des résidents intervenant en EHPAD ;
- responsables de formation en pratique avancée à l'université ;

après desquels nous souhaitons procéder à des entretiens semi-directifs, enregistrés sous réserve de leur accord et alors retranscrits en totalité.

Et ce afin d'opérer un recueil de données diversifiées, nous permettant d'objectiver l'appréciation et la projection par ces acteurs envers la pratique avancée.

Cependant, l'arrivée soudaine de la crise sanitaire liée à la Covid-19 nous a contrainte à adapter notre méthodologie. En effet, d'une part la longue mobilisation sans précédent des acteurs de santé, acteurs de terrain, a considérablement empêché leur disponibilité. D'autre part, nous soulignons notre participation et notre engagement continu et de façon soutenue durant plusieurs mois dans l'accompagnement de la gestion de crise au sein de la structure d'accueil lors du stage de professionnalisation.

Afin de mener ce travail, nous avons donc revisité notre méthodologie.

Nous avons pu mener quelques entretiens téléphoniques semi-directifs, enregistrés et entièrement retranscrits en accord avec les professionnels :

- 1 directeur d'EHPAD autonome ;
- 1 IDEC en formation IPA exerçant en EHPAD ;
- 1 IDE exerçant en EHPAD inscrit à la formation IPA ;
- 1 responsable de formation en pratique avancée à l'université ;
- 1 membre du Conseil National de l'Ordre des IDE

Nous avons également retranscrit un entretien semi-directif en présentiel, enregistré avec l'accord préalablement recueilli :

- 1 directeur d'EHPAD autonome

L'ensemble de ces retranscriptions figure en annexes 1 à 6.

Nous avons adressé des questionnaires auto-administrés à :

- 20 directeurs d'EHPAD où nous avons obtenu 6 réponses ;
- 35 médecins coordonnateurs où nous avons obtenu 2 réponses ;
- 20 CSS / CS / IDEC où nous avons obtenu 4 réponses ;
- 1 IDEC en formation IPA où nous avons obtenu 1 réponse ;
- 20 IDE où nous avons obtenu 3 réponses.

En amont, afin de vérifier la pertinence et l'exhaustivité des questions, ces questionnaires ont été soumis aux directeur, CSS, CS, IDE et médecin coordonnateur du lieu de stage. Avec l'accord du maître de stage, nous avons utilisé le logiciel de pilotage de la qualité et de questionnaire en ligne AGEVAL dont est doté l'établissement, pour l'exploitation des résultats. L'ensemble des résultats figure en annexes 7 à 11.

Conformément aux consignes, une anonymisation intégrale a été opérée (nom des personnes, des lieux, des établissements), y compris du lieu du stage.

Enfin, nous nous sommes appuyée sur les lectures de matériaux empiriques, dont les expériences à l'international, et nous avons procédé à de nombreuses recherches et à une analyse documentaire.

Ce travail présente ainsi ses limites, au regard du contexte exceptionnel dans lequel il s'est déroulé : nous nous sommes heurtée à des terrains d'enquêtes majoritairement indisponibles avec pour corollaire un recueil quantitatif extrêmement faible et de surcroît tardif, et notre propre disponibilité amoindrie.

Nous avons tenté d'appliquer au plus juste une des valeurs fondamentales du service public hospitalier que nous portons et qui n'a cessé particulièrement de nous animer au cours des derniers mois face à la gestion de crise sanitaire : l'adaptabilité. Pour permettre la production du présent mémoire, nous nous sommes adaptée autant que possible face aux matériaux disponibles, si modestes et insuffisamment représentatifs des professionnels du secteur soient-ils.

Nous regrettons malheureusement de n'avoir pas pu recueillir le témoignage ni approcher de médecins traitants intervenant en EHPAD, y compris sur notre lieu de stage. La crise

Covid-19 et notamment la période de confinement qui s'en est suivie ont très fortement limité la venue des médecins dans l'établissement qui n'intervenaient que sur demande, et même pour certains d'entre eux a été totalement ajournée par décision collégiale (par exemple lorsque plusieurs médecins traitants de résidents exercent au sein d'un même cabinet, un seul d'entre eux se déplaçait en cas de besoin pour les résidents concernés).

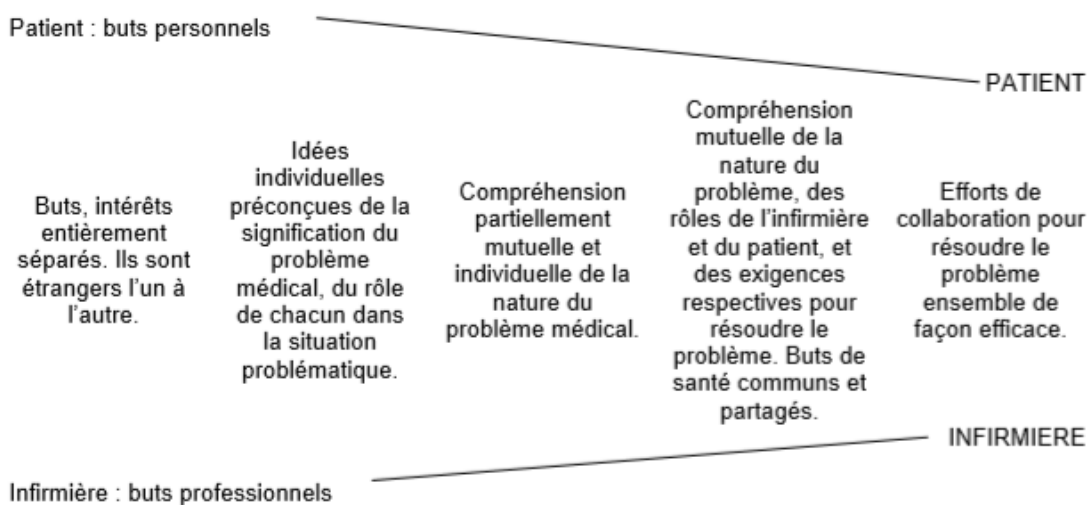
Enfin, pour la rédaction du présent mémoire, nous avons fait le choix de nous exprimer en utilisant le « nous de modestie » (« nous » qui s'utilise pour une seule personne, à la place du « je »), avec pour conséquence des accords au féminin singulier (je) en lieu et place du masculin pluriel (nous).

# 1 La pratique avancée : un contexte international

## 1.1 Un concept innovant au départ de la pratique avancée

Un concept original et novateur en faveur de l'autonomisation de l'infirmier(ère) (IDE) a été impulsé durant le milieu du XXème siècle aux Etats-Unis par le Docteur Hildegarde PEPLAU<sup>8</sup>, théoricienne des soins infirmiers pour qui la relation infirmière-patient était fondamentale. Convaincue que cette relation devait absolument se traduire par un partenariat implicite entre eux, et faire que chacun ne soit pas acteur passif (se conformer aux prescriptions en donnant et recevant des soins sans autres interactions), mais devienne un acteur véritablement actif dans l'évaluation du besoin et de la réponse au besoin.

Par autonomisation de l'IDE, le docteur PEPLAU entendait pouvoir permettre à l'IDE de bénéficier d'une plus grande autonomie dans son action, par l'acquisition de savoirs au contact du patient pouvant conduire à une anamnèse de la situation, comme schématisé ci-dessous :<sup>9</sup>



C'est en prenant appui sur ce concept précurseur que s'est construite et a ensuite été adaptée et élargie la pratique avancée IDE dans de nombreux pays, au premier rang desquels les pays anglo-saxons, et plus tardivement la France.

### 1.1.1 Une profession au service des besoins des évolutions sanitaires

En 2010, une étude a révélé pas moins de 13 dénominations différentes de pratique avancée dans les 25 pays où elle est déployée, telles que « infirmière praticienne », « infirmière praticienne avancée », « infirmière consultante », « infirmière clinicienne

<sup>8</sup> Hildegarde PEPLAU – Théoricienne des soins infirmiers – Docteur en éducation – 1909-1999

<sup>9</sup> <http://reseau-asteria.fr/CADCI/CONCEPT%20PEPLAU.PDF>

spécialisée »,... (Pulcini *et al.*, 2010). Cependant deux modèles se distinguent à l'étranger, selon la même étude, dans nombre d'entre eux.

L'IDE praticienne (IP) ou « nurse practitioner », d'origine anglo-saxonne, née d'une collaboration entre les docteurs Henry K. SILVER<sup>10</sup> et Loretta C. FORD<sup>11</sup>, les premiers à instaurer un programme de formation de niveau master à l'Université du Colorado aux Etats-Unis, en 1965. Ce programme a vocation à fournir des soins de ville et répondre d'une carence médicale particulièrement marquée dans les territoires ruraux, alors même que le nombre d'IDE est quant à lui, élevé, apparaissant en quelque sorte comme la cause et la conséquence du développement de ce modèle de pratique avancée. Par substitution aux médecins de certaines tâches définies dans le cadre d'une coopération, l'IP vise à permettre l'amélioration de l'accès aux soins, qui est la faculté offerte à toute personne, sans discrimination aucune, de prétendre à des soins tant préventifs que curatifs (Delamaire, M. *et* G. Lafortune, 2010).

Son champ d'exercice est le même que celui de l'IDE généraliste, c'est-à-dire dans les soins primaires. Cependant l'IP bénéficie d'un champ élargi de compétences, qui combinent une formation médicale, la pratique clinique, la recherche et l'éducation en santé. Et notamment des activités relevant du champ médical (en première ligne pour les prises en soins d'affections mineures, prescription de médicaments et de tests, prescription et interprétation d'examens, suivi de patients souffrant de maladies chroniques, dépistage) (Delamaire, M. *et* G. Lafortune, 2010).

Ce modèle reste cependant plus prégnant dans les pays où les médecins généralistes exercent en cabinet individuel. En effet les pays où le médecin généraliste exerce et coopère avec d'autres professionnels, ont davantage favorisé le déploiement de l'IDE clinicienne spécialisée (Bourgueil, Y., Marek, A. & Mousques, J., 2008).

L'IDE clinicienne spécialisée (ICS) ou « clinical nurse specialist » apparaît initialement au Canada durant les années 1960 et s'est ensuite fortement développée. L'augmentation du rôle visait en partie à répondre à la pénurie d'infirmières qui a suivi la Seconde Guerre mondiale, mais aussi en raison de la technologie croissante des soins de santé et des besoins en soins complexes : il fallait des infirmières spécialisées pour aider les préposés aux soins directs à répondre aux besoins des patients (Davies, B. *et* Eng, B., 1995). Et ce dans un objectif d'amélioration d'accès aux soins, de qualité et de sécurité des soins qui impliquent de gérer et prévenir les risques en santé, ainsi que leur pertinence (El-Jardali *et* Lavis, 2011).

---

<sup>10</sup> SILVER Henry K., docteur en pédiatre – 1918-1991

<sup>11</sup> FORD Loretta C., docteur en éducation - 1920



Particulièrement développée au Québec et au Royaume-Uni, l'ICS possède un niveau de formation master, assure des fonctions d'encadrement, de conduite de projets, d'analyse de situations complexes auprès de certains patients, de pilotage de démarches qualité et de formation auprès des équipes, bénéficie d'un fort leadership, dans une démarche de coopération interprofessionnelle. Trois domaines de fond de la pratique clinique spécialisée comprennent la prise en charge et le traitement de populations complexes et vulnérables, la formation et le soutien des membres du personnel interdisciplinaire et la facilitation du changement et de l'innovation au sein du système de soins de santé. Leur rôle clinique au sein de l'organisation des soins de santé leur permet d'identifier les soins et les lacunes en matière de ressources pour améliorer le flux et les résultats pour les clients et améliorer les politiques du système de santé (Lewandowski et Adamle, 2009).

Ces spécialisations IDE à l'international correspondent au développement de la formation et de la recherche infirmières et se sont inscrites dans un processus académique d'autonomisation de la profession » (Bourgueil, Y., Marek, A. & Mousques, J., 2008), sur lesquelles la France s'est appuyée.

### 1.1.2 La pratique avancée en France

Un premier rapport présenté par le Professeur Yvon Berland, doyen de la Faculté de médecine de Marseille, date de 2003<sup>12</sup> et s'intitule « *Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences* ». Il affiche une volonté de garantir une offre de soins satisfaisante, avec comme recommandation de s'appuyer sur les coopérations existantes à l'international. Il met en lumière :

« *Le besoin d'identifier des IDE spécialisées capables par leur formation d'assurer un transfert de compétences dans le cadre d'une activité collaborative* ». Et d'ajouter qu'il serait souhaitable « *de créer le métier d'infirmière clinicienne spécialiste* »

qui, à l'issue d'un niveau licence acquis après validation du diplôme d'Etat infirmier, devrait se spécialiser, notamment en soins primaires dans le suivi des pathologies chroniques, et atteindre le grade master.

Dans leur rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire de 2011 s'intitulant « *Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer* »<sup>13</sup>, Danielle Cadet (coordonnatrice générale des soins à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), Yvon Berland (cité supra) et Laurent Hénart (Député de Meurthe et Moselle) préconisent :

<sup>12</sup> [https://www.cfef.org/texte\\_divers/rapport\\_berland.pdf](https://www.cfef.org/texte_divers/rapport_berland.pdf)

<sup>13</sup> [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_relatif\\_aux\\_metiers\\_en\\_sante\\_de\\_niveau\\_intermediaire\\_-\\_Professionnels\\_d\\_aujourd\\_hui\\_et\\_nouveaux\\_metiers\\_-\\_des\\_pistes\\_pour\\_avancer.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_relatif_aux_metiers_en_sante_de_niveau_intermediaire_-_Professionnels_d_aujourd_hui_et_nouveaux_metiers_-_des_pistes_pour_avancer.pdf)

*« La création d'une nouvelle profession de niveau intermédiaire, entre médecin et paramédicaux, qui pourrait s'intituler paramédical praticien »,*

et ce en réponse à la nécessaire confrontation des besoins de santé de la population (vieillesse de la population, développement des maladies chroniques,...) et des métiers de la santé.

Enfin le rapport en 2013 d'Alain Cordier, Président du Comité des Sages qui s'intitule « *Un projet global pour la stratégie nationale de santé* »<sup>14</sup> explique :

*« qu'il faut permettre d'une part un avancement de carrière soignante sans éloignement du malade, et d'autre part développer de nouvelles compétences pour aider à une meilleure fluidité des parcours de soins et de santé, et reconnaître le métier d'infirmier clinicien en identifiant des compétences élargies ».*

A l'appui de trois rapports qui préconisent la création d'une profession intermédiaire située entre le médecin et l'IDE, dont la polymorphie des appellations préconisées n'a d'égale que celles déployées à l'étranger, selon un membre du Conseil National de l'Ordre des Infirmiers, ce qui aurait véritablement impulsé la naissance en France de la pratique avancée, c'est la :

*« promesse qui a été faite par le Président de la République Française François Hollande, dans le 3<sup>ème</sup> plan de lutte contre le cancer (2014-2019) présenté en février 2014, où il a été annoncé qu'il y aurait une IPA, ou plutôt IDE clinicien, pour pouvoir améliorer la sécurité des traitements complexes. C'est cette volonté présidentielle de la mettre en œuvre qui a conduit à sa création... Mais il a fallu attendre la loi Touraine ».*<sup>15</sup>

C'est en effet la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé<sup>16</sup> qui a posé le cadre juridique de la pratique avancée des auxiliaires médicaux, puis un premier décret en date du 18 juillet 2018<sup>17</sup> instaure :

*« un diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée, délivré par l'université et reconnu au grade master ».*

Un second décret du 18 juillet 2018<sup>18</sup> porte sur l'exercice IDE en pratique avancée :

*« L'infirmier exerçant en pratique avancée dispose de compétences élargies, par rapport à celles de l'infirmier diplômé d'Etat...il participe à la prise en charge globale*

---

<sup>14</sup> [https://www.fnco.org/sites/default/files/pdf/2014/RAPPORT\\_CORDIER\\_-\\_JUILLET\\_2013.pdf](https://www.fnco.org/sites/default/files/pdf/2014/RAPPORT_CORDIER_-_JUILLET_2013.pdf)

<sup>15</sup> Annexe 1 : Entretien avec un membre du Conseil National de l'Ordre des Infirmiers

<sup>16</sup> Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

<sup>17</sup> Décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée

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

*des patients dont le suivi lui est confié par un médecin....Dans le respect du parcours de soins du patient coordonné par le médecin traitant, il apporte son expertise et participe, en collaboration avec l'ensemble des professionnels concourant à la prise en charge du patient, à l'organisation des parcours entre les soins de premiers recours, les médecins spécialistes de premier ou de deuxième recours et les établissements et services de santé ou médico-sociaux, en autonomie ».*

Cette notion de parcours s'entend dans une approche globale, selon trois niveaux : le parcours de santé (prévention, articulation des soins), le parcours de soins (accès aux consultations et toute structure de santé) et le parcours de vie (prendre en compte les besoins de la personne dans son environnement)<sup>19</sup>. Ainsi, le parcours revêt une importance cruciale à être investie pleinement en faveur des personnes âgées, afin d'assurer des soins dits de premiers recours, ou soins primaires de proximité.

*« Ce qui est en jeu c'est à la fois la coordination des phases aiguës de soins et la mission globale d'accompagnement de la santé, en rendant le système de santé plus proactif, et par une médecine entendue dans son sens le plus large, c'est-à-dire une médecine de parcours, incluant la prévention comme une prise en charge appropriée à tous les âges de la vie, en faisant en sorte que le « soin » et le « prendre soin » soient un seul et même soin »<sup>20</sup>.*

En France, le choix a été fait de déployer ce diplôme d'Etat dans une équipe, en commençant, au sein des professions paramédicales, par la profession IDE comme première priorité,<sup>21</sup> afin d'apporter une réponse aux enjeux de santé publique actuels.

## **1.2 Enjeux de la mise en place de la pratique avancée dans le système de santé**

Pour la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS),<sup>22</sup> le développement de cette nouvelle forme d'exercice au sein de la profession IDE vise à apporter une réponse face à l'augmentation du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques, au vieillissement de la population, aux progrès médicaux, au virage ambulatoire qui consiste à prioriser le préventif au curatif, à la place centrale du parcours, à l'importance du travail en équipe et à la démographie médicale, autant d'enjeux de santé publique identifiés. Et

---

<sup>19</sup><https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>

<sup>20</sup> <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-cordier-SNS-sages.pdf>

<sup>21</sup><https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>

<sup>22</sup> [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos\\_presentation\\_ipa.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_presentation_ipa.pdf)

ce en faveur d'une amélioration de l'accès aux soins, de la qualité et de la sécurité des soins, comme ce fut le cas à l'étranger.

Les compétences élargies de la pratique avancée ont vocation à offrir aux IDE de nouvelles perspectives de carrière, pour accompagner les importantes mutations en santé et impactant l'économie de la santé.

### **1.2.1 L'innovation dans la profession infirmière**

La pratique avancée offre une nouvelle opportunité d'évolution de carrière, accessible aux IDE après 3 ans d'exercice à temps plein. Elle vient compléter 3 spécialités existantes dont les enseignements sont dispensés par leurs pairs en instituts de formation : IDE de bloc opératoire (IBODE), IDE anesthésiste (IADE) et IDE puéricultrice (IPDE). Également des spécialisations dans différentes disciplines dont la formation est assurée par la communauté médicale et reconnue par un diplôme universitaire (addictologie, plaies et cicatrisation, oncologie, éthique,...) ou enfin une évolution en grade sous conditions de durée d'exercice : cadre de santé, cadre supérieur de santé (formation par leurs pairs en instituts de formation) ou directeur des soins (formation dispensée à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique).

« Se spécialiser » est ainsi défini par le dictionnaire français Larousse :

*« Rendre quelqu'un compétent dans un domaine, apte à un métier, à un travail précis ».*

Et en l'espèce, permettre de développer de nouvelles compétences spécifiques et répondre de la haute technicité en soins que la formation initiale IDE ne permet pas.

Pour ce qui concerne les compétences, la définition apportée par le dictionnaire français Larousse est la suivante :

*« Aptitude d'une autorité à effectuer certains actes » ou encore « Capacité reconnue en telle ou telle matière en raison de connaissances possédées et qui donne le droit d'en juger ».*

Les compétences et domaines d'intervention de l'IPA ont été définis par décret en date du 18 juillet 2018<sup>23</sup> :

- *« conduire toute activité d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage qu'il juge nécessaire ;*
- *effectuer tout acte d'évaluation et de conclusion clinique ou tout acte de surveillance clinique...consistant à adapter le suivi du patient en fonction des résultats... et à effectuer les actes techniques ;*

---

<sup>23</sup> Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée

- *prescrire certains médicaments et examens de biologie médicale ;*
- *renouveler, en les adaptant si besoin, certaines prescriptions médicales ;*
- *contribuer à l'analyse et à l'évaluation des pratiques professionnelles...et à leur amélioration ainsi qu'à la diffusion de données probantes et à leur appropriation ;*
- *participer à l'évaluation des besoins en formation de l'équipe et à l'élaboration des actions de formation ;*
- *contribuer à la production de connaissances en participant aux travaux de recherche relatifs à l'exercice infirmier » ;*

Nous constatons combien ces compétences sont une combinaison de celles de l'IP et de l'ICS majoritairement déployées à l'étranger et explicitées supra, de même que la grande autonomie reconnue dans le suivi et le traitement des personnes, par délégation médicale, conformément au concept originel.

A l'issue d'une première année de formation (tronc commun), l'IPA s'inscrit aux enseignements dans un des domaines d'intervention suivants :

- *« pathologies chroniques stabilisées dont la liste est fixée par arrêté<sup>24</sup> ; prévention et polypathologies courantes en soins primaires ;*
- *oncologie et hémato-oncologie ;*
- *maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale ;*
- *psychiatrie et santé mentale » (domaine d'intervention complété par décret du 12 août 2019).<sup>25</sup>*

A ce stade, nous relevons que la pratique avancée permet à l'IDE une évolution de carrière innovante, et marque également une professionnalisation et une pleine reconnaissance du métier IDE, notamment en EHPAD, notre terrain de référence. L'EHPAD où, nous l'avons constaté durant notre période de stage mais aussi au cours de notre parcours professionnel, l'IDE se doit d'être « hyperspécialisé ». En effet, pour répondre à l'intense fragilité des personnes accueillies, à la dépendance, à la complexité des prises en soins eu égard aux maladies chroniques et polypathologies rencontrées, l'expertise clinique et les compétences élargies de la pratique avancée ont vocation à apporter une réponse dans ces structures de plus en plus médicalisées qui font face à un manque d'attractivité et de fidélisation des personnels, notamment IDE.

Ainsi, outre une diversification étendue dans son champ d'exercice, la pratique avancée offre à la profession paramédicale IDE une opportunité de développer des compétences lui

---

<sup>24</sup> Arrêté du 18 juillet 2018 fixant la liste des pathologies chroniques stabilisées prévue à l'article R. 4301-2 du code de santé publique

<sup>25</sup> Décret n° 2019-836 du 12 août 2019 relatif au diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée mention psychiatrie et santé mentale

permettant d'atteindre un haut niveau d'expertise, dans une démarche de travail collaboratif avec la profession médicale et en pluriprofessionnalité, la plaçant comme un acteur de santé essentiel et complémentaire en réponse aux enjeux de santé actuels, avec des conséquences sur l'économie de la santé.

### **1.2.2 La pratique avancée dans l'économie de la santé**

Pour évaluer les effets de la pratique avancée à l'international, nous retiendrons les résultats de l'étude menée par l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE), document de travail de référence, notamment sur les soins primaires (Delamaire, M. et G. Lafortune, 2010). Cette étude s'est focalisée sur les pays ayant le plus développé le recours aux modèles de pratique avancée IP et ICS et dévoile à ce titre les résultats suivants :

- « accès plus rapide aux services de soins primaires et plus grande proportion de patients examinés dans les trois jours ;
- consultations plus longues, avec plus d'informations et avec plus d'investigations que celles des médecins généralistes et des visites de suivi des soins primaires plus souvent planifiées ;
- pas de différence dans les prescriptions ou orientations vers les spécialistes ;
- prise en charge de la promotion de la santé, prévention de la maladie et de l'éducation en santé ;
- aide envers le personnel infirmier effectuant des soins directs par l'enseignement clinique et la promotion des meilleures pratiques et facilitation de prise de décision éthique (ICS) ;
- examen de la recherche disponible et avis d'expert pour déterminer les applications les plus efficaces (ICS) ;
- les patients ont exprimé bénéficier plus souvent de services satisfaisants et d'informations et indiqué qu'ils étaient mieux à même de gérer leur état de santé ;
- les visites en urgence chez les médecins ont été réduites de 18 à 25% par mois et les hospitalisations de près de 14% ;
- haut niveau d'acceptation et de satisfaction ;
- collaboration et coordination efficaces entre les fournisseurs de soins ».

L'étude démontre que la présence d'IP ou d'ICS a naturellement conduit à augmenter le nombre de fournisseurs de soins de santé, à élargir la file active de patients, à œuvrer en faveur d'une amélioration dans l'accès aux soins, dans la qualité et la sécurité des soins et à lutter contre un renoncement aux soins, dans une position d'acteur clé en réponse aux enjeux précités. Elle révèle également que selon les pays, les médecins ont des modes de

rémunérations divers : salaire (rémunération fixe), paiement à l'acte (fonction du nombre de consultations) ou par capitation (somme forfaitaire par patient indépendamment du volume d'actes pratiqués). En France, seuls le salariat et le paiement à l'acte sont utilisés.

Toujours selon cette même étude, concernant le paiement à l'acte, il :

*« peut agir comme un obstacle à la progression des rôles avancés infirmiers dans les soins primaires. Tout transfert de tâches aux infirmières peut impliquer une perte de revenus pour les médecins isolés ».*

Ce qui n'est pas le cas en cas de paiement par capitation au sein des cabinets de groupes, pouvant au contraire :

*« inciter davantage les médecins à accepter le partage de tâches avec les infirmières en pratique avancée, tant que le revenu supplémentaire tiré de l'emploi d'infirmières en pratique avancée est supérieur à leur coût ».*

Les médecins salariés ont quant à eux :

*« tout intérêt à recourir à des infirmières en pratique avancée pour une partie de la prestation des services ».*

Les résultats de cette étude pointent cependant comme limite le fait de ne pas concerner les EHPAD, notre terrain de référence, mais uniquement les cabinets de ville et les centres de santé.

En France, les médecins généralistes intervenant en EHPAD ne sont pas salariés de la structure, mais interviennent au titre de leur activité libérale en qualité de médecins traitants des résidents. De fait, une coopération avec l'IPA, salarié de l'EHPAD, ne ferait reposer aucune charge financière sur le médecin, sinon, a contrario, lui libérer du temps par les délégations octroyées à l'IPA, au profit de davantage de consultations de ville. Mais nous pouvons penser que, tout comme à l'étranger, les médecins peuvent redouter une perte de revenus en lien à la délégation d'actes.

A cela s'ajoute l'importance du critère de rémunération de l'IPA pour le DESSMS, soumis à un budget contraint et souvent à effectif constant dans sa gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC). Le champ sanitaire dont le financement dépend du nombre et de la nature des actes réalisés (tarification à l'activité), peut valoriser certains actes en sus au titre des comorbidités telles que l'obésité, l'arthrose,...et ainsi augmenter ses recettes, comme nous l'avons constaté au cours de notre parcours professionnel. Ce qui n'est pas le cas dans le champ du médico-social en EHPAD, dont les financements (Agence Régionale de Santé (ARS) pour l'assurance maladie, Conseil Départemental (CD) et résidents), ne peuvent être complétés qu'au titre de financements exceptionnels non

pérennes (crédits non reconductibles comme pour la prime Covid-19 attribuée en 2020 aux professionnels de santé sous critères d'éligibilité).

Selon le tableau synthétique des échelonnements indiciaires des infirmiers en soins généraux et spécialisés (IDE), cadre de santé paramédical (CS) et auxiliaires médicaux exerçant en pratique avancée (IPA) au premier grade de classe normale que nous avons réalisé, nous pouvons en déduire que la rémunération des IPA est davantage valorisée que celle des IDE, et peut s'avérer attractive :

ECHELONNEMENTS INDICIAIRES PREMIER GRADE / CLASSE NORMALE												
INFIRMIER EN SOINS GENERAUX ET SPECIALISES (ISGS) - INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCEE (IPA) - CADRE DE SANTE (CS)												
		ECHELON 1	ECHELON 2	ECHELON 3	ECHELON 4	ECHELON 5	ECHELON 6	ECHELON 7	ECHELON 8	ECHELON 9	ECHELON 10	ECHELON 11
ISGS	Indice brut	444	461	489	520	557	597	625	652	687	714	
	Indice majoré	390	404	422	446	472	503	524	544	571	592	-
	Durée dans l'échelon	2 ans	3 ans	3 ans	3 ans	3 ans	3 ans 6 mois	4 ans	4 ans	4 ans	-	-
IPA	Indice brut	518	541	574	600	629	659	699	737	774	806	
	Indice majoré	445	460	485	505	527	550	580	609	637	661	-
	Durée dans l'échelon	2 ans	2 ans	2 ans	2 ans	2 ans	3 ans 6 mois	4 ans	4 ans	4 ans	-	-
CS paramédical	Indice brut	541	554	585	614	645	674	710	741	778	793	830
	Indice majoré	460	470	494	515	539	561	589	612	640	652	680
	Durée dans l'échelon	1 an	2 ans	2 ans	2 ans	3 ans	3 ans	3 ans	3 ans	3 ans	3 ans	-

Cependant, ce constat est à minimiser. En effet, un IDE à l'échelon 4 (indice brut 520, qui est l'indice de carrière) ayant 9 ans d'ancienneté, sera reclassé à l'indice brut égal ou immédiatement supérieur, soit à l'échelon 2 dans le grade d'auxiliaire médical en pratique avancée (indice brut 541). Sa rémunération passera de l'indice majoré 446 à l'indice majoré 460 (indice de rémunération), soit une augmentation sur son traitement de 65 euros bruts. Constat que vient corroborer le témoignage d'un IDEC en cours de formation IPA :

*« A titre d'exemple, je passe cette année à l'échelon 6, indice 597. Une fois IPA, je serai à l'échelon 4, indice 600. Autant dire que pour 3 points d'indice, je n'appelle pas ça une reconnaissance salariale par rapport aux compétences, aux responsabilités, aux 2 ans à l'université, c'est vraiment très décevant ».*<sup>26</sup>

Nous avons également relevé une totale méconnaissance de la part de la quasi-totalité des directeurs ayant répondu au questionnaire sur ce point :

**10. Avez-vous connaissance de la grille indiciaire de l'IPA ? Selon vous, est-ce un frein ?**

6 réponses (30% des répondants)



<sup>26</sup> Annexe 2 : Entretien avec un personnel IDEC en formation IPA

<sup>27</sup> Annexe 7 : Résultats questionnaires auto-administrés adressés à des directeurs d'EHPAD



Il n'en demeure pas moins que cela impacte financièrement l'établissement, et cela nous amène également à penser que, si la rémunération peut se révéler moins attractive que celle de CS, l'inscription de l'IDE à devenir IPA révèle une valeur fondamentalement importante pour le DESSMS : la motivation affichée à améliorer ses pratiques, et par voie de conséquence à fidéliser cette profession en EHPAD. Les propos recueillis auprès de ce même professionnel IDEEC le confirme :

*« Mais je l'ai fait parce que pour moi le plus important, c'est vraiment d'évoluer dans ma profession parce que c'est nécessaire pour faire face aujourd'hui aux problèmes de santé des résidents, et c'est la seule évolution offerte pour rester auprès des résidents en EHPAD ».*<sup>28</sup>

Le DESSMS exerçant en EHPAD doit identifier et anticiper ses besoins en ressources humaines, premier poste de dépenses par ailleurs. Il doit également penser, le cas échéant, la mise en place de nouvelles organisations et identifier les coûts qui en découlent.

Nous verrons ce que l'IPA peut apporter de plus-value dans l'amélioration de la qualité de l'accompagnement des personnes âgées, qui est une priorité permanente, et plus précisément concernant les parcours des personnes souffrant de maladies chroniques.

## **2 L'IPA dans l'accompagnement du grand âge**

---

### **2.1 L'expertise dans les maladies chroniques**

*« On ne peut pas comprendre les phénomènes de vieillissement de la société si l'on ne saisit pas leur lien étroit avec la chronicité croissante des maladies. L'allongement de l'espérance de vie s'explique par l'allongement de vie aux grands âges. Lequel est l'une des manifestations de la « transition épidémiologique », c'est-à-dire le remplacement des « maladies aiguës », dont on ne pouvait que guérir ou mourir, par l'addition de maladies dites « chroniques », le plus souvent lourdes et graves, mais avec lesquelles, grâce à des traitements adaptés, on peut désormais vivre longtemps. Puisqu'il y a de plus en plus de personnes vivant âgées, la présence des situations de chronicité dans la réalité soignante est évidemment accrue, en nombre de personnes malades chroniques, et en nombre de maladies par personne malade ».*<sup>29</sup>

---

<sup>28</sup> Annexe 2 : Entretien avec un personnel IDEEC en formation IPA

<sup>29</sup>[https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/HCAAM/2012/AVIS/HCAAM-2012-MARS-AVIS\\_SUR\\_L-AVENIR\\_DE\\_L-ASSURANCE\\_MALADIE.pdf](https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/HCAAM/2012/AVIS/HCAAM-2012-MARS-AVIS_SUR_L-AVENIR_DE_L-ASSURANCE_MALADIE.pdf)

C'est pourquoi :

*« La complexification des contraintes interroge les organisations. Coordonner les priorités, les offres et les actions, développer les coopérations et le travail en réseau, et développer l'approche interdisciplinaire apparaissent essentiels » (Bloch, M., Hénaut, L. 2014).*

Pour assurer un accompagnement de qualité aux résidents, une collaboration et une coordination des acteurs de santé sont nécessaires afin de répondre de façon optimale à leurs besoins tout au long de leur parcours.

### **2.1.1 La collaboration et la coordination performantes dans les parcours de la dépendance**

La collaboration trouve cette définition dans le dictionnaire français Larousse :

*« Action de collaborer, travailler de concert avec quelqu'un d'autre, l'aider dans ses fonctions ».*

Concernant la coordination, dans son guide méthodologique portant sur l'amélioration de la coordination des soins, la DGOS apporte la définition suivante :

*« La coordination des soins se définit comme une action conjointe des professionnels de santé et des structures en vue d'organiser la meilleure prise en charge des patients en situation complexe, en termes d'orientation dans le système, de programmation des étapes diagnostiques et thérapeutiques et d'organisation du suivi. Elle s'intègre dans la coordination du parcours de santé et a pour objectif de faire bénéficier au patient de la bonne réponse médicale, médico-sociale, sociale, au bon endroit, au bon moment »<sup>30</sup>.*

La profession paramédicale IDE, en première ligne pour la dispensation des soins et des médicaments en EHPAD, collabore naturellement avec l'ensemble des nombreux autres acteurs de santé en intra : médecin coordonnateur, équipe soignante, professions paramédicales (ergothérapeute, masseur-kinésithérapeute, psychomotricien,..) tous acteurs du projet personnalisé du résident (accueil, accompagnement, soins de vie et de santé), comme le confirment les propos ci-dessous recueillis auprès d'un IDE. Quant au rôle propre de l'IDE, qui lui octroie une grande autonomie conformément au concept originel évoqué supra, tant dans sa manière d'agir et d'interagir avec le résident que de concevoir son action, s'ajoute un rôle prescrit puisqu'il intervient conformément aux prescriptions médicales.

---

<sup>30</sup> [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide\\_reseaux\\_de\\_sante.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_reseaux_de_sante.pdf)

*« Au vu d'une démarche de soins et d'un projet d'accompagnement personnalisé qu'on met en place pour un résident, moi dans la partie soins je vais essayer de collaborer avec l'ensemble des acteurs de santé qui gravitent autour dans l'établissement, c'est-à-dire orienter vers l'animation, vers l'ergothérapeute... mais c'est la CSS qui coordonne les rendez-vous médicaux ou pas pour les résidents. Je ne connais pas d'IDE qui le fait en EHPAD, sauf un IDEC qui fait fonction de cadre en fait »<sup>31</sup>.*

La collaboration en faveur de l'accompagnement des résidents repose sur un travail d'équipe et une culture collective pluridisciplinaire auxquels le directeur, en appui du médecin coordonnateur et de l'encadrement doit veiller, et faire que chaque acteur, selon ses prérogatives et son champ de compétences, contribue à sa qualité. L'identification des besoins relève ainsi de décisions collectives, telle une gouvernance clinique partagée au sein de l'équipe de soins. Sans oublier une collaboration avec le résident, conformément au concept d'autonomisation. Thérèse PSIUK, experte à l'ANAP, explique clairement dans son article publié le 17 août 2020 dans Mangersanté<sup>32</sup>, l'importance du rôle du patient, véritable acteur :

*« Créer le lien de confiance avec le patient est une condition essentielle pour que celui-ci ose raconter son histoire, décrire ses signes, ses symptômes, évoquer son vécu de la maladie et ses ressentis ; ce patient souvent aidé par son proche aidant collabore concrètement à la construction de sa problématique de santé »...« Ainsi, le point de vue du médecin n'est pas celui du patient, qui n'est pas celui du soignant, qui n'est pas celui du psychologue ou du paramédical. Il convient donc de faire se rencontrer les points de vue et c'est dans une certaine mesure ce qu'il se passe dans la délibération pluridisciplinaire au cours de laquelle chacun, se nourrissant du point de vue de l'autre pour enrichir son propre point de vue, essaie de contribuer à l'élaboration de la meilleure solution possible ».*

Ces collaborations vont permettre de coordonner les parcours en conformité aux besoins.

L'enjeu réside en effet d'une coordination professionnelle performante par une articulation et un suivi adaptés et pertinents avec les acteurs de santé externes à l'établissement : médecins traitants des résidents, médecins spécialistes, structures de santé avec lesquels des partenariats, conventionnements et dispositifs peuvent être instaurés et sollicités (service d'hospitalisation à domicile, centre bucco-dentaire, télémédecine, consultation gériatrique, IDE de parcours au service des urgences,...), comme nous avons pu le relever

---

<sup>31</sup> Annexe 3 : Entretien avec un personnel IDE inscrit à la formation IPA

<sup>32</sup><https://managersante.com/2020/08/17/peut-on-renforcer-la-place-du-patient-partenaire-au-coeur-de-la-demarche-clinique-et-de-la-demarche-dadaptation-du-soin-therese-psiuk-phd-nous-propose-ses-reflexions/>

sur le lieu de stage. Plaçant ainsi chacun des acteurs et structures dans une démarche de soins complémentaire, et non antagoniste.

*« Le problème n'est plus seulement de créer du lien entre les différentes structures du système de santé, mais de faire surtout en sorte que certains acteurs offrent un cheminement adapté aux besoins des personnes. Cette nouvelle approche fait plus largement écho au modèle des soins chroniques » (Bloch, M., Hénaut, L. 2014).*

Dans le référentiel d'activités de la pratique avancée IDE<sup>33</sup>, et plus spécifiquement concernant l'activité « *pathologies chroniques stabilisées, prévention et polyopathologies courantes en soins primaires* », l'unité d'enseignement « *parcours de santé* » est destinée à lui permettre de :

*« Maîtriser la conception, la mise en place, la coordination et l'évaluation des parcours de santé ». Il est précisé que l'IPA « organise les parcours de soins et de santé de patients en collaboration avec l'ensemble des acteurs concernés » et « coordonne les interventions dans le cadre d'un parcours de soins et de santé avec les différents professionnels, réseaux et structures, intervenant en ville et à l'hôpital ».*

Le référentiel identifie clairement l'IPA comme un coordonnateur de parcours :

*« Coordonne la prise en charge du patient et organise les relais entre la ville et les établissements de santé et au sein des établissements pour une meilleure gestion de son parcours, notamment face à des situations complexes ».*

Il s'agit bien là de fluidifier les parcours, d'éviter les ruptures de parcours, en renforçant l'exercice pluriprofessionnel entre équipe pour répondre des besoins en soins primaires, mais également entre professionnels de la médecine de ville et les structures de santé. Et ce en favorisant le décloisonnement par une coordination renforcée, pluridisciplinaire, au bénéfice de l'utilisateur. En conformité par ailleurs aux préconisations des 3 rapports énoncés supra mais aussi des expériences à l'étranger, qui ont révélé la nécessité de faire évoluer le métier IDE vers la pratique avancée, notamment pour répondre du développement des maladies chroniques.

Ce témoignage d'un IDE inscrit à la formation IPA à la rentrée 2020 corrobore les prérogatives figurant dans le référentiel :

*« Le médecin traitant qui vient voir le résident à l'EHPAD n'a pas par exemple la notion de prise en soins de l'ergo, du psychologue, ... et va seulement se cantonner à son renouvellement de traitement. L'IPA va être une aide précieuse pour le*

---

<sup>33</sup> Arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée

*médecin traitant en ce sens qu'elle va transmettre les informations de suivi de chaque acteur, y compris au niveau des équipes soignantes, et organiser et suivre tous les besoins de consultations, examens et hospitalisations dont le résident a besoin ».*<sup>34</sup>

Comme évoqué supra dans l'étude de l'OCDE, une « *collaboration et coordination efficaces entre les fournisseurs de santé* » ont été constatées dans les pays ayant développé la pratique avancée. Cela implique un partage de compétences avec la profession médicale, en l'espèce les médecins traitants des résidents, notre public de référence.

### **2.1.2 La complémentarité médicale**

Comme l'a écrit Henry Ford :

*« Se réunir est un début, rester ensemble est un progrès, travailler ensemble est la réussite ».*

Le duo médecin-IDE est historiquement complémentaire, telles deux entités indissociables. Le premier prescrit, le second met en application les prescriptions médicales. La pratique avancée offre aux IDE une plus grande autonomie mais aussi de nouvelles compétences jusque-là exclusivement réservées aux médecins. Venant ainsi redéfinir la nature du duo.

En effet l'arrêté du 18 juillet 2018<sup>35</sup> fixe et détaille dans ses annexes I à V :

*« Les listes des actes techniques que l'infirmier exerçant en pratique avancée peut effectuer, des actes de suivi et de prévention qu'il est autorisé à demander, des dispositifs médicaux non soumis à prescription médicale obligatoire et des examens de biologie médicale qu'il est autorisé à prescrire, des prescriptions médicales qu'il est autorisé à renouveler ou à adapter, et le cas échéant à en interpréter les résultats ».*

Et ce pour les pathologies dont il assure le suivi.

Quant au décret du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée<sup>36</sup>, il stipule que :

*« Le médecin, après concertation avec le ou les infirmiers en pratique avancée, détermine les patients auxquels un suivi est proposé. Cette décision est prise après examen du dossier médical du patient et en référence aux compétences attestées par le diplôme d'Etat de l'IDE en pratique avancée ».* « *Le médecin et l'IDE*

---

<sup>34</sup> Annexe 3 : Entretien avec un personnel IDE inscrit à la formation IPA

<sup>35</sup> Arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de santé publique

<sup>36</sup> Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée

*partagent les informations nécessaires au suivi du patient...le médecin met à la disposition de l'infirmier le dossier médical du patient ». Par ailleurs, « Dans le cadre du travail en équipe entre le ou les médecins et le ou les infirmiers exerçant en pratique avancée,...un protocole d'organisation est établi ».*

Nous relevons combien l'adhésion de la communauté médicale de ville est indispensable et déterminante pour tout projet d'implantation et de coopération avec un IPA. Ce point est très important et doit faire l'objet d'une attention et d'une anticipation particulières par tout DESSMS souhaitant faire bénéficier des compétences d'un IPA au sein de la structure qu'il dirige. Nous pouvons penser que, face aux compétences acquises par l'IPA dans le champ médical (prescriptions, renouvellement,...), une résistance au changement peut être rencontrée avec certains médecins. Mais aussi face à la très récente évolution dans la profession IDE en France qui n'a pu donner lieu à aucune évaluation sur le territoire. Enfin, la perte de revenus induite par la délégation d'actes peut se révéler un frein, comme évoqué supra.

*« J'ai discuté avec un médecin traitant qui intervient beaucoup à l'EHPAD et qui suit la grande majorité des résidents, et d'autres aussi. Ils semblent assez volontaires, considérant qu'avoir un interlocuteur privilégié, cela leur permettra d'avoir des infos plus précises et de gagner du temps, de permettre aux résidents d'être vus plus régulièrement avec un bon suivi, voire cela peut éviter des déplacements inutiles. L'IPA est en soutien et fait le lien. ».<sup>37</sup>*

Ce témoignage d'un IDEC actuellement en 1<sup>ère</sup> année de formation IPA laisse cependant présager qu'une adhésion peut être trouvée auprès de la communauté médicale. Faute de recueil auprès des médecins généralistes, nous ne sommes malheureusement pas en mesure de le confronter. Ce témoignage vient par ailleurs enchérir les résultats issus de l'étude menée à l'étranger par l'OCDE, qui met en évidence :

*« accès plus rapide aux services de soins primaires et une plus grande proportion de patients examinés dans les trois jours », des « consultations plus longues, avec plus d'informations et avec plus d'investigations que celles des médecins généralistes et des visites de suivi des soins primaires plus souvent planifiées » qui induisent des « visites en urgence chez les médecins réduites de 18 à 25% par mois ».*

---

<sup>37</sup> Annexe 2 : Entretien avec un personnel IDEC en formation IPA

De même, la complémentarité médecin/IPA s'inscrit totalement dans les conclusions du Ségur de la santé de juillet 2020<sup>38</sup> :

*« Pilier 1 : transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent »* et sa mesure n° 6 : *« Accélérer le déploiement des IPA »,* qui vise à *« Renforcer le rôle de premier recours des infirmiers en pratique avancée, en permettant aux patients de les consulter directement et en élargissant leur périmètre d'action ».*

Une illustration dans ces mêmes conclusions y figure à titre d'exemple :

*« Laurent est un patient diabétique dont la pathologie est stabilisée. Après l'avoir suivi pendant plusieurs mois et avoir déterminé le traitement le plus adapté à sa pathologie, son médecin généraliste l'oriente vers une infirmière en pratique avancée qui suivra l'évolution de sa maladie et l'adéquation de son traitement, et qui pourra adapter ses prescriptions en cours si besoin ».*

Et par voie de conséquence, libérer du temps médical au médecin traitant. Bien que disposant d'une grande autonomie, le champ d'exercice de l'IPA est cependant parfaitement encadré, puisque, conformément au décret du 18 juillet 2018<sup>39</sup> :

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

L'IPA n'est pas médecin et n'a pas vocation à remplacer un médecin, mais bien à exercer en pleine complémentarité avec lui, dans son champ de compétences élargies réglementairement fixé et dont l'organisation est établie et encadrée par un protocole d'organisation le liant au médecin. Nous avons constaté cependant que les directeurs ayant répondu au questionnaire<sup>40</sup> partagent unanimement le constat inverse, augurant d'une méconnaissance de cette profession :

#### 17. Pensez-vous que l'IPA peut être un recours face à la sous-densité médicale ?

6 réponses (30% des répondants)



<sup>38</sup> Dossier de presse – conclusions Ségur de la santé

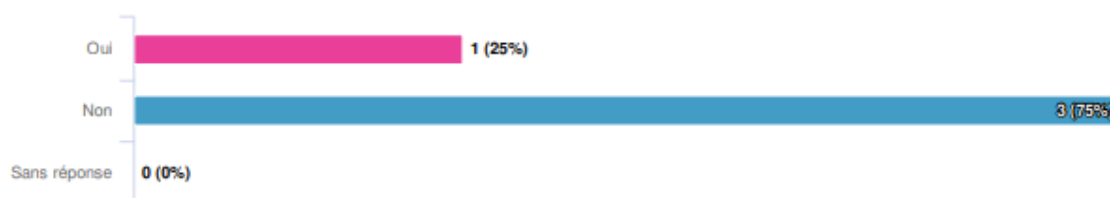
<sup>39</sup> Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée

<sup>40</sup> Résultats questionnaires auto-administrés adressés à des directeurs d'EHPAD

Alors que dans le même temps, la représentation est majoritairement inverse auprès des CSS, CS et IDEC ayant répondu au questionnaire, et leurs commentaires sans ambiguïté<sup>41</sup> :

#### 17. Pensez-vous que l'IPA peut être un recours face à la sous-densité médicale ?

4 réponses (20% des répondants)



Historique des commentaires "Pourquoi ?" :

- Pas le même métier
- Dégagera du temps pour les médecins
- Ce n'est pas un médecin, mais peut libérer du temps aux médecins
- L'objectif n'est pas de les remplacer, mais de travailler ensemble

Durant la période de crise sanitaire, peu de médecins traitants se sont déplacés en EHPAD, et il convient de relever une présence partielle ou une absence de médecin coordonnateur dans certaines structures :

« 10 % des EHPAD ont un poste de médecin coordonnateur non pourvu depuis plus de 6 mois » (Rapport Dominique Libault – Concertation grand âge et autonomie – Mars 2019)<sup>42</sup>.

La complémentarité de l'IPA aurait pu jouer un rôle de relais dans le suivi qui s'en est trouvé fortement perturbé, notamment dans le suivi des pathologies chroniques.

Nous constatons que la présence d'un IPA a vocation à renforcer les collaboration, coordination et complémentarité entre professionnels de santé en faveur d'une amélioration dans l'accompagnement des personnes âgées, et notamment des parcours complexes. Nous verrons si elles peuvent conduire à diminuer les coûts liés à l'accompagnement des résidents.

## 2.2 La réduction des coûts d'accompagnement

Si l'on s'en réfère au dictionnaire français Larousse, la réduction trouve cette définition :

« Action de réduire quelque chose, d'en diminuer la valeur, le nombre, la quantité, l'importance ».

En l'espèce, il s'agit de déterminer si la présence d'un IPA en EHPAD peut se révéler une opportunité pour le DESSMS afin d'optimiser l'efficacité de la dépense en ressources

<sup>41</sup> Annexe 9 : Résultats questionnaires auto-administrés adressés à des CSS – CS - IDEC

<sup>42</sup> [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_grand\\_age\\_autonomie.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_grand_age_autonomie.pdf)



humaines par une amélioration des pratiques professionnelles, et conduire à une réduction des hospitalisations des résidents.

### 2.2.1 L'amélioration partagée des pratiques professionnelles

*« A travers les compétences acquises principalement dans le cadre de l'exercice du métier, permettant une adaptation pertinente aux exigences et situations de travail du moment, la pratique professionnelle récapitule et actualise sur le champ une expérience passée. L'expérience renvoie à une réalité équivoque, tantôt située du côté de la mémoire à travers ce constat d'avoir de l'expérience, tantôt positionnée dans le moment présent par le fait de mener une expérience. L'intérêt du recours au concept de pratique est d'intégrer dans le même temps ces deux composantes : le fait d'avoir déjà une expérience, le fait de mener présentement une expérience. C'est ainsi que toute pratique est simultanément mémoire et action ».* Boutinet, J. (2009).

Les professionnels qui accompagnent les résidents en EHPAD, paramédicaux et soignants, ont acquis des connaissances et compétences dans leur formation initiale, elle-même reconnue par un diplôme d'Etat. Afin de les maintenir, de les actualiser, de les enrichir face aux besoins singuliers et spécifiques en gérontologie, ils bénéficient d'un accès à la formation continue. Pour cela, un plan de formation en détermine les grands axes, conformément à la politique institutionnelle et organisationnelle établie après détermination des besoins, ainsi que des souhaits de formation exprimés par les personnels.

L'élaboration des besoins en formation est une étape très importante afin de cibler précisément, quel axe de formation pour quel personnel et pour quel besoin. Il s'agit de bien connaître qui fait quoi, pourquoi et comment. C'est une des compétences de l'IPA :

*« Il participe à l'évaluation des besoins en formation de l'équipe et à l'élaboration des actions de formation »<sup>43</sup>.*

Par sa proximité constante auprès des équipes avec lesquelles il sera amené à collaborer comme évoqué supra, par sa connaissance des besoins des résidents, environnementale des lieux de vie, de la structure, tout autant que par sa connaissance des orientations stratégiques définies dans le projet d'établissement, l'IPA aura la possibilité d'identifier et de recueillir, par l'observation et lors des temps d'échanges et de concertation réguliers, les axes prioritaires de formations nécessaires à l'équipe. Tout autant que :

*« évaluer les écarts de pratiques au regard des recommandations disponibles et proposer des actions correctives »<sup>44</sup>.*

---

<sup>43</sup> Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée

<sup>44</sup> Arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée

Et ce au fil de l'eau, sans attendre expressément l'entretien annuel d'évaluation.

De même, l'IPA pourra :

*« mettre en place et conduire des actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles en exerçant un leadership clinique », « des méthodes d'évaluation des pratiques professionnelles en concertation avec le médecin référent et l'équipe dans le cadre d'une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins » et « animer des séances d'analyse et d'évaluation des pratiques professionnelles ainsi que des retours d'expérience pour améliorer la qualité et la sécurité des soins.<sup>45</sup> Enfin, l'IPA pourra « Identifier les dilemmes éthiques dans les situations de soins et mettre en œuvre une démarche de réflexion éthique ».<sup>46</sup>*

En 2008, dans son rapport portant sur « Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles », l'ANESM<sup>47</sup> préconise :

*« d'accompagner les pratiques professionnelles et soutenir les professionnels par une réflexion régulière ». En effet, « Au cours de leur accompagnement ou de leurs interventions, les professionnels sont parfois amenés à vivre des situations intenses et exigeantes, notamment en termes émotionnels. Ceci peut les mettre en difficulté si un accompagnement approprié ne leur est pas proposé. Il est recommandé que les structures mettent en place des temps d'échange réguliers... pour que l'expression des difficultés des professionnels fasse l'objet d'une attention et d'une réponse...Le cas échéant, l'aide d'un tiers peut être sollicitée. Il est recommandé également...que les équipes trouvent dans ces moments d'échange l'occasion d'évoquer ensemble leurs difficultés sans craindre de jugement. Ces moments ont en effet vocation à permettre la mutualisation des expériences et l'analyse collective pour trouver le meilleur moyen de surmonter la difficulté rencontrée et, s'il n'en existe pas, de soulager le professionnel qui la rencontre en lui permettant de s'en distancier par la parole ».<sup>48</sup>*

Durant notre stage, nous avons piloté la mise en place de groupes d'analyses des pratiques professionnelles (APP) pour les personnels soignants et paramédicaux, en faisant appel à un intervenant extérieur. Si ce type de recours s'avère une démarche nécessaire à instaurer pour les professionnels, il n'en demeure pas moins coûteux.

---

<sup>45</sup> Arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée

<sup>46</sup> Ibid

<sup>47</sup> Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

<sup>48</sup> ANESM - Recommandations de bonnes pratiques professionnelles - Juin 2008

Cette compétence que peut porter l'IPA représente une véritable opportunité pour le DESSMS, tant dans un objectif de qualité que de performance. En effet, disposer d'une ressource en interne dont les compétences et l'expertise accrues lui permettent à la fois d'identifier, d'analyser et d'accompagner les équipes vers les bonnes pratiques, contribue à l'amélioration de la qualité de l'accompagnement par la montée en compétences des équipes, la satisfaction ressentie et la reconnaissance témoignée. Cela correspond en grande partie à ce qu'un IDE inscrit à la formation IPA à la rentrée 2020 nous a confié :

*« Mais ce qui manque c'est vraiment une expertise en amont. L'IPA peut être une ressource aussi dans ce cas précis, pour les équipes, pour faire monter en compétences les équipes »<sup>49</sup>.*

Nous pensons également que l'APP permet d'améliorer la qualité de vie au travail par le partage de valeurs et de sens du travail en commun, une culture bienveillante, le développement d'un esprit de cohésion et d'équipe, le partage d'expériences, l'instauration d'un climat de confiance, dont l'axe communication est crucial pour l'amélioration des relations interpersonnelles. Cela peut contribuer à une diminution de l'absentéisme, mais aussi une réduction des coûts liés à la formation. Comme évoqué supra, sa proximité et sa connaissance du contexte de l'établissement, des résidents et des professionnels, va permettre à l'IPA de parfaitement cibler les actions à mener, et ce de façon réactive, y compris dans l'analyse et les actions à mettre en œuvre face à un événement indésirable, tout autant que pour l'élaboration d'un plan de formation structuré et adapté. Les résultats issus de l'étude de l'OCDE mentionnés préalablement révèlent à ce titre que la pratique avancée a permis une :

*« aide envers le personnel infirmier effectuant des soins directs par l'enseignement clinique et la promotion des meilleures pratiques et la facilitation de prise de décision éthique ».*

L'IPA serait donc considéré comme une personne ressource pour les professionnels, tout autant que pour l'établissement et in fine pour les résidents.

Promouvoir l'amélioration des pratiques professionnelles conduit à une amélioration de la qualité de l'accompagnement des résidents, et permet de tendre vers une réduction des hospitalisations non programmées.

---

<sup>49</sup> Annexe 3 : Entretien avec un personnel IDE inscrit à la formation IPA

## 2.2.2 La réduction des hospitalisations

La Haute Autorité de Santé (HAS) a élaboré un guide en 2015 s'intitulant « *Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents des EHPAD* ». <sup>50</sup> Elle y indique que :

*« Les hospitalisations des personnes âgées sont fréquentes et leurs impacts négatifs sont bien connus en termes de baisses fonctionnelles et cognitives et en termes de coûts ».*

La HAS indique également que :

*« Les chutes sont la première cause d'hospitalisations non programmées des résidents des Ehpads, avec environ un tiers des hospitalisations dont la moitié avec une fracture... Le plus souvent multifactorielles associant des facteurs internes et environnementaux...et recommande le repérage systématique du risque de chutes des résidents, à partir d'un bilan multifactoriel et pluridisciplinaire à l'admission du résident...qui fait partie de l'évaluation gériatrique standardisée (EGS) »<sup>51</sup>.*

*« L'évaluation gériatrique s'entend au niveau cognitif, au niveau nutrition, au niveau dépression, au niveau comportement, au niveau environnemental, l'autonomie, le matériel, au niveau prestations sociales, la famille, les aidants, etc...c'est une évaluation globale faite avec tous les professionnels »<sup>52</sup>.*

Cette définition de l'EGS apportée et recueillie lors d'un entretien avec un personnel IDEC en 1<sup>ère</sup> année de formation IPA se révèle conforme à celle caractérisée par la HAS. Chacune témoigne de l'importance de l'EGS et une nouvelle fois d'une nécessaire collaboration entre professionnels, dans une volonté d'exercice partagé afin d'appréhender le résident de façon holistique pour répondre de façon adaptée à ses besoins. En conformité avec le référentiel d'activités de l'IPA :

*« Analyser et évaluer l'état de santé dans ses différentes composantes (médicales, psychologiques, sociales,...) tout au long de son parcours et la situation de la personne en prenant en compte le contexte de vie, les différentes pathologies et les différents traitements, notamment grâce à l'évaluation »<sup>53</sup>.*

---

<sup>50</sup> HAS - Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents des EHPAD - Juillet 2015

<sup>51</sup> Ibid

<sup>52</sup> Annexe 2 : Entretien avec un personnel IDEC en formation IPA

<sup>53</sup> Arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée

## LES AVANTAGES DE L'EGS EN EHPAD

### POUR LE RESIDENT

- Dépistage précoce des pathologies
- Juste appréciation de ses capacités fonctionnelles
- Suivi objectif dans le temps

### POUR LE MEDECIN TRAITANT

- Mise à disposition d'informations précises et quantifiées
- Support d'échange avec l'équipe et le médecin coordonnateur

### POUR L'EQUIPE ET L'INSTITUTION

- Support de formation continue du personnel
- Permet de faire vivre les procédures mises en place
- Valorise le travail du personnel soignant
- Favorise les échanges entre les différentes catégories de professionnels
- S'intègre dans la démarche qualité de l'EHPAD
- Introduit parfaitement le Projet Personnalisé

54

Ce tableau, élaboré par le Docteur ABADIE Robert et Monsieur CALATAYUD Benoît, respectivement médecin coordonnateur et psychologue en EHPAD, illustre et synthétise les bénéfices du travail collaboratif dans l'élaboration de l'EGS, et ce à tous les échelons de la structure. Et au premier rang des bénéficiaires, les résidents, pour qui les avantages énoncés participent d'un accompagnement en permanence recentré sur leurs réels besoins identifiés et suivis, et répondent d'une qualité, d'une sécurité et d'une pertinence des soins. Mais aussi d'une politique de gestion des risques figurant dans le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP), dans la droite lignée des préoccupations du DESSMS. Parmi eux, comme l'indique le programme d'évolution des pratiques élaboré par l'Assurance Maladie :

*« Le rôle précipitant des médicaments dans les chutes avec ou sans fracture des personnes âgées est désormais bien établi, même si les causes en sont multifactorielles »<sup>54</sup>.*

Ce lien direct de cause à effet avec un risque majeur et fréquent lié à la iatrogénie médicamenteuse (effets secondaires sur la santé induits par les médicaments) est ainsi mis en exergue.

En 2017, l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) a élaboré un guide s'intitulant « *Prise en charge médicamenteuse des résidents en EHPAD* »<sup>55</sup> qui indique que :

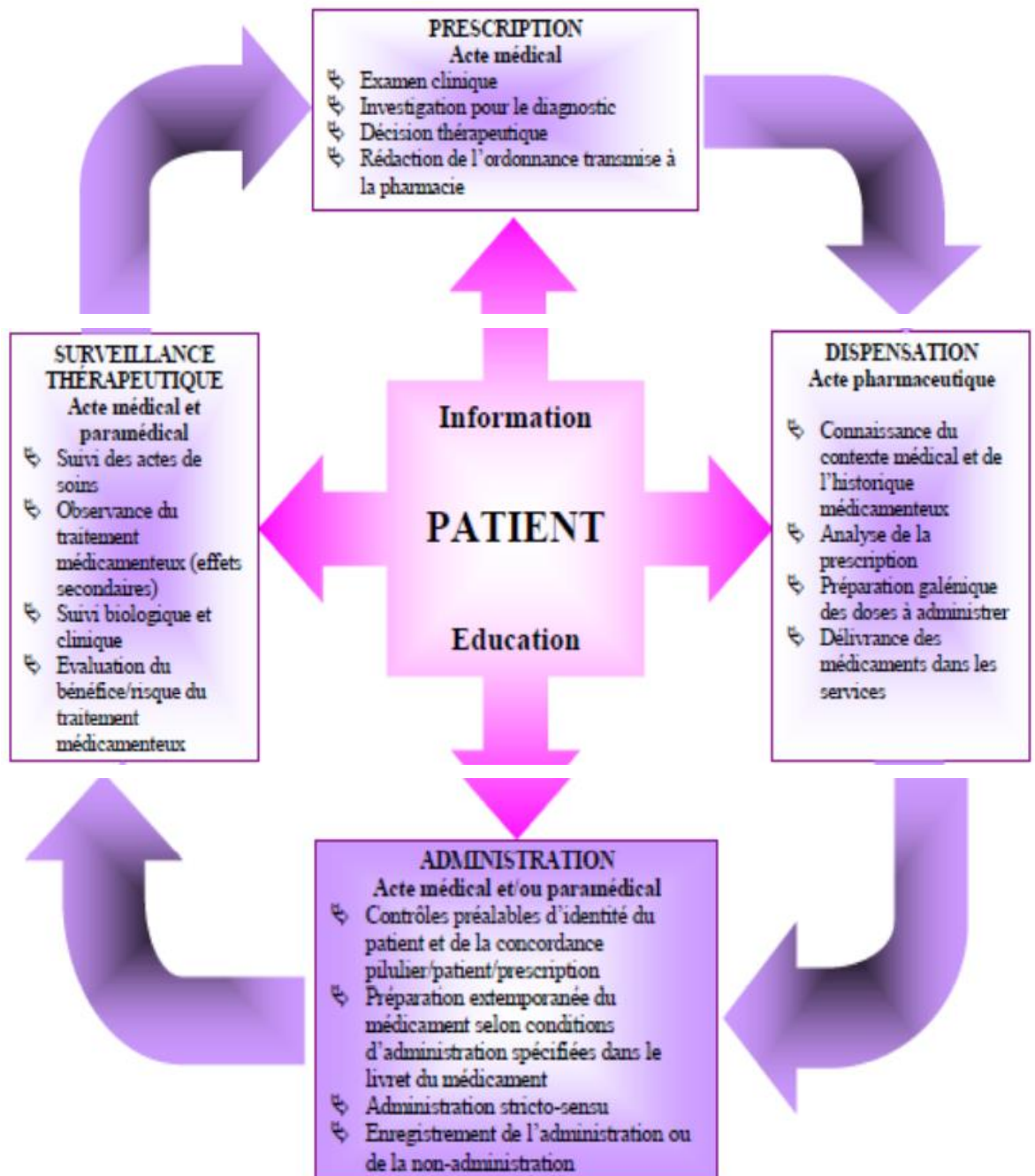
*« La iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées de 80 ans et plus est importante et liée à 20 % des hospitalisations... Les taux de prescriptions inappropriées chez la population âgée, avec un rapport bénéfice/risque insuffisant,*

<sup>54</sup> <http://medcomip.fr/region/region-outils/outils-egs/170622-EGS-EHPAD-synthese-dr-G-abadie.pdf>

<sup>55</sup> [https://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/capi-iatrogenie.pdf](https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/capi-iatrogenie.pdf)

<sup>56</sup> ANAP - Prise en charge médicamenteuse des résidents EHPAD - Mars 2017

seraient de l'ordre de 15 % à 45 %. Toujours selon l'ANAP, « la prise en charge médicamenteuse des résidents en EHPAD est un processus complexe...qui fait intervenir une multitude de professionnels (médecins, pharmaciens, infirmiers, aides-soignants, ...), ce qui accentue les défauts de communication et/ou de coordination et les risques d'erreurs médicamenteuses », comme illustré ci-dessous :



### Macroprocessus de la prise en charge médicamenteuse du résident en EHPAD

Nous constatons que la pratique avancée peut renforcer la vigilance nécessaire au sein de ce processus, à 3 niveaux :

- la prescription, jusque-là exclusivement réservée aux médecins : l'IPA sera autorisé à :

*« Renouveler avec pertinence les prescriptions médicales...adapter la posologie des traitements médicamenteux prescrits, et ce à partir de l'analyse de la situation clinique dans le cadre d'un suivi en relais de consultations médicales »<sup>57</sup>*

conformément au protocole d'organisation établi avec le médecin traitant évoqué supra et dans les limites des prescriptions autorisées ;

- l'administration : au cours de laquelle l'IPA aura une vigilance accrue et pourra procéder à un :

*« Repérage en cas de polymédication et un bilan préparatoire pour une concertation pluriprofessionnelle de conciliation médicamenteuse et d'évaluation du risque iatrogénique »<sup>58</sup> ;*

- la surveillance thérapeutique renforcée par son expertise clinique : l'IPA pourra :

*« Evaluer, par un questionnaire adapté et par l'examen clinique, l'observance, les effets indésirables et les effets secondaires des traitements ».<sup>59</sup>*

Et contribuer à une amélioration dans l'accompagnement des personnes âgées, par une qualité, une sécurité et une pertinence des soins dispensés renforcées, et in fine concourir à la réduction du nombre d'hospitalisations et une réduction des dépenses de santé.

La pratique avancée offre une évolution innovante à la profession IDE dans laquelle elle s'inscrit tout au long du parcours du résident, au cœur de son action, dans une démarche collaborative, complémentaire et pluriprofessionnelle. Pour répondre aux besoins de santé de plus en plus complexes des personnes âgées dont l'avancée en âge ne cesse de croître tout autant que leurs fragilités, leur dépendance, rompre avec les ruptures de parcours qui sonnent comme de véritables pertes de chance pour ces personnes, rendre attractifs les métiers du grand âge, le DESSMS doit sans cesse adapter et penser de nouvelles organisations en interne à la structure, tout en poursuivant sa démarche d'ouverture sur son territoire.

A l'appui d'expériences au sein de 2 EHPAD autonomes, nous présenterons des recommandations pour l'implantation de l'IPA en EHPAD.

---

<sup>57</sup> Arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée

<sup>58</sup> Ibid

<sup>59</sup> Ibid

### 3 Les pistes de recommandations pour le développement de l'IPA en EHPAD

---

#### 3.1 Exemples d'EHPAD autonomes : une opportunité managériale

Chaque EHPAD répond dans ses missions des mêmes obligations et finalités. Comme le précise le référentiel métier, le DESSMS :

*« Met en œuvre une politique stratégique et opérationnelle de gestion des moyens humains et financiers de l'établissement pour répondre aux besoins des personnes accueillies ou accompagnées »<sup>60</sup>*

qui est propre, spécifique et adaptée aux besoins de la structure qu'il dirige. Il définit sa GPMC en fonction des ressources dont il dispose et des ressources dont il aura besoin, en corrélation à ses orientations stratégiques. La GPMC ne saurait être identique d'une structure à l'autre. **Anticiper** est le maître mot, dans une démarche proactive.

C'est dans cette perspective que la pratique avancée s'avère d'ores et déjà représenter une opportunité managériale pour 2 directeurs d'EHPAD. Avec cette particularité cependant que la démarche ait été soit orientée, soit impulsée par un de leur personnel IDE, et à laquelle ils ont souscrit.

##### 3.1.1 Un levier inscrit au projet d'établissement

*« Le départ de l'adjoint des cadres pour une mutation m'a fait dire allez, il faut revoir totalement les choses. Mon IDE référente, je l'ai positionnée en tant qu'IDEC, ...et je me suis dit comme ça elle va pouvoir aussi gérer les plannings soins, l'organisation des soins...C'est pour ça que très vite je lui ai dit il faudra aussi, en terme de légitimité, que vous puissiez imaginer faire l'école des cadres ».<sup>61</sup>*

Au sein de cet EHPAD autonome de moins de 60 lits, avec un projet de reconstruction engagé depuis 2019 pour une extension de sa capacité autorisée qui sera portée à un peu moins de 90 lits d'hébergement, un médecin coordonnateur exerce à 30%, pas de cadre de santé, mais 5 IDE dont une IDEC, une équipe soignante et l'intervention de médecins traitants des résidents et autres professions paramédicales. Lorsque le directeur parle de « revoir totalement les choses », il s'agit aussi du fait que :

*« les plannings des soignants étaient faits par l'adjoint des cadres, ce qui n'était pas sans poser de difficultés au quotidien, notamment des tensions entre les soignants et les administratifs »<sup>62</sup>.*

---

<sup>60</sup> [https://www.Referentiel\\_metier\\_de\\_directeur\\_d\\_etablissement\\_social\\_et\\_medico-social.pdf](https://www.Referentiel_metier_de_directeur_d_etablissement_social_et_medico-social.pdf)

<sup>61</sup> Annexe 4 : Entretien avec un directeur d'EHPAD autonome

<sup>62</sup> Ibid



Apparaissant en effet comme inaccoutumé. Partant d'une volonté de répondre à un réel besoin de s'appuyer sur les compétences légitimées d'un personnel d'encadrement, dans un premier temps par l'évolution de l'IDE référente vers des fonctions de coordination, puis au grade de cadre de santé, la stratégie de la direction apparaît totalement justifiée et cohérente.

C'est en fait vers la formation en pratique avancée que l'IDEC s'est inscrite au titre des études promotionnelles, qu'elle poursuit depuis septembre 2019 pour se diriger en seconde année vers la spécialité « *pathologies chroniques stabilisées, prévention et polypathologies courantes en soins primaires* ». Cela tient de 3 facteurs, imbriqués tels des liens de causes à effet. Tout d'abord le fait que pour la direction, par méconnaissance de la formation en pratique avancée, cela ne lui laissait d'autre choix que de proposer à l'IDEC une évolution en grade vers cadre de santé :

*« j'avais toujours cette réflexion de me dire à part cadre de santé, qu'est-ce qu'il y a ? ».*<sup>63</sup>

Ensuite, l'IDEC qui ne souhaitait pas s'éloigner du soin :

*« Je voulais absolument rester dans mon cœur de métier et pas uniquement sur des tâches administratives de cadre de santé ».*<sup>64</sup>

Enfin, à la parution des textes encadrant la pratique avancée :

*« La formation IPA est arrivée comme une évidence, et oui c'est pas cadre de santé qu'il faut...Et là en fait comme IPA, elle gardera quand même ce côté organisation des soins, mais en lien avec la clinique... Mais quand l'IDEC m'a parlé de la pratique avancée et en découvrant le métier d'IPA, je me suis dit que cadre de santé n'aurait pas convenu. Parce que j'ai pas besoin de quelqu'un qui organise juste les soins, mais aussi qui ait cette approche individuelle des résidents. Ce côté expertise était très très important... Et il est clair qu'on fera beaucoup beaucoup plus de choses avec une IPA qu'avec une cadre de santé ».*<sup>65</sup>

Les compétences d'un CS (management d'équipe, gestion des conflits, réalisation des plannings, gestion de l'absentéisme, communication,...) diffèrent totalement de celles d'un IPA, et sont complémentaires. L'infléchissement de la direction est à considérer eu égard au fait que l'avancée en grade n'était, jusqu'à la publication des textes encadrant la pratique

---

<sup>63</sup> Annexe 4 : Entretien avec un directeur d'EHPAD autonome

<sup>64</sup> Annexe 2 : Entretien avec un personnel IDEEC en formation IPA

<sup>65</sup> Annexe 4 : Entretien avec un directeur d'EHPAD autonome

avancée, la seule opportunité managériale qu'elle pensait pouvoir saisir en faveur d'une évolution de carrière de la profession IDE, pour répondre d'un besoin en personnel d'encadrement.

Cela nous démontre l'importance pour chaque directeur de bien connaître et de ne pas confondre les compétences spécifiques de chaque métier, afin d'orienter son choix en réponse aux besoins identifiés.

*« Là où j'ai prévu une vraie montée en puissance de l'IPA, c'est lorsque nous passerons à 88 résidents car je récupère du temps IDE (en tout 1.8 ETP) donc cela me permet de pouvoir acter la présence de l'IPA en la déchargeant complètement de sa fonction IDEC (gestion de planning, organisation des horaires soins,...) ».*<sup>66</sup>

A travers ce témoignage de la direction, nous pointons comme limite le fait que, à son retour de formation, l'IPA devra répondre de ses prérogatives propres, mais aussi porter celles d'un CS qui sont extrêmement chronophages. Tantôt IDEC, tantôt IPA, le professionnel peut être amené à rencontrer des difficultés de positionnement mais aussi de légitimité. Avec le risque de restreindre son champ d'action en tant qu'IPA, tout au moins jusqu'à la complète reconstruction et augmentation de capacité de l'EHPAD dont la date d'achèvement est encore incertaine.

L'année 2020 est également celle du renouvellement du projet d'établissement (PE) de l'EHPAD, pour la période 2021-2025. A ce titre, pour la direction l'implantation de la future IPA y a toute sa place :

*« Tout le monde doit être inclut dans le projet d'implantation d'une IPA. Si c'est une démarche individuelle du soignant, ça sera très difficile de s'implanter dans son établissement d'origine. Je pense que ça ne peut pas se faire sans logique d'établissement. Parce que c'est trop nouveau pour être accepté et attendu ».*<sup>67</sup>

Ce point nous apparaît en effet crucial, pour ne pas dire fondamental. La communication doit reposer sur une véritable stratégie portée et soutenue par la direction, tant auprès des équipes en interne qu'auprès des différents acteurs de santé et partenaires extérieurs. Leur adhésion et implication au sein des groupes de travail en vue de l'actualisation du PE doit être recherchée, pour l'élaboration de ce document qui est un véritable outil de pilotage et de communication, et dont le contenu fait lien avec d'autres (livret d'accueil, contrat de séjour, règlement de fonctionnement,...).

*« Concernant l'IPA, à ce stade du projet d'établissement, c'est dans la partie « les nouveaux métiers » mais aussi dans la partie « amélioration de l'accompagnement*

---

<sup>66</sup> Annexe 4 : Entretien avec un directeur d'EHPAD autonome

<sup>67</sup> Ibid

*et du soin ». Avec cette formulation : « Une IDE se forme à la pratique avancée. Cette nouvelle fonction permettra de renforcer l'expertise de l'EHPAD et d'identifier la Résidence comme un lieu de ressources et d'informations, tant pour les professionnels du domicile que pour les séniors et les aidants du territoire. L'IPA sera au centre du parcours de soins du résident, comme interlocuteur privilégié des différents professionnels gravitant autour de celui-ci. L'IPA sera aussi dans un rôle de coordination des acteurs intervenant autour du résident, y compris du personnel soignant de l'établissement. Par ailleurs, son expertise sera un atout supplémentaire dans le développement de la télémédecine dans l'établissement, comme interlocutrice privilégiée avec les médecins spécialistes ».<sup>68</sup>*

Le témoignage de la direction témoigne de l'inscription de ce projet d'implantation au sein de 2 axes stratégiques du PE. L'arrivée brutale de la crise sanitaire a malheureusement contraint la direction à ajourner les réunions programmées. Nous relevons cependant que la démarche stratégique définie et opérationnelle prévisionnelle à ce stade d'élaboration, augurent d'une implantation réussie de l'IPA, en interne tout autant que sur le volet ouverture sur l'extérieur, impliquant l'ensemble des acteurs et notamment les médecins traitants dont l'adhésion est indispensable. La présentation du métier qui en est faite correspond en tous points aux compétences élargies de l'IPA comme développées supra, où cependant le volet analyse des pratiques professionnelles n'est pas évoqué. De même, est affichée la volonté d'identifier l'établissement comme un lieu ressources, dans une démarche d'ouverture sur l'extérieur.

### **3.1.2 Un levier pour l'EHPAD de demain**

L'EHPAD autonome « Y », lieu de notre stage de professionnalisation, accueille 121 résidents, dont 85 sur le pôle maison de retraite et 36 sur le pôle Alzheimer, dispose de 6 places d'accueil de jour et d'un pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) de 14 places. Pour l'accompagnement en soins des résidents et les organisations qui en découlent, le directeur s'appuie en interne sur les compétences d'un médecin coordonnateur à 50%, d'un cadre supérieur de santé, d'un cadre de santé, de 5 IDE, d'une équipe soignante, d'un ergothérapeute et d'un masseur-kinésithérapeute.

La volonté personnelle d'évolution d'un professionnel IDE le conduit initialement à suivre une préparation au concours de cadre de santé, qui s'est révélée infructueuse, en raison d'un éloignement des soins :

---

<sup>68</sup> Annexe 4 : Entretien avec un directeur d'EHPAD autonome

*« Dans cette préparation...je ne me suis pas retrouvé dans tous les arguments. Parce que la culture du terrain, la proximité du résident m'échappaient ».*<sup>69</sup> Mais dès que : *« Les décrets d'IPA sont sortis en 2018, je m'y suis intéressé de très près dès juillet, et j'en ai parlé avec le directeur mi-août. J'ai vraiment eu le sentiment que cela me correspondait, contrairement à celui de cadre de santé ».*<sup>70</sup>

Comme dans l'exemple précédent, le directeur méconnaissait jusque-là la formation IPA :

*« L'IDE en question, dès le début des premières formations m'avait posé des questions, mais j'étais complètement novice il y a plus d'un an sur le sujet. Cela a un peu mûri avec l'expérience d'une collègue qui ne dit que du bien de cette formation, et aussi après avoir lu différents articles, échangé avec différentes personnes y compris la préparation du séminaire régional annuel de la Fédération Hospitalière de France. J'ai trouvé que l'IPA était une des bonnes solutions pour notamment les EHPAD ».*<sup>71</sup>

Dans sa vision prospective d'ouverture de l'établissement vers le domicile, le directeur voit en l'IPA une opportunité :

*« Je me dis que l'IPA a toute sa place, surtout que je pense que l'EHPAD de demain va nous permettre de nous ouvrir vers le domicile, qu'il y aura de plus en plus de coordination, de plus en plus de parcours. Et je suis convaincu aujourd'hui qu'un IPA a sa place dans une équipe complète ».*<sup>72</sup>

L'EHPAD est en effet engagé dans une démarche d'ouverture permanente. Par ailleurs c'est un des axes stratégiques reconduit dans le cadre du renouvellement de son projet d'établissement que nous avons organisé et piloté durant le stage, en cours d'élaboration pour la période 2021-2025. Axe qui s'intitule « Développer l'ouverture sur l'extérieur ». Comme nous l'avons constaté, le directeur a d'ores et déjà conventionné avec de nombreux acteurs du territoire (équipe mobile de soins palliatifs, hospitalisation à domicile, IDE de parcours aux urgences, prise en charge des résidents ayant des troubles du comportement et relevant d'un suivi psychiatrique, astreinte IDE de nuit à laquelle 4 des 5 IDE de l'EHPAD participent, parcours de soins bucco-dentaires, télémédecine comprenant des consultations de gériatrie, dermatologie, ophtalmologie, plaie diabétique, chirurgie vasculaire, plaies/escarres pour lesquelles l'EHPAD est doté de l'équipement nécessaire). Autant de collaborations qui œuvrent en faveur du décloisonnement et d'une fluidification des parcours.

---

<sup>69</sup> Annexe 3 : Entretien avec un personnel IDE inscrit à la formation IPA

<sup>70</sup> Annexe 5 : Entretien avec directeur d'EHPAD autonome du lieu de stage

<sup>71</sup> Ibid

<sup>72</sup> Ibid

Nous avons parallèlement constaté que cette volonté de s'associer aux acteurs du domicile est également déjà engagée : repas, animations, visites permettant de proposer des activités afin de rompre la solitude à domicile, mais aussi de maintenir les capacités d'autonomie des personnes âgées qui y résident, ainsi que des formations sécurité incendie sont organisées au sein de l'EHPAD pour les professionnels intervenant au domicile, permettant par la même occasion un rapprochement et une connaissance mutuelle de ces différents acteurs de santé. Mais d'autres actions, tout autant cruciales, font à ce jour l'objet d'une concertation par ces différents acteurs (EHPAD/professionnels du domicile) afin d'instaurer : partage d'expériences et de pratiques professionnelles, formations communes sur le soin, mise en place d'une astreinte de nuit, développement de la téléconsultation et/ou téléassistance aux personnes âgées à domicile.

Autant de démarches en faveur des personnes âgées, accueillies dans l'établissement mais aussi du domicile.

Dans cette perspective, le directeur de l'établissement voit en l'IPA une réelle opportunité managériale :

*« Sur le plan managérial c'est une opportunité parce que si on va vers l'EHPAD de demain, l'ouverture sur l'extérieur, l'IPA fera partie de l'encadrement et aura toute sa place dans l'équipe de direction ».*<sup>73</sup>

Et pourra en effet à ce titre être force de propositions, de conduite de projets, tout autant qu'acteur.

L'inscription de l'IDE pour la rentrée 2020 a été validée par l'université. Il intégrera la formation, prise en charge au titre des études promotionnelles, qui a d'ores et déjà fait l'objet d'une information en interne par la direction :

*« Cela a fait l'objet d'échanges en CTE pour le plan de formation, ainsi qu'avec le cadre supérieur de santé ».*<sup>74</sup>

Puis l'IDE souhaite s'orienter en seconde année vers la spécialité « *pathologies chroniques stabilisées, prévention et polypathologies courantes en soins primaires* », et réintégrer l'EHPAD comme nous l'a indiqué le directeur :

*« Je lui ai dit effectivement que la préférence sera une réintégration sur un poste IPA... on s'est mis d'accord sur le fait que s'il ne pouvait pas réintégrer*

---

<sup>73</sup> Annexe 5 : Entretien avec directeur d'EHPAD autonome du lieu de stage

<sup>74</sup> Ibid

*complètement sur un poste IPA, il pourrait avoir un temps partagé entre IPA et IDE.. son souhait c'est d'évoluer dans l'établissement ».*<sup>75</sup>

Nous soulevons à ce titre les mêmes potentiels problèmes de positionnement, de légitimité et de réduction du champ d'action de l'IPA, à travers ces rôles partagés, évoqués dans l'exemple précédent.

Quant au financement de l'IPA, il s'agira d'une transformation de poste :

*« La cadre de santé va partir en 2021 ».*<sup>76</sup>

La situation est cependant particulière aux motifs que, d'une part le renouvellement du projet d'établissement en raison de la crise Covid-19 a été ajourné, sans permettre, à ce stade d'élaboration du présent mémoire, de mettre en exergue des actions définies. D'autre part, en raison du départ prochain du directeur, la préparation du retour de l'IDE en qualité d'IPA ainsi que tout l'aspect organisationnel reposeront sur le futur directeur :

*« Parce qu'en fait, quand il reviendra de formation je ne serai plus là. Et je ne peux pas aujourd'hui m'engager sur une organisation qui sera mise en place par mon successeur...Donc je pense que la personne qui arrivera pour me remplacer au plus tard en janvier 2022 aura neuf mois pour anticiper. Je ne peux pas anticiper ça ».*<sup>77</sup>

C'est également la raison pour laquelle le directeur n'a pas, à ce stade :

*« ...jugé important d'en échanger avec les autres professionnels »*<sup>78</sup>, en dehors des membres du CTE et de la CSS comme évoqué.

Soulignons la volonté de la direction de poursuivre le décloisonnement avec les acteurs de santé du territoire et notamment du domicile, avec lesquels il ne s'agit plus en effet aujourd'hui de simplement coexister, mais bien de co-intervenir et de coopérer. Maintenir l'autonomie de la personne âgée à domicile contribue de fait à maintenir la personne à son domicile, et retarder autant que possible, le cas échéant, son entrée en institution. L'expertise clinique et les compétences élargies de l'IPA peuvent ainsi se révéler des atouts majeurs en faveur de ces personnes sur le plan de la prévention et de l'éducation en santé notamment, ainsi que celles accueillies au sein de l'accueil de jour de l'EHPAD souffrant de pathologies Alzheimer ou apparentées. Notons aussi que les médecins traitants de ces personnes âgées du domicile sont les mêmes que ceux intervenant en EHPAD, et de fait peuvent favoriser la complémentarité médicale nécessaire entre eux et l'IPA pour ce public. Enfin, la présence de l'IPA peut se révéler une valeur ajoutée dans l'harmonisation des

---

<sup>75</sup> Annexe 5 : Entretien avec directeur d'EHPAD autonome du lieu de stage

<sup>76</sup> Ibid

<sup>77</sup> Ibid

<sup>78</sup> Ibid

bonnes pratiques, tant en intra qu'à travers la collaboration avec les acteurs de santé du domicile, dans la réponse interdisciplinaire, afin de sécuriser et éviter les ruptures de parcours. Et contribuer à améliorer l'accompagnement et réduire les hospitalisations.

Ces 2 expériences reflètent, eu égard à nos hypothèses de départ, que la pratique avancée constitue une opportunité managériale pour le directeur d'EHPAD dans l'amélioration de l'accompagnement et les parcours des personnes âgées, tout autant que dans leur démarche d'ouverture sur l'extérieur en faveur des personnes âgées du domicile. Et faire de l'EHPAD un centre ressources.

Comme évoqué supra, ces 2 situations ont été impulsées soit d'une volonté personnelle d'un IDE, soit d'une volonté managériale revisitée. Dans les 2 cas, cela a donné lieu à une adhésion de la direction. Démontrant par là-même l'ouverture d'esprit du DESSMS, ainsi que sa détermination à s'inscrire dans l'innovation, mais aussi parce que le contexte de chaque établissement s'y prête.

Dans cette troisième et dernière partie, nous ferons des préconisations d'implantation de l'IPA en EHPAD, partant cette fois de l'initiative du DESSMS.

### **3.2 Promouvoir l'IPA au sein des EHPAD**

*« La meilleure façon de prédire l'avenir, c'est de le créer » - Peter Drucker.*

*« L'introduction d'un nouvel acteur au sein du système de soins de santé doit se faire de façon réfléchie et structurée pour apporter une réelle plus-value pour les patients en termes de résultats de santé ». Lecoq, D., Mengal, Y. & Pirson, M. (2015)*

La pratique avancée est récente en France, puisque officialisée depuis seulement l'année 2018. Comme toute innovation, elle peut se heurter à des résistances, doutes, méconnaissances. Tout autant, comme nous l'avons vu, qu'elle peut être appréhendée comme une opportunité. Comme toute conduite de projet, l'implantation d'un IPA au sein d'un EHPAD doit faire l'objet d'une minutieuse préparation. Avec ces particularités essentielles que l'IPA a vocation à renforcer les collaborations et coopérations entre et impliquant de nombreux acteurs du système de santé, mais également d'assurer le suivi de personnes âgées chroniques nécessitant le consentement et donc une pleine acceptation de la communauté médicale de ville et des personnes âgées concernées. La stratégie d'implantation, portée impérativement par le DESSMS, se veut donc cruciale et déterminante pour en obtenir la compréhension, l'acceptation et l'adhésion auprès des acteurs, et contribuer concomitamment à représenter un levier managérial en faveur de

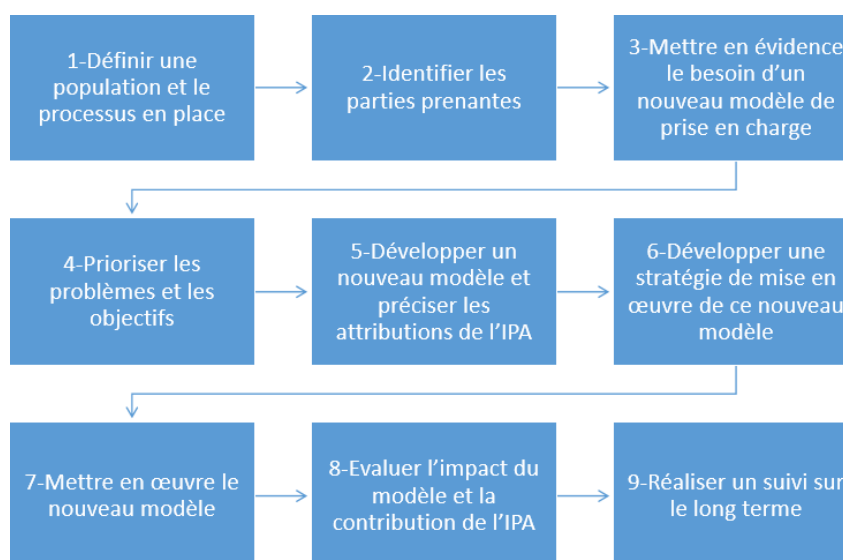
l'accompagnement de la personne âgée tout autant qu'une opportunité de fidéliser la profession paramédicale IDE.

### 3.2.1 Une stratégie d'implantation adaptée et proactive

En décembre 2019, l'Agence Régionale de Santé de la région Provence-Alpes Côte d'Azur a élaboré un guide d'implantation de l'exercice infirmier en pratique avancée<sup>79</sup> qui stipule que, face aux expériences à l'étranger :

*« Un modèle a émergé, il fait foi aujourd'hui, et il paraît inconcevable d'imaginer l'implantation de la pratique avancée sans y faire référence ».*

Ce modèle, il s'agit du cadre PEPPA (Participatory, Evidence-based, Patient-focused process for advanced Practice nursing rôle development) » (DiCenso & Bryant-Lukosius. 2010), comme illustré ci-dessous. Qui signifie : Processus participatif reposant sur les données probantes et axé sur les patients, visant à définir, mettre en œuvre et évaluer les rôles de pratique avancée.



Il est également encouragé par les universités dispensant la formation IPA, comme en témoignent ces propos recueillis auprès d'un IDEC en formation IPA :

*« On a eu des réunions au sein de nos établissements respectifs, selon la méthodologie PEPPA comme demandé par l'université ».*<sup>80</sup>

Décliné en 9 étapes, ce modèle nous paraît en effet adapté à la démarche d'implantation de l'IPA, notamment en EHPAD notre terrain de référence, au bénéfice des personnes âgées, notre public de référence.

<sup>79</sup> <https://www.paca.ars.sante.fr/system/files/2019-12/Recommandations%20implantation%20IPA.pdf>

<sup>80</sup> Annexe 2 : Entretien avec un personnel IDEC en formation IPA



Partant d'un projet institutionnel et relevant d'une planification stratégique de la direction eu égard au positionnement de la structure au sein de son territoire et des orientations et axes d'amélioration définis dans son projet d'établissement, l'implantation de l'IPA doit porter sur une amélioration de l'accompagnement de la personne et son parcours, et sur le développement des collaborations et coopérations. La création de poste ne peut être envisagée que si elle est autorisée après négociation avec les autorités de tarification lors de la signature du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM), qui peut cependant trouver écho en raison de la volonté politique affichée quant au développement de la pratique avancée ; à défaut, le DESSMS n'aura d'autre choix que de proposer cette évolution à budget constant. Il s'agit du point de départ essentiel, tout autant que de contextualiser ce projet d'implantation.

Une stratégie de recrutement des candidats IDE doit être instaurée, et des critères de choix définis dans leur sélection (manière de servir, absentéisme, motivation, intérêt naturel à s'inscrire dans les projets transversaux), en lien avec le CSS ou CS ou IDEC.

Il est nécessaire de constituer un Comité de Pilotage (COPIL) comprenant a minima le directeur, le ou les médecin(s) traitant(s) des résidents souscrivant au projet, le médecin coordonnateur, le CSS et/ou le CS et/ou l'IDEC et l'IDE s'engageant dans la formation IPA. Un calendrier doit être arrêté et permettre à ses membres, outre bien comprendre ce que revêt et a vocation à apporter la pratique avancée, de préparer au mieux le retour de l'IPA à l'issue de sa formation, par une réflexion collective. L'IPA pourra être associé durant sa formation, comme l'indique le témoignage d'un directeur :

*« Il y a une coupure à la fin de la 1<sup>ère</sup> année de formation pendant les mois d'été. Elle est en congés 3 semaines mais sera présente dans l'établissement 6 semaines. On va pouvoir affiner son rôle et préparer son arrivée en tant qu'IPA ».*<sup>81</sup>

Aux membres du COPIL, le directeur aura à cœur d'explicitier ce choix d'orientation, et de rassurer sur son anticipation dans l'organisation quant au remplacement de l'IDE durant les 2 ans de formation, et, le cas échéant, des besoins matériels nécessaires à son retour (par exemple en cas de déploiement de la télémédecine).

Chaque étape du processus de construction du champ d'intervention de l'IPA et de son implantation doit faire l'objet d'une stratégie collégalement approuvée, gage d'adhésion des différents acteurs et de réussite de l'implantation. Le préalable est d'identifier le besoin en soins à l'appui d'indicateurs (par exemple il est relevé qu'un certain nombre de résidents, au regard de leur pathologie, ne bénéficient pas d'une consultation tous les 2 mois comme le préconisent les recommandations ou encore l'EHPAD souhaite déployer la

---

<sup>81</sup> Annexe 4 : Entretien avec un directeur d'EHPAD autonome

télémédecine), d'identifier le public (quels résidents), et de déterminer sur quel parcours et sous quelle forme l'IPA pourra apporter son expertise et déployer ses compétences élargies. Et ce conformément et à l'appui du référentiel métier (par exemple assurer des consultations intermédiaires et, le cas échéant, renouveler ou ajuster tel(s) traitement(s) ; ou apporter son expertise lors des téléconsultations ou téléexpertises et en assurer le suivi).

Ce constat initial d'identification des besoins auxquels l'IPA sera amené à répondre est essentiel, puisqu'il permettra d'une part que soient révélés les acteurs de santé avec lesquels il devra coopérer, et conduira d'autre part à la définition d'objectifs puis d'actions opérationnelles parfaitement élaborées et conformes aux compétences de l'IPA, légitimant son intervention dans l'accompagnement en soins, en redessinant et en améliorant le parcours de soins. Soulignons que c'est également sur la base de ces actions que sera établi le protocole d'organisation avec la médecine de ville, à savoir le médecin traitant du ou des résidents qui est l'interlocuteur privilégié, et conditionne l'intervention de l'IPA. Le protocole formalisera l'organisation de l'activité de l'IPA et la fréquence des réunions de concertation avec le médecin.

Sur cette base, un profil de poste de l'IPA devra également être élaboré afin de clairement différencier ses missions de celles des autres professionnels et favoriser son acceptation, et sa place dans l'organigramme définie, déterminant par la même occasion sa participation future dans les réunions de direction et instances. Sur ce dernier point, comme le démontre les résultats des questionnaires adressés à des directeurs d'EHPAD<sup>82</sup>, bien que l'échantillon ne soit certes pas représentatif, pour certains leur position semble sans ambiguïté, pour d'autres indécise, et ne fait pas consensus. D'où l'importance que l'IPA trouve « sa place » au sein des équipes, et que son champ d'action soit bien acté comme étant complémentaire et non substitutif au sein des organisations existantes.

## **12. Où situeriez-vous l'IPA dans l'organigramme de l'établissement ?**

**6 réponses (30% des répondants)**

- A voir selon niveau de responsabilités exactes
- Entre IDE et cadre de santé
- Entre IDE et cadre de santé
- Ne sait pas
- Comme les IDE
- A la place du cadre de santé ou au même niveau si déjà en place, mais sur 2 secteurs différents.

Nous attirons l'attention sur le fait que le champ des possibles qu'offre la pratique avancée en termes de nouvelles compétences et prérogatives est vaste. Il convient par conséquent de bien définir et prioriser les missions qui lui seront confiées, de même que le nombre de

---

<sup>82</sup> Annexe 7 : Résultats questionnaires auto-administrés adressés à des directeurs d'EHPAD

résidents dont il assurera le suivi, afin d'éviter une « surcharge » qui aurait pour conséquence de se révéler contre-productive. De même, à son retour de formation, une montée en puissance progressive dans ses missions semble adaptée et recommandée afin, le cas échéant, de rapidement procéder à des ajustements.

Le directeur mettra en œuvre une stratégie de communication la plus large possible. En intra auprès de l'ensemble des personnels, pour bien expliciter le rôle, les missions et la place de l'IPA, et éviter une représentation détournée, une perte de confiance avec les équipes. Mais également auprès des acteurs de santé du territoire, des partenaires extérieurs et des autorités de tarification, ainsi que l'officine de ville si l'EHPAD n'est pas doté d'une pharmacie à usage intérieur. Une présentation aux différentes instances (CA, CVS, CHSCT, CTE) sera faite, puis renouvelée au retour de formation de l'IPA en sa présence. Et bien entendu rappeler aux résidents concernés et leurs familles, dont l'adhésion aura été recherchée en première intention par le médecin traitant, les missions de l'IPA et le cadre du protocole élaboré entre l'IPA et le médecin traitant.

Le COPIL prévoira également d'assurer un suivi et d'en définir la fréquence dans le temps, à l'aide d'indicateurs pertinents au regard des missions définis par les membres, sur l'impact de l'activité de l'IPA, sur la satisfaction des résidents et familles/proches concernés, sur la satisfaction de l'IPA ainsi que des professionnels de santé au sein de la structure et ceux avec lesquels il aura collaboré, dont bien sûr le ou les médecins traitants des résidents. Et ce en faveur de toute amélioration et adaptations nécessaires.

Ainsi, par sa volonté constante d'amélioration de la qualité du service rendu conduisant à revisiter ses organisations sous une forme innovante au travers de la pratique avancée, le DESSMS peut parallèlement contribuer à fidéliser les personnels IDE, acteurs de première ligne dans les parcours de soins.

### **3.2.2 Un levier managérial de fidélisation et d'avenir**

Les métiers du grand âge sont confrontés à un réel manque d'attractivité qui fait reposer une préoccupation permanente sur le DESSMS. Comme le souligne le rapport établi par Myriam El Khomri en octobre 2019 :

*« Des métiers du grand âge peu attractifs, parce qu'exercés dans des conditions difficiles, souvent mal rémunérés et peu considérés, bien qu'ils soient porteurs de sens et d'une utilité sociale majeure ».*<sup>83</sup>

---

<sup>83</sup> [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_el\\_khomri\\_-\\_plan\\_metiers\\_du\\_grand\\_age.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_el_khomri_-_plan_metiers_du_grand_age.pdf)

Comme nous l'avons vu, la pratique avancée peut ne pas se révéler attractive au regard de la rémunération. Cependant, à bien des égards, les auxiliaires médicaux IDE peuvent être engagés à s'y inscrire.

Ces professionnels ont à cœur d'exercer un métier qui requiert à la fois de la technique, mais aussi des valeurs humaines qui procurent ce sentiment d'utilité et donnent du sens à leur fonction. En EHPAD, la relation avec le résident est particulièrement singulière et forte, basée sur la confiance que témoigne le résident au professionnel.

Il en est de même pour les professionnels dans leur relation avec les familles des résidents. L'humain est fondamental et conjugué à leur pratique quotidienne, tous deux représentent le cœur du métier de l'IDE. Dans les soins certes, mais le relationnel aussi. C'est ce que nous avons constaté au cours de nos expériences professionnelles, et au cours de notre stage.

C'est un des axes forts de la pratique avancée, qui permet pour la première fois à l'IDE une évolution en restant dans son cœur de métier au sein d'un EHPAD, sans éloignement du soin et donc du résident. Cette perspective lui offre donc l'opportunité d'enrichir de façon substantielle ses connaissances et d'acquérir de nouvelles compétences, tout en conservant son mode d'exercice. Comme démontré supra, les 2 IDE (en formation et inscrit à la formation) ont à cœur d'être maintenus dans leur établissement. Cette évolution constitue ainsi un levier de fidélisation pour le DESSMS.

Nul doute qu'un IDE souhaitant devenir IPA et passant outre la rémunération qui s'y rapporte, décevante comme évoqué supra, affiche dès lors une réelle motivation. Un engagement qui peut également résonner comme la volonté et la fierté de porter un nouveau modèle. Un engagement et une motivation qui, assurément, contribueront à ce que l'IPA mette tout en œuvre pour une implantation réussie, et qui sont des valeurs essentielles du travail auprès des personnes âgées.

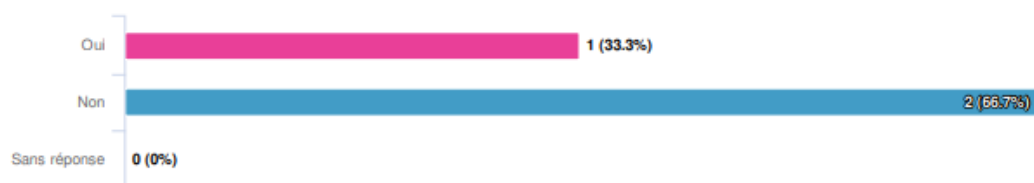
Cependant, pour y parvenir, le professionnel doit s'engager à reprendre des études durant 24 mois, ce qui n'est pas sans conséquence sur son organisation personnelle et l'investissement induit. Comme le démontrent les résultats du questionnaire adressé aux IDE, les deux-tiers des répondants y sont défavorables <sup>84</sup> :

---

<sup>84</sup> Annexe 11 : Résultats questionnaires auto-administrés adressés à IDE

## 8. Envisagez-vous de suivre cette formation ?

3 réponses (15% des répondants)



Historique des commentaires "Pourquoi ?" :

- Poursuivre ma formation, m'investir davantage, évoluer en compétences
- Autre projet que le métier d'IDE, trop peu reconnu à sa juste valeur
- Trop de responsabilités pour aucune reconnaissance financière

S'ajoute enfin un frein quant au niveau d'anglais attendu en fin de formation, comme le souligne un responsable universitaire<sup>85</sup> :

*« Tous les masters doivent avoir un grade B2 de maîtrise de la langue anglaise (obligatoire en France). Cela peut être un frein au regard de la façon d'enseigner les langues en France, même si le niveau augmente un peu. Dans la formation IPA, seul l'anglais est valorisé ».*

En impulsant une dynamique de changement au sein des organisations, le DESSMS vient en quelque sorte transformer des insuffisances repérées, par une véritable opportunité, et permettre au personnel IDE de s'inscrire dans cette évolution novatrice, promouvant par là-même une culture d'initiative. Et lui permettre de fidéliser son personnel.

Selon nous, fidéliser son personnel passe par un investissement qui se veut une vision de long terme, et éviter d'être confronté à des situations récurrentes de remplacements qui induisent un turn-over et un coût importants, perturbent les organisations, mettent à mal la qualité de vie au travail, peuvent générer de l'absentéisme. Fidéliser son personnel passe par la capacité du directeur à savoir identifier et maintenir des compétences au sein de l'établissement, des personnels qui en partagent les valeurs et aptes à s'inscrire à toute innovation que requièrent les évolutions et besoins en santé des résidents, afin d'y répondre.

Cette démarche de fidélisation impulsée par le DESSMS témoigne également d'une reconnaissance de la profession IDE. En effet, en instaurant un projet institutionnel en faveur du déploiement de la pratique avancée, et en permettant à un personnel IDE de s'y inscrire, le DESSMS développe en quelque sorte un outil de fidélisation à travers l'accès à la formation. Outre une marque de confiance et de reconnaissance des compétences et de

<sup>85</sup> Annexe 6 : Entretien avec responsable universitaire formation IPA

la qualité de son travail témoignées au professionnel, cela permet à ce dernier de bénéficier d'une prise en charge de la formation IPA (notamment au titre des études promotionnelles), dont le coût est très élevé (environ 4200 euros/an en moyenne selon l'université qui la dispense)<sup>86</sup>. Et de créer en quelque sorte un sentiment d'appartenance à la structure. De même, pour l'IDE, être directement impliqué et acteur clé d'un axe de développement inscrit au projet d'établissement, ne peut que renforcer ce sentiment, et l'inciter à fédérer et convaincre les équipes, autour d'un projet commun et de son bien-fondé.

---

<sup>86</sup> <https://medecine.univ-rennes1.fr/diplome-detat-dinfirmier-en-pratique-avancee#section-7>

## Conclusion

---

La pratique avancée a démontré son efficacité à l'étranger, où elle est déployée depuis plusieurs décennies. C'est à l'appui de ces expériences et pour répondre de l'évolution des besoins de santé qui se complexifient, notamment chez les personnes âgées, et favoriser les collaborations et coopérations, que le législateur l'a inscrite dans la loi de 2016 en France, et réglementée par décrets et arrêtés en 2018.

Ses compétences élargies et son haut niveau d'expertise font de l'IPA un acteur de santé susceptible d'apporter une réponse dans l'accompagnement holistique et le parcours de la personne âgée, qui lui sera confiée par un médecin, dans une démarche interdisciplinaire. Mais aussi contribuer à l'amélioration et l'harmonisation des pratiques professionnelles et la réduction des dépenses de santé.

Son implantation au sein d'un EHPAD semble légitimée, inscrite parmi les axes stratégiques du projet d'établissement, et représenter à ce titre une opportunité managériale à laquelle ont souscrit 2 établissements, dans un contexte favorable.

Chaque EHPAD présente en effet une situation et des besoins singuliers, en termes de ressources humaines, mais aussi organisationnels et financiers. De multiples causes, parfois cumulatives internes à la structure (situation financière dégradée, absence de médecin coordonnateur, difficile collaboration avec la médecine de ville, absence de CS ou d'IDEC, absentéisme et turn-over importants,...) peuvent conduire le DESSMS à s'engager vers d'autres projets et choix prioritaires que celui de la pratique avancée, d'autant que ce modèle de pratique est novateur en France.

Aujourd'hui la pratique avancée se heurte à une certaine méconnaissance des acteurs de santé, malgré une littérature, des recommandations et publications assez riches, ainsi qu'une volonté gouvernementale clairement soutenue et diffusée à son encontre. Révélant ainsi un paradoxe.

Cependant nous pensons que cette profession intermédiaire et complémentaire, trouvera inmanquablement à se déployer dans un avenir proche au sein des EHPAD, au service des personnes âgées qui y sont accueillies, et au service des personnes du domicile par le renforcement des partenariats avec les acteurs du secteur. Offrant également au DESSMS l'opportunité de fidéliser cette profession paramédicale, et d'inscrire son établissement comme un centre ressources.

Tout le travail de recherche que nous avons effectué sur la pratique avancée nous a énormément intéressé et enrichi. Nous avons cependant été confrontée à des difficultés, tant d'un point de vue méthodologique, mais également en raison de l'absence d'expériences à l'étranger portant sur la pratique avancée en faveur des personnes âgées accueillies en institution.

Notre souhait serait donc que soit prolongée cette réflexion dans les prochaines années, afin de permettre une évaluation du modèle en France, au sein des EHPAD.

Pourquoi la France ne serait-elle pas préfiguratrice du déploiement d'un nouveau modèle dans ses organisations en faveur des personnes âgées accompagnées en EHPAD, et inspirer à son tour d'autres pays ?

Et faire de l'**I**nfirmier en **P**ratique **A**vancée,  
Une **I**nnovation **P**our l'**A**venir.

*« Toute vérité franchit trois étapes. D'abord, elle est ridiculisée. Ensuite, elle subit une forte opposition. Puis, elle est considérée comme ayant toujours été une évidence ». (Arthur Schopenhauer)*



---

## Bibliographie

---

### Articles

Aguillard, 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(2), 241-254. doi:10.3917/spub.172.0241.

Bourgueil, Y., Marek, A. & Mousques, J. (2008). Pratiques, rôles et place des infirmières en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec. *Recherche en soins infirmiers*, 93(2), 94-105. doi:10.3917/rsi.093.0094.

Boutinet, J. (2009). Pratique professionnelle. Dans : Jean-Pierre Boutinet éd., *L'ABC de la VAE* (pp. 176-178). Toulouse, France: ERES. doi:10.3917/eres.bouti.2009.01.0176.

El-Jardali, F. et Lavis, J. N. (2011). Addressing the integration of clinical nurse specialists and nurse practitioners in acute healthcare settings in Canada. [dossier d'information].

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), 105-110. doi:10.3917/spub.150.0105.

### Liens internet

Dictionnaire, Le petit Larousse illustré, Paris, 2006, Larousse

<http://medcomip.fr/region/region-outils/outils-egs/170622-EGS-EHPAD-synthese-dr-G-abadie.pdf>

<http://reseau-asteria.fr/CADCI/CONCEPT%20PEPLAU.PDF>

<http://www.anfiide-gic-repasi.com/wp-content/uploads/2015/01/emergence-expertise-IDE-en-france.pdf>

<https://managersante.com/2020/08/17/peut-on-renforcer-la-place-du-patient-partenaire-au-coeur-de-la-demarche-clinique-et-de-la-demarche-dadaptation-du-soin-therese-psiuk-phd-nous-propose-ses-reflexions/>

[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_relatif\\_aux\\_metiers\\_en\\_sante\\_de\\_niveau\\_intermediaire\\_-\\_Professionnels\\_d\\_aujourd\\_hui\\_et\\_nouveaux\\_metiers\\_-\\_des\\_pistes\\_pour\\_avancer.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_relatif_aux_metiers_en_sante_de_niveau_intermediaire_-_Professionnels_d_aujourd_hui_et_nouveaux_metiers_-_des_pistes_pour_avancer.pdf)

[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete\\_du\\_31\\_juillet\\_2009.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009.pdf)

[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos\\_presentation\\_ipa.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_presentation_ipa.pdf)

<https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ehpad-2.pdf>

[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide\\_reseaux\\_de\\_sante.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_reseaux_de_sante.pdf)

[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_el\\_khomri\\_-\\_plan\\_metiers\\_du\\_grand\\_age.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_el_khomri_-_plan_metiers_du_grand_age.pdf)

[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_grand\\_age\\_autonomie.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_grand_age_autonomie.pdf)

<https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-cordier-SNS-sages.pdf>

<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>

<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>

[https://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/capi-iatrogenie.pdf](https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/capi-iatrogenie.pdf)

[https://www.cfef.org/texte\\_divers/rapport\\_berland.pdf](https://www.cfef.org/texte_divers/rapport_berland.pdf)

[https://www.fncs.org/sites/default/files/pdf/2014/RAPPORT\\_CORDIER\\_-\\_JUILLET\\_2013.pdf](https://www.fncs.org/sites/default/files/pdf/2014/RAPPORT_CORDIER_-_JUILLET_2013.pdf)

[https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2019/2019\\_14\\_maladies\\_chroniques.pdf](https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2019/2019_14_maladies_chroniques.pdf)

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000038833680&cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20190901>

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641>

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?idArticle=JORFARTI000031913702&cidTexte=LEGITEXT000031916187&categorieLien=id>

<https://www.paca.ars.sante.fr/system/files/2019-12/Recommandations%20implatation%20IPA.pdf>

[https://www.psppaca.fr/IMG/pdf/etude\\_population\\_ehpa\\_2015\\_drees\\_juillet\\_2017.pdf](https://www.psppaca.fr/IMG/pdf/etude_population_ehpa_2015_drees_juillet_2017.pdf)

[https://www.Referentiel\\_metier\\_de\\_directeur\\_d\\_etablissement\\_social\\_et\\_medico-social.pdf](https://www.Referentiel_metier_de_directeur_d_etablissement_social_et_medico-social.pdf)

[https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/HCAAM/2012/AVIS/HCAAM-2012-MARS-AVIS\\_SUR\\_L-AVENIR\\_DE\\_L-ASSURANCE\\_MALADIE.pdf](https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/HCAAM/2012/AVIS/HCAAM-2012-MARS-AVIS_SUR_L-AVENIR_DE_L-ASSURANCE_MALADIE.pdf)

## Ouvrages

Ambrosino, F. (2019). *Le guide de l'infirmier(ère) en pratique avancée*. Vuibert.

Bloch, M., Hénaut, L. (2014). *Coordination et parcours: La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*. Paris: Dunod. doi:10.3917/dunod.bloch.2014.01.

Boutinet, J. (2009). Pratique professionnelle. Dans : Jean-Pierre Boutinet éd., *L'ABC de la VAE* (pp. 176-178). Toulouse, France: ERES. doi:10.3917/eres.bouti.2009.01.0176.

Lewandowski, W. et Adamle, K. (2009). *Substantive areas of clinical nurse specialist practice : A comprehensive review of the literature*. *Clinical Nurse Specialist*, 23(2), 73-90.

## Rapports

ANAP - Prise en charge médicamenteuse des résidents EHPAD - Mars 2017.

ANESM - Recommandations de bonnes pratiques professionnelles - Juin 2008.

Annie VIDAL, Rapport d'information de l'Assemblée Nationale, « L'évolution de la démarche qualité au sein des EHPAD et de son dispositif d'évaluation », 26 juillet 2018, p.65.

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

Dossier de presse – conclusions Ségur de la santé.

HAS - Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents des EHPAD - Juillet 2015

Philippe Verger, Rapport sur La politique du médicament en EHPAD, décembre 2013.

## Revues

Bryant-Lukosius, D. (2015). « Mentorship: A navigation strategy for promoting oncology nurse engagement in research ». *Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie*, 23(3), 1-4.

Davies, B. et Eng, B. (1995). Implementation of the CNS role in Vancouver, British Columbia, Canada. *Clinical Nurse Specialist*, 9(1), 23-30.

Schober, M. (2016). *Introduction to advanced nursing practice: An international focus*. Cham: Springer.

## **Textes législatifs et réglementaires**

Arrêté du 12 août 2019 modifiant l'arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée.

Arrêté du 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 relatif à l'enregistrement des infirmiers en pratique avancée auprès de l'ordre des infirmiers.

Arrêté du 18 juillet 2018 fixant la liste des pathologies chroniques stabilisées prévue à l'article R. 4301-2 du code de santé publique.

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

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

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

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

Décret n° 2019-835 du 12 août 2019 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée et à sa prise en charge par l'assurance maladie.

Décret n° 2019-836 du 12 août 2019 relatif au diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée mention psychiatrie et santé mentale.

Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

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

## **Thèse de doctorat**

Carr-Saunders et Wilson, 1933, thèse de doctorat en sociologie, 2004, p 34.





---

## Liste des annexes

---

### ANNEXE 1 : Entretien avec membre du Conseil National de l'Ordre des Infirmiers

Entretien téléphonique du 19 février 2020 semi-directif avec un membre du Conseil National de l'Ordre des Infirmiers.

Indique qu'il ne répondra que sur le versant Ordinal et général, car ne peut parler au nom de la faculté au sein de laquelle il exerce en parallèle, sans autorisation du Doyen.

---

#### Qu'est-ce qui a conduit à l'émergence de ce nouveau métier ?

Il y avait eu une initiative dans les années 80 de faire venir la compétence du Canada, mais elle s'est révélée infructueuse, et pas reprise par les pouvoirs publics.

Une volonté était affichée depuis de nombreuses années des associations des professionnels et de l'Ordre des médecins de faire en sorte que le métier de pratique avancée puisse voir le jour en France.

Il y a eu le rapport du Professeur Yvon Berland sur le transfert de tâches et de compétences de 2003.

En 2011, il y a eu le rapport de Laurent HENART, Yvon BERLAND et Danielle CADET sur les métiers de santé de niveau intermédiaire. L'idée porte sur un métier intermédiaire entre l'IDE et le médecin, sans pour autant réellement parler de pratique avancée. Mais il porte clairement sur la notion d'avoir un nouveau métier de positionné avec quelques années d'études en plus entre le médecin et l'IDE.

Et enfin la naissance a eu lieu suite à une promesse qui a été faite par le Président de la République Française François Hollande, dans le 3<sup>ème</sup> plan de lutte contre le cancer (2014-2019) présenté en février 2014, où il a été annoncé qu'il y aurait une IPA, ou plutôt IDE qui devient clinicien, pour pouvoir améliorer la sécurité des traitements complexes. C'est cela qui a impulsé la naissance en France de la pratique avancée. C'est cette volonté présidentielle de la mettre en œuvre qui a conduit à sa création.

C'est ce qui a conduit à sa création. Mais il a fallu attendre la loi Touraine de 2016, qui fonde dans son article 119 la notion de pratique avancée pour les auxiliaires médicaux. Le texte est assez large pour que toutes les professions du titre 3 du CSP aient accès à la

pratique avancée, et pas seulement les IDE (kiné,...). La prochaine profession qui aura accès à la pratique avancée sera les manip radio, car il y a clairement une volonté d'avoir des professionnels compétents pour faire de l'imagerie, comme les échographies, avec des techniques nouvelles par rapport au référentiel qui date des années 80 (en cours de réforme). D'où la volonté d'avoir des compétences intermédiaires et la notion de pratique avancée.

### Quels objectifs sont recherchés dans la pratique avancée ?

Une fois que la LMSS fonde la possibilité de déployer la pratique avancée, c'est ensuite par décrets et arrêtés de 2018 que seront précisés les champs d'application de la pratique avancée.

C'est ce qui va être travaillé en 2017 et 2018 pour aboutir à ces textes qui comprennent le référentiel d'activités, le référentiel de formation, les compétences dévolues, les conditions d'entrée en formation et les conditions d'exercice pour les IDE. C'est à ce moment-là que sont créées 3 mentions pour la pratique avancée :

- Pathologies chroniques stabilisées, prévention et polypathologies courantes en soins primaires.
- Oncologie, hématologie.
- Maladies rénales chroniques, dialyse, transplantation rénale.

Le choix de ces 3 spécialités relève d'une négociation et d'un arbitrage du Ministère de la Santé, de définir les besoins spécifiques de la population en France, et qu'il y avait une nécessité dans ces 3 domaines.

Autour de la table, se trouvaient l'Ordre des IDE, l'Ordre des médecins, 1 représentant d'une association professionnelle, 1 personne qualifiée dans le domaine de la santé, la HAS. Pas de consensus d'où arbitrage du Ministère de la Santé et de l'enseignement supérieur. L'arbitrage ne correspondait pas à ce que l'Ordre des IDE demandait, c'est-à-dire qu'il y ait un parcours en gériatrie et en santé mentale/psychiatrie. Mais il n'a pas été entendu.

### Les universités d'Aix-Marseille et Saint Quentin ont été pionnières ?

Aix-Marseille Université a créé des masters en sciences cliniques IDE, qui n'ont pas été reconnus en tant que DE IPA puisqu'ils ne correspondaient pas aux enseignements définis ensuite dans les décrets. Il y avait différents parcours (parcours complexes de soins, maladie rénale et gériatrie).



Mais cela a permis aux professionnels qui avaient suivi ces masters de faire une validation de l'enseignement supérieur (VES) et d'avoir un parcours aménagé, pour pouvoir passer le DE IPA. On leur reconnaissait tout ce qui avait été vu, et on les exonérait de refaire par exemple de la déontologie, des sciences IDE, de prouver leurs compétences de recherche à travers un mémoire,...

Mais tout ce qui est spécifique à la spécialité et notamment les unités d'enseignement clinique, certains parcours de soins, l'anglais ou les stages qui ne figuraient pas dans les masters en sciences cliniques IDE, ils doivent les valider. Il n'y a pas eu de reconnaissance du parcours en gérontologie, mais des enseignements des masters en sciences cliniques IDE.

Le contenu des enseignements figure dans un référentiel national publié (décrets et arrêtés de 2018), qui reprend les UE, les apports théoriques nécessaires et les différentes missions et objectifs pédagogiques de chaque UE, comme pour les IDE et le référentiel de 2009.

### Qu'en est-il de la rémunération ?

Elle n'a toujours pas été définie. Je ne me suis pas occupée de ce dossier car l'Ordre n'a pas été convié, car ce sont les organisations syndicales qui représentent l'organe compétent.

Il n'y a que des pistes émanant du Ministère, mais pas de rémunération officielle. La seule chose d'actée est l'avenant 6 de la Convention avec les libéraux, où figurent des tarifications pour des prises en charge annuelles de patients, ainsi que des parcours de prise en charge avec bonification en cas d'intervention d'une IPA, pour le parcours BPCO (bronchopneumopathie chronique obstructive) et pour le parcours de maladies rénales chroniques. Mais il ne s'agit pas de la rémunération des IPA, mais de ce qu'il est possible de facturer. Donc cela donne une idée pour une IPA libérale, mais pas pour les salariées il n'y a pas de grille officielle, comme pour la FPH.

C'est clairement un frein. C'est comme si on vous demandait d'employer quelqu'un en vous demandant de la payer comme vous le voulez parce qu'il n'y a pas de grille indiciaire, et sans savoir ce que cela va vous rapporter.

Il faut que l'on puisse voir si économiquement c'est viable, parce que dans un contexte où un plan de retour à l'équilibre est fréquent et où il est demandé de récupérer des postes, la mise en place d'un nouvel acteur sans savoir quel sera le retour sur investissement, c'est quand même très compliqué de l'intégrer et de faire valoir son intérêt.

### Une IPA a-t-elle toute sa place en EHPAD ?

Si on part sur les pathologies chroniques stabilisées aujourd'hui, les IPA sont alors compétentes sur 4 disciplines et 8 domaines (cardio, pneumo, endocrino, neurologie,...) et par exemple en endocrinologie cela ne concerne que le diabète de types 1 et 2. Une personne âgée qui a une dysfonction de la thyroïde ne pourra pas être prise en charge par l'IPA qui n'aura pas la compétence de la fonction thyroïdienne. Mais ses compétences sont quoi qu'il arrive un net plus pour les EHPAD.

L'IPA ne remplace pas le médecin co ni le médecin traitant. C'est vraiment une coordination qui doit être faite avec le médecin traitant, parce que la polypathologie d'une personne âgée inclut souvent des pathologies qui ne sont pas éligibles (pathologies digestives,...). C'est pourquoi cela n'a pas été pensé pour pallier un manque de médecins.

Par contre, l'IPA peut participer à la réduction des consultations, parce que par exemple une personne qui a besoin que son traitement anti-hypertenseur par rapport à son insuffisance cardiaque soit adapté, relève de la compétence de l'IPA. L'IPA peut tout à fait être en relais du médecin pour le suivi de la pathologie chronique. Cela va permettre de récupérer du temps médical, mais il ne s'agit pas d'un médecin low-cost.

Il s'agit d'un champ propre qu'il convient de ne pas « calquer » sur le champ du médecin généraliste. Il y a des choses communes, mais sur des pathologies bien particulières. Quand une personne est polypathologique, cela pointe une limite car le référentiel n'a pas été pensé pour répondre de « toutes » les polypathologies, puisque l'objectif de santé publique est qu'il y en ait le moins possible.

#### Et la spécialité gériatrie ?

Aujourd'hui cette mention n'est pas à l'ordre du jour des instances ministérielles, malgré les annonces faites dans le rapport El Khomri. Il y aura d'autres choses de mises en place pour la dépendance et le grand âge. Peut-être un complément de formation, peut-être une option.

On a changé de Ministre donc tout est possible.

Il y a un engagement pour que dès septembre 2020, il y ait un nouveau parcours en pratique avancée pour les IDE des urgences. Le groupe de travail est en cours pour l'élaboration du référentiel. On arrivera donc à 5 mentions avec la santé mentale/psychiatrie sortie en 2019.

#### Quel regard l'Ordre porte sur ce nouveau métier ?

Une IPA est une IDE, qui fait partie intégrante de la famille des IDE. L'Ordre est donc totalement favorable au déploiement de ce nouveau métier, qui répond des besoins en santé de la population, et notamment des maladies chroniques face à l'âge.

L'Ordre a été nommé comme étant l'organe de régulation de ce métier, pour donner l'autorisation d'exercice en France ; a accompagné la naissance et va continuer à favoriser l'implantation de ces professionnels, y compris dans le soutien et l'appui en tant qu'organe garant de la déontologie et de l'exercice légal de la profession.

En parallèle les étudiants et les nouveaux diplômés vont se fédérer autour d'associations, de syndicats, dont l'ANFIPA par exemple. C'est bien qu'il y ait une représentation associative ou syndicale, mais cela ne change rien aux missions de chacun. Seul l'Ordre a le pouvoir sur l'autorisation de l'exercice, mais pas sur les rémunérations où là ce sont les syndicats. L'association doit être porteuse d'idées et pourquoi pas aller sur de la production de sciences et de savoirs autour du métier.

Il faut juste que tous travaillent de concert et pas les uns contre les autres pour faire évoluer et avancer les choses. L'Ordre est forcément sollicité pour toutes les évolutions métier, il est donc important que chacun soit en phase avec lui pour porter des idées communes afin qu'elles soient entendues. Cela est valable pour toutes les professions, pas seulement les IPA.

L'Ordre a établi un livre blanc pour faire remonter les desideratas et les propositions pour faire évoluer le contexte actuel, et notamment des propositions sur l'évolution du métier, et cela a été fait en sollicitation des IDE de France, en demandant aux associations spécialisées de faire une production pour pouvoir porter leurs messages, toutes les contributions ont été les bienvenues. Parce que ce n'est qu'à ce titre que la parole portée aura du poids et du sens, pour répondre des besoins en santé, ce qui nous motive.

#### Etes-vous inquiet quant à la relation/collaboration IPA/médecins ?

L'ARS PACA a sorti un guide d'implantation, qui a vocation à servir à l'implantation nationale (office de laboratoire d'essai en PACA). La production de ce document permet de recenser la démarche d'un établissement pour implanter la pratique avancée, identifier les leviers possibles, les limites et les freins à déjouer en amont.

Mais ce sera surtout sur un rapport de confiance entre les 2 parties que tout se jouera.

#### Existe-t-il une cartographie des universités proposant la formation ? Le nombre de professionnels en formation ?

Si on veut le DE d'IPA, on est obligé d'avoir une accréditation du Ministère de l'enseignement supérieur et de répondre au cahier des charges imposé dans le texte de 2018.

Il y a au moins une université par région, mais pas de cartographie précise. Chaque université étant autonome, aucune obligation d'information du nombre d'inscrits ne leur

incombe, et chaque faculté à son quota en fonction de l'accréditation avec l'enseignement supérieur (détermine le nombre d'étudiants à former pour chaque parcours), en sachant que l'accréditation stipule un nombre d'étudiants maximal par parcours. Par contre, les IPA formés souhaitant exercer sont obligés de s'inscrire auprès de l'Ordre ; en 2019, dans le cadre de la VES, les diplômés des universités d'Aix-Marseille et Paris étaient au nombre de 50 environ. Sachant que tous n'exercent pas en pratique avancée (seulement une petite dizaine), certains sont partis dans l'enseignement, une personne nommée référente dialyse au Maghreb.

L'indépendance des facultés fait que les formations ne sont pas homogènes (par exemple certains étudiants continuent à travailler, pour d'autres c'est interdit) ; du moment que le référentiel est respecté, cela est possible. Formation continue avec des temps de formation discontinus pour permettre une activité professionnelle en dehors des temps d'enseignements, soit de façon présentielle continue. Peu importe car les mêmes UE sont garanties.

#### Quelles préconisations feriez-vous ? Quelles évolutions sont espérées ?

Pour l'heure il faut un peu de temps pour que ce nouveau métier puisse se déployer et faire valoir ses avantages.

On est sur environ 10 IPA qui exercent en France, c'est donc insuffisamment représentatif du métier pour en faire une analyse.

Un parcours a été ouvert chaque année depuis 2 ans. D'ici quelques années nous aurons des retours sur l'exercice des IPA, leur bien-fondé et une évaluation pourra être pleinement conduite.

La 1<sup>ère</sup> promotion formée en 2 ans n'est pas encore sortie par ailleurs. Ce ne sera qu'à l'été 2020.

Ce qui compte vraiment par contre, c'est marteler les professionnels de la santé de la nécessité d'implanter les IPA, en ville et en établissement, et que chacun puisse travailler de concert afin de prendre en charge de façon plus efficace les personnes atteintes de pathologies chroniques, quelle que soit leur modalité d'entrée dans le dispositif (par la cancéro, par la maladie rénale, par la cardio, par la diabéto, par la neuro,...).

Il faut trouver une organisation pour que ce nouveau métier soit intégré dans la prise en charge quotidienne. C'est convaincre et comprendre une logique nouvelle de prise en charge. C'est tout un ensemble de lignes qu'il faut faire bouger, ce n'est pas le plus simple.

#### Quelle définition apportez-vous de l'IPA ?

Le Conseil National des IDE a donné une définition. Pour le Ministère, la définition est dans la loi. Les textes ont été transposés dans le CSP et pas dans le CASF. Pour autant L ou R ou D 43-01-1 et suivants du CSP qui reprend l'article 119 de 2016 prévoit l'IPA en ESMS, dès lors que le travail de l'IPA est coordonné par un médecin.

## ANNEXE 2 : Entretien avec un personnel IDEC en formation IPA

Entretien téléphonique du 26 mars 2020 semi-directif avec un personnel IDEC en formation IPA, exerçant en EHPAD autonome

---

Au-delà de votre volonté propre à vous inscrire dans cette formation, comment cela a été préparé avec votre établissement ?

Le processus s'est fait petit à petit. Mon souhait de plus en plus prégnant de m'engager dans cette formation, toutes les lectures que je faisais, etc...j'en ai toujours parlé avec la direction, y compris au moment de l'évaluation.

Dès que des situations m'interpellaient à l'EHPAD, j'en faisais part à ma direction et j'apportais des arguments supplémentaires : situations complexes médicales, par exemple, en tant qu'infirmières, nous avons eu plusieurs situations où nous étions en difficulté avec les médecins traitants au niveau de la communication. Ils interviennent dans l'établissement une fois par mois, ils voient le résident 15 minutes tout au plus, et c'est presque impossible pour eux d'avoir une approche globale de la personne. Ce qui pouvait nous mettre en difficulté, c'est que même en tentant d'argumenter auprès d'eux lors de leur venue, nous n'étions pas forcément entendues et cela n'aboutissait sur aucune proposition ou solution de leur part. On ne se sentait pas assez armées. On a besoin de plus de connaissances pour avoir davantage d'arguments et offrir un accompagnement holistique de la personne. Je suis IDEC, et la direction voulait me faire évoluer vers une formation de cadre de santé, souhait lié au fait que l'établissement va s'agrandir et passer à 88 résidents. Mais moi je ne voyais pas du tout cela en terme d'évolution. Je voulais absolument rester dans mon cœur de métier et pas uniquement sur des tâches administratives de cadre de santé. Dans tous les cas il fallait que cette évolution soit accompagnée d'un diplôme, pour poser une légitimité à cette évolution.

Finalement, je suis parvenue à la convaincre de la différence qu'apporterait la présence d'une IPA, où le résident serait au cœur, et l'IPA apporterait de l'interaction entre les acteurs dans sa prise en soins.

Je suis déjà très ancrée dans le soins, dans le sens où je fais l'évaluation gériatrique de la personne à son entrée ou lors d'un retour d'hospitalisation ou aussi lors de la modification de la situation suite à un évènement de santé ou autre, de mettre en place des plans de soins, etc.... Mais j'avais besoin d'aller plus loin, car à chaque fois on est en surface, on approfondie pas. Et puis l'équipe aussi, surtout les aides-soignantes, où on parle de glissement de tâches, et où on n'a pas forcément de réponses à apporter à l'équipe. Et les médecins auprès desquels on n'a pas forcément de réponses.

Du coup on se retrouve souvent en questionnement, et on ressent le besoin d'avoir plus de compétences IDE. En plus pas de médecin sur place. L'IDE a des compétences, mais insuffisantes face à la complexité aujourd'hui des prises en soins. Cela nécessite d'être mieux armées.

### En quoi consiste l'évaluation gériatrique ?

Aujourd'hui avec les problématiques rencontrées, les professionnels commencent à s'apercevoir que l'IPA est un profil très intéressant en EHPAD, notamment pour la formation des équipes, l'évaluation gériatrique standardisée d'entrée. Cette évaluation est d'ailleurs recommandée, puisque le résident doit bénéficier d'une évaluation gériatrique pour permettre ensuite de développer un projet personnalisé de santé.

L'évaluation gériatrique s'entend :

- Au niveau cognitif, au niveau nutrition, au niveau dépression, au niveau comportement, au niveau environnemental, l'autonomie, le matériel, au niveau prestations sociales, la famille, les aidants, etc...c'est une évaluation globale faite avec tous les professionnels ;
- Par exemple au niveau des comorbidités (diabète, hypertension,...) on va voir si elles sont bien stabilisées, on fait les tests cognitifs si pas de médecin co, on fait une évaluation psychologique ;
- Puis on va repérer / dépister par exemple un syndrome dépressif par exemple, et on va élaborer dans le projet de soins personnalisé, une prise en soins avec le psychologue de l'EHPAD ;
- Comme l'IPA est habilitée à dépister les troubles de la marche, les troubles locomoteurs, après dépistage elle va faire des préconisations de prises en soins par des spécialistes si besoin ; si pas de besoin particulier, l'IPA a les compétences de prescrire un déambulateur par exemple.

### Comment définissez-vous le cœur de métier de l'IPA ?

Assurer une prise en soins optimale et faire le lien interdisciplinaire. Multidimensionnel et interdisciplinaire.

Les cours actuels avec les médecins généralistes sont vraiment bien. Par exemple, ils reconnaissent que sur le temps de leur consultation, ils n'ont pas le temps d'aller approfondir. Selon une étude réalisée sur le temps consacré aux consultations médicales, en général, les médecins traitants vont gérer 2 motifs et demi durant leur consultation, ce qui fait qu'ils ne peuvent pas aller dans la prévention, dans l'éducation et c'est normal.

Avant mon départ en formation, il n'y a rien eu d'écrit avec ma direction. Tout s'était discuté avec la direction, le médecin co, la qualitiennne, la psychologue, l'équipe soignante, mais de façon informelle.

Je me suis donc regroupée avec une IDE de l'EMG du CHU et une IDE de l'HAD. Cela nous a semblé cohérent et pouvait constituer un travail de réseau intéressant. On a eu des réunions au sein de nos établissements respectifs, selon la méthodologie PEPPA comme demandé par l'université (propre à l'IPA ; mise en place au Québec). Étaient réunis à l'EHPAD la direction, la qualitiennne, 2 IDE, 2 AS, l'ergothérapeute et le médecin coordonnateur. Et j'ai discuté avec un médecin traitant qui intervient beaucoup à l'EHPAD et qui suit la grande majorité des résidents, et d'autres aussi. Ils semblent assez volontaires, considérant qu'avoir un interlocuteur privilégié, cela leur permettra d'avoir des infos plus précises et de gagner du temps, de permettre aux résidents d'être vus plus régulièrement avec un bon suivi, voire cela peut éviter des déplacements inutiles. L'IPA est en soutien et fait le lien.

L'objectif était de faire un brainstorming sur la vision que chacun avait de l'IPA, quels besoins, quelles craintes, quelles attentes, etc... Pas mal de choses sont remontées.

Ensuite on va continuer à travailler l'implantation de l'IPA en avril 2020, mais je pense que ce sera reporté sur l'année N+2. Et là il s'agira d'intégrer dans la réunion 1 ou 2 médecins traitants.

Ceci dit il faut savoir que pour moi, au début au moins, je n'ai pas pour objectif d'être sur le volet prescriptif, renouvellement de traitements, qui a vocation à libérer du temps médical. Je pense qu'il faut rassurer les médecins de part la méconnaissance qu'ils ont du métier d'IPA, et même si je les connais depuis 13 ans, je sens bien qu'une marche supplémentaire est à franchir pour instaurer une confiance et une collaborations élargies.

Pour moi, l'IPA a plus que sa place en EHPAD. De même que la spécialité gériatrie.

Le problème aujourd'hui repose surtout sur la méconnaissance de ce nouveau métier. Aussi la réticence au changement. Mais cela a fait ses preuves à l'étranger. Il y a de très bons résultats sur le suivi des pathologies chroniques.

#### Qu'en est-il par rapport au projet d'établissement ?

La direction sera plus à même de répondre que moi. Il est en cours de renouvellement, mais étant en formation IPA, je ne suis pas intégrée aux groupes de travail. J'ai les comptes-rendus de réunions mais c'est tout. Mais ce sera bien intégré au projet d'établissement.

Je devais aller à la réunion du 25 mars par contre, qui était la restitution, mais elle est ajournée du fait de la crise sanitaire.



### Bénéficierez-vous d'un accompagnement à l'issue de la formation ?

J'ai une référente pédagogique IPA en Guadeloupe, qui fait partie de celles sorties en juillet 2019 (n'a fait qu'un an à Paris).

L'objectif est de se faire un réseau, car on va être seule dans nos pratiques quotidiennes.

Il existe aussi l'ANFIPA, et groupes d'étudiants en pratique avancée (groupe national).

L'objectif est de faire du lien de territoire entre nous.

Et de toute façon, les compétences de l'IPA et son champ d'action vont s'étoffer au fur et à mesure. Au Québec où cela fait 40 ans, ça a mis du temps mais aujourd'hui c'est largement investi.

On ne travaille pas sur des organes, mais sur la prévention des grands syndromes gériatriques, avec les compétences des pathologies, des médicaments,...

La gérontologie est un tout. D'où la difficulté de créer un référentiel spécifique, contrairement à oncologie par exemple.

En France, l'IPA est un mixe de l'IDE praticienne (suivi pathologies, de traitements,...) et de l'IDE clinicienne (plus dans les démarches de soins, accompagnement d'équipes, analyses de pratiques,...). En France l'IPA reçoit un enseignement plus complet.

### Nous n'avons pas abordé la reconnaissance salariale : qu'en pensez-vous ?

Alors là, c'est un sujet. A titre d'exemple, je passe cette année à l'échelon 6, indice 597. Une fois IPA, je serai à l'échelon 4, indice 600. Autant dire que pour 3 points d'indice, je n'appelle pas ça une reconnaissance salariale par rapport aux compétences, aux responsabilités, aux 2 ans à l'université, c'est vraiment très décevant. Mais je l'ai fait parce que pour moi le plus important, c'est vraiment d'évoluer dans ma profession parce que c'est nécessaire pour faire face aujourd'hui aux problèmes de santé des résidents, et c'est la seule évolution offerte pour rester auprès des résidents en EHPAD.

### ANNEXE 3 : Entretien avec un personnel IDE inscrit à la formation IPA

Entretien physique du 20 avril 2020 semi-directif avec un personnel IDE inscrit à la formation IPA à la rentrée 2020, et exerçant en EHPAD autonome

---

#### Quelles sont vos missions au sein de l'EHPAD ?

Au service du résident, c'est observer, faire remonter les informations auprès des médecins des besoins en santé du résident, alerter sur des besoins fondamentaux qui seraient altérés.

Auprès des équipes c'est véhiculer les bonnes pratiques qui partent du projet d'établissement, veiller à ce qu'il y ait une application des grandes valeurs de l'établissement ; savoir relayer auprès de ma cadre des dysfonctionnements parce que je suis dans une chaîne et non en haut de la chaîne, et puis coordonner les actions de soins, c'est-à-dire qu'au vu d'une démarche de soins et d'un projet d'accompagnement personnalisé qu'on met en place pour un résident, moi dans la partie soins je vais essayer de coordonner ça avec l'ensemble des acteurs de santé qui gravitent autour de l'établissement, c'est-à-dire orienter vers l'animation, vers l'ergothérapeute. Et ça c'est en intra.

D'un autre point de vue, le travail en réseau c'est la CSS qui s'en occupe. Pour nous IDE, en extra ça va surtout être d'assurer la continuité des rendez-vous, veiller en tout cas. Mais c'est la CSS qui prend les RV, car on a une manière spécifique de travailler au sein de l'établissement, car sur 121 résidents, on ne peut pas tout gérer en fait.

Après c'est une articulation et une organisation en interne qui est comme ça, mais on aurait pu prioriser de plutôt s'occuper de ça au niveau des IDE et un peu moins manager des équipes. Mais comme on a un service dans lequel on est référent, pour pouvoir être plus impliqué dans l'accompagnement personnalisé d'un groupe de résidents, ça fait qu'on se focalise plus à un endroit et donc une dé-focalisation sur d'autres tâches.

#### Votre relation avec les médecin coordonnateur et les médecins traitants ? Comment s'articule-t-elle ?

Une collaboration forte. Avec leur expertise. C'est peut-être là qu'est intéressant le terme d'IPA, d'avoir une expertise gériatrique plus soutenue, par un examen clinique. Beaucoup plus de cartes dans ce master. Ce qui est seulement survolé dans la formation IDE.

Dans le DE IDE on est capable de repérer des signes, poser quelques diagnostics IDE, mais il manque une expertise assez forte. L'observation d'un bilan sang, il y a des données qui nous manquent. On voit bien qu'un médecin fait à ce moment-là la différence.

Je pense qu'en tant qu'IDE on a des trous dans la raquette. Ce que va combler le master d'IPA, et ce qui va se montrer beaucoup plus rassurant pour les équipes, notamment à des endroits où le luxe d'avoir un médecin n'est pas toujours le cas.

Si on prend le cas d'un EHPAD, je pense que le métier d'IPA a été réfléchi dans le sens où, à l'hôpital il y a toujours des internes, des externes, des médecins. Il y a une chaîne médicale, des ressources médicales très fortes. En EHPAD, c'est l'IDE qui est en première ligne. Et même si j'ai beaucoup de respect pour le métier d'IDE que je suis, avec un master il sera beaucoup mieux armé.

### En tant qu'IDE vous constatez des limites dans vos missions ?

Oui, et ça peut provoquer des insatisfactions. C'est sûr même sans médecin sur place, il y a le centre 15, bien entendu. Mais peut-être qu'il y a 20 ans les projets d'établissements n'étaient pas écrits de la même manière.

Aujourd'hui le PE comprend beaucoup de choses : l'accompagnement, la bienveillance, la bientraitance, l'éthique,... Ce sont des choses qui ont toujours existé si on s'en réfère à l'étymologie des mots, ces mots existent depuis des siècles. Mais c'est autre chose si on parle de mobiliser ces mots-là.

Et parfois avec une valise un peu maigre, on peut être confronté à des ruptures de bon accompagnement. Une hospitalisation inutile ou déraisonnée, même si on a ajouté un maillon avec les IDE d'astreinte, mais qui restent pour le coup des IDE. Lorsqu'un IDE d'astreinte débarque la nuit, il est dans l'inconnu. Et le trou dans la raquette se reproduit en fait.

Mais ce qui manque c'est vraiment une expertise en amont. L'IPA peut être une ressource aussi dans ce cas précis, pour les équipes, pour faire monter en compétences les équipes. Une fluidité, une légitimité dans une lecture des bilans, lors d'un retour d'hospitalisation avec une expertise clinique plus forte en fait. C'est la métaphore des trous dans la raquette. Avoir plus d'informations, plus de connaissances pour ne pas prendre de risques. Je suis en soif de connaissances avec la chance de monter en compétences, de m'inscrire aussi dans la recherche clinique. On a un personnel soignant capable de respecter des protocoles, et je pense que la recherche clinique au sein des EHPAD est à développer. C'est avant tout un lieu de vie, on peut travailler sur la santé publique, santé en soins primaires, prévention.

Je ne suis pas sûr qu'il manque grand-chose ici, mais on peut le renforcer.

Par exemple l'embolie pulmonaire que j'ai vécu encore la semaine dernière. Il y a eu une succession de problématiques au fil de la journée qui a fait qu'en appelant le centre 15 à deux moments différents, cela a créé une problématique. Lors du 1<sup>er</sup> appel je demande une hospitalisation pour quelqu'un qui s'est ouvert au niveau du crâne et qui est sous anti-

coagulant donc ça nécessite un scanner, sauf qu'aux urgences en plein Covid ils trouvent que ce n'est pas logique que cette personne vienne. Sauf que je ne sais pas suturer car je ne peux pas suturer. Et j'ai eu le sentiment de ne pas être crédible ni reconnu. Ce n'est pas dans mon champ de compétences. Puis quand j'ai appelé le centre 15 une seconde fois pour un autre résident, ils m'ont dit cette fois-ci je vous envoie un médecin mobile. Quelle perte de temps pour le résident, quelle sentiment d'impuissance pour un IDE.

Et là je me dis qu'avec une expertise gériatrique encore plus forte, j'aurais été plus pertinent avec un raisonnement plus understandable. Je pense que ce master offre la possibilité d'avoir un vrai discours avec le champ médical.

### Quelle est votre motivation à suivre le master IPA ?

J'ai postulé, c'était jusqu'au 15.04.2020. Première réponse le 24.04.2020.

Je navigue seul pour le moment, je n'ai pas fait de demande de prise en charge auprès de l'ANFH. Maintenant il y a le CFP, on est dans une période où il y aura sans doute moins de monde à solliciter des formations. Parfois les planètes ne sont pas alignées, parfois oui. Et puis je me dis que c'est aussi un premier enseignement cette crise.

C'est un projet que j'avais eu il y a 2 ans, après avoir tenté une préparation un an avant au concours d'école de cadre de santé. Dans cette préparation, j'étais studieux mais je ne me suis pas retrouvé dans tous les arguments. Parce que la culture du terrain, la proximité du résident m'échappaient. Aussi un conditionnement dans le management imposé qui me cloisonnait trop. La tentative du concours où j'ai échoué.

Quand les décrets d'IPA sont sortis en 2018, je m'y suis intéressé de très près dès juillet, et j'en ai parlé avec le directeur mi-août. J'ai vraiment eu le sentiment que cela me correspondait, contrairement à celui de cadre de santé.

Il ne voyait pas à ce moment-là comment cela pouvait s'articuler au sein de l'EHPAD, il trouvait que le métier était trop jeune, avec des perspectives trop incertaines. Et j'ai vraiment envie d'être IPA, mais autant envie de l'être au sein de cet EHPAD. Parce que c'est le lieu qui m'a apporté du confort, même s'il faut savoir sortir de sa zone de confort. Et c'est un endroit novateur et l'IPA y a justement toute sa place. J'ai donc laissé de côté un temps.

Et puis quand j'ai su que vous souhaitiez faire votre mémoire sur l'IPA, cela a relancé tout le processus.

### Dans quelle spécialité vous souhaiteriez vous inscrire ?

Aujourd'hui la spécialité « pathologies chroniques stabilisées » est celle qui répond le mieux à la gériatrie face aux besoins des personnes âgées, et aussi pour nous, IDE, pour apporter des réponses. D'autant que les enseignements sont dispensés par un gériatre. La

transversalité de la polypathologie, c'est l'EHPAD et la plupart du temps la maladie chronique. Quelquefois ça se complexifie, et nous avons la chance d'avoir des téléconsultations et des téléexpertises, là où l'IPA peut prendre une importance.

Je pense qu'aujourd'hui nous sommes en moins-value sur notre manière d'aborder les téléconsultations en EHPAD. En tant qu'IDE dans l'EHPAD, je sors de mon poste de référence pour faire ces téléconsultations, et c'est un peu comme si elles étaient un appendice. Cela devrait être recentré comme un enjeu majeur, mais comme nous n'avons pas toujours le temps, je ne suis pas sûr qu'on le gère à la hauteur. Dans notre quotidien nous sommes dans une résolution de problèmes, et pour nous les téléconsultations c'est pas « chouette », mais « mince, combien on en a ». C'est pourtant une richesse, mais c'est en plus dans une valise déjà bien remplie en EHPAD.

L'IPA aurait plus de temps. Avec un discours expert plus approfondi. Parfois on manque de ressources. D'ailleurs, à la base de la téléconsultation, l'IDE avait tellement le sentiment de ne pas avoir le temps ici, qu'on avait envisagé que ce soit le psychologue, alors que ce n'est pas son rôle.

Et l'IPA pourra élever les compétences. Assurer une meilleure proximité de terrain.

#### Quelle différence faites-vous entre l'IPA et le CS ?

L'IPA serait plus sur un versant professionnel, analyse de pratique prévue dans les UE d'enseignement bien développée. Le CS sur le management organisationnel, sa formation est moins développée sur l'analyse de pratique. Ici le CS est dans ce schéma.

Les EHPAD ont vocation à devenir des pôles de ressources gérontologiques. L'IPA peut amener une assise plus forte.

J'y ai même réfléchi sur le plan de la mutualisation, car il ne faut peut-être pas le déployer que sur un seul lieu. Donc pourquoi pas mutualiser, ou la possibilité de travailler avec les personnes à domicile dans le cadre d'un EHPAD hors les murs ? On a la chance avec l'accueil de jour de préparer progressivement les personnes à intégrer éventuellement l'EHPAD, peut-être que l'IPA peut commencer à faire des visites à domicile sur des maladies chroniques stabilisées. Un début de connaissance de futur résident potentiel, ce qui n'existe pas aujourd'hui, y compris pour les personnes n'ayant pas de troubles cognitifs. Ce serait une réelle avancée pour toutes ces personnes.

Pour moi l'IPA doit développer et travailler en complément, et a un rôle à jouer pour le développement de l'EHPAD hors les murs. Et cet EHPAD est un beau terrain de jeu futur pour l'IPA.

### A quelle fréquence interviennent les médecins traitants ?

Par résident c'est une fois par mois ou une fois tous les trois mois. Bien sûr certains médecins ont une trentaine de résidents. Mais ils ne connaissent pas la vie intérieure de l'EHPAD.

### Avez-vous évoqué votre projet avec le médecin co et les médecins traitants ?

Non pas encore. Allez sonder c'est aussi prendre le risque de se faire peur. Je ne veux pas me confronter à une vérité où on me dirait : je ne vous délèguerai pas. Je vais attendre la confirmation de mon inscription.

### Pensez-vous que vous pourriez rencontrer des réticences ?

Les anciens médecins auront sans doute du mal à déléguer, il y a du clientélisme. Déléguer c'est renoncer à des recettes. Ils ne sont pas salariés comme le médecin co, mais à l'acte. Les jeunes médecins sont davantage dans les recommandations, ils éprouvent davantage la nécessité de rester dans leur cabinet et à déléguer. C'est plus complexe à les faire déplacer à l'EHPAD. Ils ont tendance à prescrire tous les 3 mois, et s'ils pouvaient certains le feraient pour 6 mois. Psychologiquement ils sont déjà plus ou moins inscrits dans cela. Si on leur propose demain sur de la pathologie chronique de venir moins souvent, avec des personnes connues et en qui ils ont confiance, cela peut s'inscrire.

Le médecin co a commencé par quelques missions, il en est à 13 aujourd'hui. Pour l'IPA c'est pareil je pense, il pourra faire d'autres choses en attendant de gagner la confiance des médecins.

Pour que l'IPA s'impose en EHPAD, contractualiser avec le médecin ne sera pas le plus important au départ en tout cas, mais bien l'expertise clinique.

C'est difficile de m'inscrire auprès des médecins traitants pour une démarche inconnue, pas reconnue et qui n'est pas portée par la direction, parce que ça peut leur donner une idée faussée. Et auprès du médecin co non plus.

L'IPA est un trait d'union.

Un bon IDE est un bon enquêteur, un policier de terrain en quelque sorte. Et il nous manque quelque chose en EHPAD. On accueille les personnes avec quelques-uns de leurs meubles. Mais si nous prenions le temps d'aller chez eux avant, en tant qu'IDE et peut-être même l'AS à plusieurs reprises dans l'idée de prendre des photos, de s'inspirer de son environnement. Parfois on dit cette personne n'est pas très propre, par très ordonnée. Mais peut-être ne l'a-t-elle jamais été ? Et qu'elle a le droit. Et en s'inspirant de l'environnement, on pourrait le réorganiser au sein de l'EHPAD. Il nous manque cette culture visuelle.

Parce que là ce ne sont que la CSS et le médecin co mais qui n'y vont qu'avec un seul objectif : voir l'état de santé, quel GIR.

Cure and care = prendre soin. Je me suis formé à cette culture. Ici il y a cette culture d'un accompagnement global, mais qui mérite d'être encore plus globale en ayant la possibilité d'aller au domicile, de mettre la personne en confiance. Je pousserais même cela en intégrant l'ADMR et le SIMADE, en permettant à leurs professionnels et à ceux de l'EHPAD de travailler aussi bien à l'EHPAD qu'à domicile. Les travailleurs à domicile sont isolés, il faut les réintégrer dans les EHPAD et ouvrir l'EHPAD au domicile pour mieux apprendre et connaître les personnes dans leur vie avant l'entrée en institution. C'est donnant donnant. Trop cloisonné aujourd'hui.

Parfois on a des limites avec certains résidents, par exemple Alzheimer. Ici on a toutes les cartes, mais pas assez de temps et pas assez formés pour.

En pleine crise Covid, les restrictions imposées, cela modifie-t-il l'organisation avec les médecins traitants ?

Ils interviennent moins, puisque les renouvellements peuvent être faits d'office. Une prescription qui a été validée il y a 1 mois, s'il n'y a pas de troubles aigus, elle est renouvelée automatiquement, hors les hypnotiques (somnifères) pour lesquels on leur faxe une ordonnance et il la signe.

Dans le cadre de la chronicité, dans le cadre de la téléconsultation, l'IPA pourrait en effet porter tout ça.

Cela pourrait être un vrai bouleversement. Avant tous les médecins passaient le lundi pour un nombre de renouvellements donnés, c'est-à-dire pour une trentaine de renouvellements par semaine, ce qui correspond aux 120 renouvellements sur le mois. Sur cette trentaine de renouvellements on peut enlever un tiers où les renouvellements ne se font que tous les 3 mois et où les médecins ne passent que tous les 3 mois. Donc il reste une vingtaine de renouvellement par semaine aujourd'hui, ce qui peut correspondre à 10 médecins. S'ils passent tous le lundi après-midi, on n'a pas de grandes discussions avec eux au vu de la temporalité. Mais s'ils font de la téléconsultation ou téléexpertise, cela va nécessiter du temps que l'IDE n'a pas. Certainement qu'actuellement nous avons un bénéfice secondaire à ce qu'ils passent tous.

Ce flou du secret médical aussi entre le résident et le médecin. Le médecin n'a peut-être pas non plus envie de confier certaines choses à l'IDE. Alors que dans le cadre d'une collaboration médecin/IPA/résident, cela serait complètement différent, les échanges seraient transparents.

La présence d'un IPA en EHPAD peut aussi amener du lien et du liant avec le médecin co.  
Un renfort sur l'anamnèse du dossier d'admission, sur l'histoire de vie de la personne, ...  
Peut-être l'IPA sera une forme « d'externe ».



## ANNEXE 4 : Entretien avec un directeur d'EHPAD autonome

Entretien téléphonique du 23 avril 2020 semi-directif avec un directeur d'EHPAD autonome

---

Pouvez-vous m'expliquer ce qui vous a conduit à accompagner une IDE de votre structure à suivre la formation IPA ?

Quand je suis arrivée dans l'établissement, il n'y avait ni IDEC, ni cadre de santé. Il y avait une IDE dite « référente » détachée une journée par semaine, jour où le médecin co était présent. C'était surtout pour le suivi des dossiers d'admissions, mais il ne se passait pas grand-chose en réalité.

Je trouvais qu'avec 4 ETP IDE pour 56 résidents, on pouvait largement détacher quelqu'un pour avoir des fonctions un peu plus transversales, au moins d'IDEC. Ce qui me posait aussi souci, c'est que les plannings des soignants étaient faits par l'adjoint des cadres, ce qui n'était pas sans poser de difficultés au quotidien, notamment des tensions entre les soignants et les administratifs.

Petit à petit, j'ai vu en l'IDE « référente » ce dont elle était capable, dont beaucoup de possibilités sous exploitées à ce moment-là.

Le départ de l'adjoint des cadres pour une mutation m'a fait dire allez, il faut revoir totalement les choses. Mon IDE référente, je l'ai positionnée en tant qu'IDEC, augmenté son temps, et je me suis dit comme ça elle va pouvoir aussi gérer les plannings soins, l'organisation des soins en lien avec moi et, petit à petit, prendre un peu plus le lead sur l'équipe soignante.

C'est pour ça que très vite je lui ai dit il faudra aussi, en terme de légitimité, que vous puissiez imaginer faire l'école des cadres. Parce que l'IDEC n'ayant pas de diplôme à proprement parler, ça manquera de légitimité à un moment ou à un autre. Et puis vous apporterez comme ça des compétences.

Après, l'IDEC a cette grande force de faire l'unanimité auprès des soignants et des résidents, parce qu'elle aime réellement son métier, elle le fait bien, avec bienveillance, et elle est ce que j'appelle un diamant brut. Quand on les forme, quand on leur laisse la possibilité de s'épanouir, on peut tailler un peu le diamant pour en faire quelque chose de vraiment top.

Une grande confiance s'est instaurée entre nous, mais en même temps elle n'osait pas trop prendre les choses à bras le corps, elle ne se sentait peut-être pas les épaules pour. Et petit à petit, en gérant les plannings, en gérant l'organisation des soins, elle a pu s'affirmer et montrer ce dont elle était capable.

J'en parlais toujours avec l'IDEC, tout en lui disant : « je sais que pour vous cadre de santé c'est sortir des soins ». Et elle avait du mal à l'imaginer, et moi aussi un peu parce que c'est

quelqu'un qui apporte beaucoup au niveau des soins, et si elle se retrouve sur des fonctions très administratives d'organisation de service, de plannings, etc...de cadre de santé quoi, c'est dommage. Et elle-même disait « j'ai du mal à faire le deuil de ça ».

Quand la formation IPA est sortie, l'IDEC et moi on en a parlé, et elle m'a dit « je sais que c'est ce que je recherche ». Moi-même je me suis un peu penchée sur la question et j'ai dit « alors là OK, je vois ce qu'on peut faire ». Parce que j'avais toujours cette réflexion de me dire « à part cadre de santé, qu'est-ce qu'il y a ? ». Et là, bingo, on s'est dit qu'il fallait absolument qu'on parte dans IPA et tout faire pour qu'elle entre dans cette formation.

IPA c'est une vraie formation qui va lui permettre de s'épanouir sur l'aspect clinique et de pousser dans son domaine IDE en lien avec la gériatrie, et en même temps qu'elle garde ce côté organisation des soins, du service, des projets individualisés, donc avoir un côté cadre de santé, mais pas comme on peut le voir, mais là vraiment avec un côté expert. Et avec un leadership, et de transmissions de bonnes pratiques.

La 1<sup>ère</sup> entrée à l'université s'est faite en 2018 ici, et on s'est dit qu'il fallait absolument qu'elle intègre la formation en 2019. On a préparé le projet ensemble pour présenter le dossier. Elle a d'abord écrit et je suis passée derrière pour insister sur le fait que c'était une logique d'établissement, soutenue par la direction, intégrée dans le projet d'établissement, et qu'on allait présenter le rôle de l'IPA dans l'établissement.

D'autant que bientôt on passera de 56 lits à 88 lits, avec toute cette potentialité qui va exister après.

Aujourd'hui, c'est effectivement lié à une rencontre d'un besoin de l'établissement qui va augmenter sa capacité d'accueil, avec celle d'une demande de l'IDEC d'évoluer, et la formation IPA est arrivée comme une évidence, et oui c'est pas cadre de santé qu'il faut. En même temps il n'existait que cadre de santé. Et là en fait comme IPA, elle gardera quand même ce côté organisation des soins, mais en lien avec la clinique.

### Un peu gagnant-gagnant en quelque sorte ?

C'est exactement gagnant-gagnant. Et ça va répondre complètement d'un besoin qui s'est créé petit à petit. Quand je pense qu'il n'y avait même pas d'IDEC, aujourd'hui ça paraît impensable.

### Comment ça se passe durant son absence ?

On a passé le relais à une IDE en interne qui la remplace, elle-même remplacée par un IDE recruté à l'extérieur.

Donc au départ, il ne s'agit pas d'un constat par rapport à un modèle de soins insatisfaisant ?

Oui et non. Ce projet n'a pas vu le jour en première intention en raison d'un modèle de soins insatisfaisant. Mais maintenant qu'on voit toutes les possibilités qui s'ouvrent et que peut porter une IPA, on se dit qu'on va pouvoir faire ça, et ça aussi. Par exemple on s'est rendu compte aussi que l'IPA permettrait en plus de pallier des carences, ou parfois on se dit tiens il manque une expertise pour ceci ou pour cela.

C'est d'abord parti d'une logique d'établissement pour positionner un personnel. Mais en découvrant un peu le métier d'IPA, je me dis que cadre de santé n'aurait pas convenu. Parce que j'ai pas besoin de quelqu'un qui organise juste les soins, mais aussi qui ait cette approche individuelle des résidents. Ce côté expertise était très très important. Et elle est à fond là-dedans. Et il est clair qu'on fera beaucoup beaucoup plus de choses avec une IPA qu'avec une cadre de santé.

Là on est au début de la construction de l'IPA. Elle est venue une fois pour présenter ce que fait une IPA (en novembre) ; elle doit revenir en 2021 sur des périodes de 3 ou 4 semaines. Et on doit affiner le nouveau modèle d'organisation avec une IPA en place, pour que quand elle arrive, on dise voilà : ça elle sait faire, ça aussi, etc... Aujourd'hui on fait appel aux médecins en attendant des bilans, mais l'IPA peut faire des bilans. Parfois on se dit il faut faire un bilan gériatrique : ah oui mais il faut attendre, on n'a pas le compte-rendu qu'il faut... Là on aura la professionnelle sur place qui sera en capacité de le faire. Qui va faire un lien avec les professionnels spécialistes, et on va pouvoir aller beaucoup plus loin dans l'approche thérapeutique, dans notre expertise pour les résidents.

Ce ne sera pas un médecin. Mais comme le dit le médecin coordonnateur, on aura enfin une vraie approche qui manque aujourd'hui. Parce qu'aujourd'hui l'œil IDE ne vas pas assez loin, reste trop dans le constat. Alors que l'IPA va pousser beaucoup plus loin.

Donc on va créer un nouveau modèle.

Quels problèmes ont été identifiés et quelles actions ont été retenues pour améliorer la prise en soins actuelle ?

Parfois c'est le fait de ne pas comprendre certains problèmes : l'incontinence, l'alimentation, les troubles cognitifs. L'expertise de l'IPA amènera à affiner notre approche et être plus efficaces, faire le lien plus rapidement avec les bons professionnels spécialistes. Les maladies chroniques car le médecin vient au mieux renouveler l'ordonnance 1 fois par mois, ou tous les 3 mois. Mais entre-temps ?

## Aujourd'hui des conventions existent-elles pour favoriser le parcours de soins des résidents ?

La télémédecine, on y rentre cette année. On a juste acquis le matériel, et on adhère au GCS-esanté depuis 2019. Mais on n'a pas commencé. On compte l'amorcer sur des spécialités classiques (dermato, gériatrie). On voudrait débiter cette année mais en suspens avec la crise sanitaire. Mais c'est aussi l'IPA qui va gérer les téléconsultations, téléexpertises pour que le médecin ait un interlocuteur bien mieux formé qu'une IDE, pour aller à l'essentiel, avec le retour d'un bon examen clinique. Cela va permettre d'être beaucoup plus efficace. L'idée est de développer sur un panel de spécialités beaucoup plus important, parce qu'on aura une IPA.

## Quels professionnels internes/externes ont été associés à cette réflexion ?

Les discussions ont eu lieu avec les médecins traitants, dont principalement avec les 2 qui suivent le plus grand nombre de résidents. Avec eux, l'IDEC a eu pas mal d'échanges pour voir ce qui pouvait être construit. Un médecin a dit qu'il reçoit parfois un appel d'une IDE qui lui dit « Mme. X n'est vraiment pas bien en ce moment,... ». Oui mais c'est-à-dire ? Donc si l'IPA peut permettre de ne pas perdre de temps, d'aller à l'essentiel et d'être pertinente dans ses propos, on gagnera en efficacité en ciblant le problème.

Les IPA pourront faire des renouvellements d'ordonnances. Certains sont surpris, mais on imagine que lorsque l'IPA contactera le médecin, ce sera pour un « vrai » problème en fait.

## L'élaboration du protocole de coopération peut être difficile ?

Oui. On suppose que certains vont être complètement hostiles le moment venu. Surtout qu'il n'y a pas d'IPA en EHPAD pour le moment. Alors ce sera très personne dépendante, mais pourquoi la nécessité de collaborer avec une IPA ici et pas ailleurs ? Oui on va sûrement rencontrer des résistances.

Il y aura à prouver la légitimité de l'IPA, montrer que l'IPA peut faire plein de choses. Mais je sais que certains vont voir au contraire l'énorme plus-value, et à réclamer j'espère des IPA dans d'autres EHPAD. Ben vous n'avez pas d'IPA vous ? On aimerait pouvoir prouver que l'IPA va devenir indispensable en EHPAD. Parce que je suis persuadée qu'elle a un avenir en EHPAD, et pas que dans le sanitaire. Parce qu'on accueille des personnes qui sont allées au bout du domicile, avec des situations complexes, des prises en soins beaucoup plus techniques, et avoir une IPA amènera une réelle plus-value pour ces résidents. Parce que les résidents ne rentrent pas pour une pathologie, mais pour un accompagnement global dans un nouveau domicile.

Tout le monde doit être inclus dans le projet d'implantation d'une IPA. Si c'est une démarche individuelle du soignant, ça sera très difficile de s'implanter dans son établissement d'origine. Je pense que ça ne peut pas se faire sans logique d'établissement. Parce que c'est trop nouveau pour être accepté et attendu.

Il y a une coupure à la fin de la 1<sup>ère</sup> année de sa formation pendant les mois d'été. Elle est en congés 3 semaines mais sera présente dans l'établissement 6 semaines. On va pouvoir affiner son rôle et préparer son arrivée en tant qu'IPA. C'est une nouvelle fonction et il faut la préparer avec les médecins, et les équipes. Expliquer ce qu'elle fera. Il va falloir du temps, et c'est pour ça que j'aime bien les semaines où elle va revenir pendant sa formation, parce que ça va permettre de faire tout ce travail de préparation justement. Et c'est pas plus mal que la formation dure 2 ans.

Pour le moment, le médecin coordonnateur est convaincu, les 2 médecins qui suivent le plus grand nombre de résidents aussi. Et petit à petit, ils portent cette parole auprès des autres et c'est bien aussi.

Et il faut absolument un accompagnement de la direction, parce que c'est avant tout une vraie opportunité à saisir pour le directeur

Et à chaque fois qu'on se parle au téléphone avec l'IDEC, elle me dit « ah et puis j'ai vu ça et ça, je vais aussi pouvoir faire ça et ça », et du coup on se dit qu'on crée en quelque sorte ce nouveau métier au fur et à mesure ensemble, et c'est vraiment super. Et on se dit chaque fois que ça va être encore mieux, et ça me conforte dans le choix de l'IPA au lieu de CS qui n'aurait pas pu faire tout ça. Le CS c'était plus une logique hiérarchique et organisationnelle.

Avez-vous prévu une évaluation lorsqu'elle sera en poste ?

Oui avec des indicateurs, mais ça aussi c'est à construire. On avait imaginé de tracer tout ce qu'elle fera et qu'elle aura appris pendant sa formation, tout ce qu'elle apportera, et restituer et communiquer sur le rôle de l'IPA en EHPAD. Ce sera la 2<sup>ème</sup> promotion à sortir ici, donc il n'y aura pas beaucoup d'exemples. Ce sera à nous d'encourager les IDE à faire cette formation et les EHPAD à se lancer dans la promotion professionnelle.

La rémunération de l'IPA est-elle un frein ?

Pas du tout. Et c'est malheureux pour les IPA, car la différence avec une IDE est ridicule. Pour 2 années d'études en plus et surtout des tonnes de compétences en plus. Peut-être que ça évoluera aussi, en tous les cas je l'espère.

Ce projet d'implantation d'IPA fait donc partie intégrante du projet d'établissement en cours de renouvellement ?

Tout à fait. Il faut que cela fasse partie du projet d'établissement. Cela a été évoqué en groupe de travail sur le volet soins. Ensuite on va détailler dans le plan d'actions. Mais ça fait partie d'un point essentiel du projet d'établissement. Avec la crise, tout est ajourné là-aussi.

Le projet d'établissement a pris du retard avec la période de crise sanitaire donc le plan d'actions précis n'est pas élaboré, nous avons juste défini les axes d'amélioration.

Ainsi, concernant l'IPA, et à ce stade du projet d'établissement, voici ce que je peux en dire mais c'est assez général et c'est dans la partie « Les nouveaux métiers » mais aussi dans la partie « Amélioration de l'accompagnement et du soin » : « Une IDE se forme à la Pratique Avancée. Cette nouvelle fonction permettra de renforcer l'expertise de l'EHPAD et d'identifier la Résidence comme un lieu de ressources et d'information tant pour les professionnels du domicile que pour les seniors et les aidants du territoire. L'IPA sera au centre du parcours de soins du résident, comme interlocuteur privilégié des différents professionnels gravitant autour de celui-ci. L'IPA sera aussi dans un rôle de coordination des acteurs intervenant autour du résident, y compris du personnel soignant de l'établissement. Par ailleurs, son expertise sera un atout supplémentaire dans le développement de la télémédecine dans l'établissement, comme interlocutrice privilégiée avec les médecins spécialistes ».

On transpose en plus la nouvelle organisation du passage de 56 à 88 lits. Et on intègre l'IPA comme responsable du service soins et de l'expertise, en lien avec les médecins, et sur une démarche globale au niveau clinique.

Et au moment de la finalisation et de la communication de ce projet d'établissement, ce sera un document de communication très fort pour valoriser l'IPA.

Et quand vous serez en poste, il faut aussi en faire la promotion, parce que l'IPA en EHPAD, c'est vraiment l'avenir.

Après la validation de sa formation IPA, qui assurera les missions qu'elle portait précédemment en qualité d'IDEC ?

Alors dans un premier temps effectivement, elle assurera sa mission d'IDEC et d'IPA, même si elle sera le plus possible détachée de la mission « planning » par une IDE. J'ai par ailleurs prévu de passer les IDE en 1WE sur 3 au lieu de 1 sur 4, également pour gagner encore plus de temps d'IPA (l'IPA sortirait alors du travail IDE pur, elle ne ferait donc pas de WE). Là où j'ai prévu une vraie montée en puissance de l'IPA, c'est lorsque nous passerons à 88 résidents car je récupère du temps IDE (en tout 1.8 ETP) donc cela me

permet de pouvoir acter la présence de l'IPA en la déchargeant complètement de sa fonction IDEC (gestion de planning, organisation des horaires soins,...). Au pire, l'idée c'est qu'elle puisse être à 80% IPA et à 20% ponctuellement IDEC.

Durant la période de crise sanitaire, avez-vous rencontré des difficultés dans la fréquence d'intervention des médecins ?

Moi c'est simple, j'ai un médecin coordonnateur qui vient chaque matin, week-end compris. Normalement il est à 30%, mais il a fait ce choix de lui-même, spontanément. Et du coup il fait le lien avec moi pour les évolutions et les recommandations administratives, et il fait le lien après avec les médecins traitants. Mais c'est une grande chance j'en suis consciente. Du coup ça se passe très très bien et les équipes sont hyper rassurées. Et moi aussi.

## ANNEXE 5 : Entretien avec directeur d'EHPAD autonome du lieu de stage

Entretien physique du 15 juin 2020 semi-directif avec Monsieur X, directeur de l'EHPAD autonome « Y », maître de stage de professionnalisation.

---

Qu'est-ce qui vous a conduit à accompagner le projet d'un professionnel IDE de l'EHPAD à s'inscrire à la formation IPA ?

La formation IPA est pour moi un peu nouvelle. L'IDE en question, dès le début des premières formations m'avait posé des questions, mais j'étais complètement novice il y a plus d'un an sur le sujet. Cela a un peu mûri avec l'expérience d'une collègue qui ne dit que du bien de cette formation, et aussi après avoir lu différents articles, échangé avec différentes personnes y compris la préparation du séminaire régional annuel de la Fédération Hospitalière de France. J'ai trouvé que l'IPA était une des bonnes solutions pour notamment les EHPAD.

Quel a été le constat de départ, pour quel besoin ?

L'EHPAD « Y » a un médecin coordonnateur à 50%, a aujourd'hui un cadre supérieur de santé, un cadre de santé sur le Pôle Alzheimer, et 5 IDE. Il y a une quinzaine de médecins traitants qui interviennent au sein de l'EHPAD, et mon inquiétude au départ il y a plus d'un an, était de savoir où allait se placer l'IPA. Et ma réflexion a vraiment évolué depuis, parce que je me dis que l'IPA a toute sa place, surtout que je pense que l'EHPAD de demain va nous permettre de nous ouvrir vers le domicile, qu'il y aura de plus en plus de coordination, de plus en plus de parcours. Et je suis convaincu aujourd'hui qu'un IPA a sa place dans une équipe complète.

Par rapport à l'effectif actuel, l'IPA serait en plus ?

Il faut savoir qu'au sein de l'EHPAD « Y », c'est aussi pour cela que j'ai laissé la personne partir en formation, et j'espère qu'elle va être admise, parce qu'en fait on a un petit plus d'IDE en ETP. Du coup, au tout début, la personne qui va partir me disait qu'elle pourrait être sur deux missions : IPA et IDE. Donc quand on veut, on peut, on devrait pouvoir y arriver. Et la cadre de santé va partir en 2021.



Est-ce que des professionnels au sein de l'établissement ont été associés à cette réflexion ?

Très peu. Cela a fait l'objet d'échanges en CTE pour le plan de formation, ainsi qu'avec le cadre supérieur de santé. Après je n'ai pas jugé important d'en échanger avec les autres professionnels, comme les AS.

Et les médecins traitants non plus ?

Non, c'est peut-être un tort d'ailleurs. Ou pas parce qu'il y a quand même deux contraintes aujourd'hui : déjà il n'est pas rentré en formation, il est sur liste d'attente, et en plus il faut que le plan de formation au niveau des études promotionnelles à l'ANFH, son dossier passe. Mais il faut anticiper, il faut avancer.

Si l'IDE intègre la formation à la rentrée, comment est envisagé son remplacement durant 2 ans ?

C'est déjà presque fait. On a une IDE qui a fait un remplacement de congé maternité, qui est restée ici durant 1 an ou 2. Elle est partie dans un autre établissement et ne s'y plaît pas très bien. Elle est prête à laisser un CDI pour revenir ici. Donc pas de formation parce qu'elle connaît l'établissement, donc ce serait sans souci et elle n'attend qu'une chose c'est qu'on lui dise si l'IDE part ou pas, sachant qu'elle a un préavis de 3 mois.

Vous êtes-vous engagé auprès de l'IDE qui souhaite suivre la formation IPA à le réintégrer en tant qu'IPA, en cas de validation de son DE ?

Alors, on a eu un échange là-dessus. Je lui ai dit effectivement que la préférence sera une réintégration sur un poste IPA. D'un autre côté, je lui ai dit que je ne pouvais pas tout anticiper ni tout prévoir, et on s'est mis d'accord sur le fait que s'il ne pouvait pas réintégrer complètement sur un poste IPA, il pourrait avoir un temps partagé entre IPA et IDE, ce qui n'est pas l'idéal mais voilà. Son souhait c'est d'évoluer dans l'établissement.

S'il intègre la formation qui dure 2 ans, avez-vous réfléchi à la communication à mettre en place pour préparer son implantation dans l'établissement ?

Alors j'ai déjà réfléchi au sujet, et j'en ai aussi échangé avec l'IDE. Parce qu'en fait, quand il reviendra de formation je ne serai plus là. Et je ne peux pas aujourd'hui m'engager sur une organisation qui sera mise en place par mon successeur. Mais nous en avons parlé,

parce que s'il part en 2020, il revient en 2022 et moi je pars fin 2021. Donc je pense que la personne qui arrivera pour me remplacer au plus tard en janvier 2022 aura neuf mois pour anticiper. Je ne peux pas anticiper ça.

Est-ce que cela pourrait être intégré dans le cadre du renouvellement du projet d'établissement ?

Tout à fait, et y compris il faut que ce soit intégré aussi dans le CPOM.

Pensez-vous que la présence de l'IPA peut contribuer à l'amélioration de l'accompagnement des résidents ?

Oui, si je n'étais pas convaincu, cela ne servirait à rien qu'il parte. Comme je l'ai dit, il y a des choses à voir notamment avec le partenariat, les parcours des résidents, avec le domicile. Je pense qu'il y a tout à créer. On est quand même ici pas mal axé sur la télémédecine, téléconsultation, téléexpertise et je pense que cela peut aussi être un relai. Tout ce qui est gestion des urgences, enfin je pense qu'il y a énormément de choses à faire. Après la difficulté je ne le cache pas, c'est quand même que cet IPA puisse trouver sa place, s'il y a un médecin co, avec les médecins traitants. Ce ne sera pas toujours non plus un long fleuve tranquille. D'où l'importance que ce soit bien préparé pour son arrivée, et que l'IPA ne soit pas parachuté comme un cheveu sur le soupe. La communication avec l'ensemble des partenaires et tout. Après, je pense qu'on ne sait pas non plus comment la direction de l'EHPAD évoluera. S'il y a encore plus de coopérations. Il faut savoir qu'il y a pas mal de dispositifs qui sont mis en place sur le secteur, comme les IDE de nuit, le centre bucco-dentaire. Il y a du travail.

Est-ce que la rémunération de l'IPA est un frein ?

Alors, là je suis sec parce qu'en fait, je ne sais absolument pas la rémunération de l'IPA. Et je ne me suis pas penché sur le sujet.

Est-ce que cette profession intermédiaire vous apparaît comme une opportunité managériale ?

Oui, tout à fait. Après je pense que c'est une opportunité sur des thèmes comme la prévention d'escarres par exemple, opportunité sur le plan technique oui. Sur le plan managérial c'est une opportunité parce que si on va vers l'EHPAD de demain, l'ouverture

sur l'extérieur, l'IPA fera partie de l'encadrement et aura toute sa place dans l'équipe de direction.

Faites-vous une différence entre l'IPA et un cadre de santé ?

Non. Pour moi ce n'est pas si évident que ça. Je pense que ça nécessitera un travail précieux avec les personnes concernées, notamment avec le cadre supérieur de santé, le médecin co, le directeur, peut-être les médecins traitants aussi mais c'est plus compliqué pour les voir parce qu'ils sont très peu disponibles. Mais je pense que ça va nécessiter un cadrage pour bien savoir qui fait quoi, pour qu'il n'y ait pas de difficulté, et ça je pense que c'est quelque chose à faire en 2022, bien avant son retour pour éviter tout litige. Et même aussi que les équipes sachent bien ce que fait l'IPA et aussi l'équipe IDE.

Voulez-vous ajouter quelque chose ?

L'IPA j'y crois. Et j'attends avec impatience la lecture du mémoire.

## ANNEXE 6 : Entretien avec responsable universitaire formation IPA

Entretien physique semi-directif du 3 janvier 2020 avec Monsieur W., professeur de gériatrie et responsable universitaire formation IPA.

---

### Professeur :

Il ne faut surtout pas positionner les IPA comme des recours aux déserts médicaux. Les IPA c'est le développement du métier infirmier, avec des compétences infirmières supplémentaires qui n'existaient pas jusque-là. Ce ne sont pas des compétences médicales déléguées aux IDE, mais bien des compétences IDE supérieures. Le voir ainsi est le voir dans la bonne direction.

### Les formations actuelles forment-elles des IPA en EHPAD ?

Je dirais partiellement avec les pathologies chroniques. Les mentions actuelles sont :

- Pathologies chroniques stabilisées, prévention et polyopathologies courantes en soins primaires.
- Oncologie et hématologie-oncologie.
- Maladies rénales chroniques, dialyse et transplantation rénale.
- Santé mentale.

Les formations débouchent sur l'obtention d'un diplôme d'Etat de grade master, avec mention, la mention étant la spécialité en 2<sup>ème</sup> année.

Un master c'est jours 120 ECTS<sup>87</sup> (60 ECTS par an). 1 ECTS c'est 30 heures de cours (texte réglementaire). Quand vous passez un ECTS en France, il est valable en Europe, selon les mêmes règles pour tous les pays. Si vous souhaitez vous réorienter, aller étudier ailleurs et même interrompre vos études, vous ne perdez aucun de ces points obtenus. C'est le Conseil de l'Union Européenne qui a décidé qu'il fallait retenir comme qualification d'entrée dans les professions de niveau supérieur, trois ans d'études, et donc licence.

1800 heures au total sur 42 semaines entre septembre et juin : cela fait 39 heures par semaine, soit au-delà du temps de travail réglementaire. On ne peut pas demander à quelqu'un à qui l'on paye une formation de travailler en plus. C'est pourtant le cas dans certaines facultés. C'est un vrai problème. Dans notre région, l'ANFH demande de lui fournir une attestation signée lorsque les étudiants travaillent à la maison (difficilement vérifiable donc aucun sens). Donc on valide le temps de travail personnel parce qu'on valide le diplôme, soit ils ont acquis les compétences ou non. L'ANFH nous considère comme à 66%

---

<sup>87</sup> Système européen de transfert et d'accumulation de crédits

de temps, alors que nos étudiants sont à temps complet. Le coût de la formation n'est pas harmonisé, du fait du principe de l'indépendance des universités, ce qui fait que ce sont les facultés qui décident des coûts de formation. Réglementairement, on ne peut rien y faire. Contrairement aux ECTS, le Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche serait légitime à rappeler à toutes les universités qui délivrent un diplôme qu'elles doivent délivrer 1800 heures de cours/an, et que les IDE ne peuvent pas être employés à mi-temps en même temps. Ici l'université a fait des démarches auprès du Ministère en ce sens pour obtenir ce rappel, qui reste en attente.

Par définition, le nombre d'heures devrait être le même partout, sauf que les ECTS comprennent le travail personnel. Les textes ne distinguent pas la partie cours de la partie travail personnel. Ici, il y a un niveau d'exigence en terme de présence et d'implication réelles où les étudiants font vraiment 1800 heures par an, mais ce n'est pas le cas dans toutes les facultés. C'est un vrai souci car les facs se font une concurrence un peu déloyale et pas forcément au profit des étudiants, autour de cette question. Parfois une fac annonce qu'il est possible de faire le diplôme tout en travaillant à mi-temps, ce qui est impossible. Nous, nous n'acceptons les étudiants que si leur employeur accepte de les libérer pendant les périodes de cours de septembre à juin. Ils restent disponibles l'été.

On pourrait supposer que la gériatrie soit un type de pathologie chronique, mais ce n'est pas vrai. En réalité, la gériatrie c'est une approche différente de la personne qui ne se limite pas à l'aspect pathologique mais aussi vers une approche situationnelle. Du coup, l'approche est différente pour les décisions à prendre, qui ne reposent plus seulement sur des compétences en rapport avec la pathologie mais aussi des compétences en rapport avec la situation. Le parcours est un tout, la personne âgée doit être appréhendée de façon holistique, et la gériatrie reconnue à ce titre et portée par l'IPA.

Nous travaillons avec la société française de gériatrie et de gérontologie du collège national des enseignements de gériatrie à faire reconnaître la mention gériatrie, mais encore une fois, malgré le rapport et les annonces El Khomri, ne sera pas au rendez-vous pour 2020.

### Est-ce que les IPA pathologies chroniques stabilisées ont leur place en EHPAD ?

Celles qui ont déjà travaillé en gériatrie ont acquis des compétences d'IDE de gériatrie, et donc les conservent en devenant IPA. En fait ce qu'elles mettent en pratique c'est plus leurs compétences d'IDE de gériatrie et au fond d'avoir appris à prescrire, à suivre les prescriptions, etc...c'est un bonus en plus, mais ce n'est pas l'IPA de gériatrie comme ce que l'on attend qu'elle puisse être en créant la mention.

Il y a clairement un besoin de créer la mention IPA en gériatrie ; elles auraient alors leur place en EHPAD, mais pas que. Tout comme le gériatre peut travailler en gériatrie, puis en consultations mémoire, en SSR, l'IPA de gériatrie pourra travailler en EHPAD, en équipe

mobile, etc... il faut qu'elle ait aussi de la mobilité dans sa carrière. Ce qui doit être le cas de tous les professionnels de gériatrie. Il faut circuler, voir d'autres façons de faire le métier.

### Les 1ères formées sont sorties ?

Il y a des diplômés qui ont été validés en 2019 : il s'agit de la validation des études supérieures (VES). C'est pourquoi certaines IDE aujourd'hui ont le titre d'IPA diplômées au titre de la VES. Mais aucune n'a suivi le cursus complet de formation puisque ce sont les 2<sup>ème</sup> années qui sont formées et sortiront fin 2020.

### Mais du coup ont-elles une carence en termes d'enseignements ?

Normalement on doit s'assurer, en tant que responsable universitaire, du fait que les connaissances et les compétences requises soient acquises. Nous allons auditionner une IDE en janvier 2020, titulaire d'un master, et a exercé en tant qu'IPA en Espagne durant plusieurs années ; elle souhaite donc faire reconnaître son master et son expérience professionnelle. Mais en effet elle n'aura pas suivi le même cursus que les autres étudiants. Les VES peuvent être partielles, par exemple on peut dire à l'IDE on valide un an d'études supérieures et vous rentrez en 2<sup>ème</sup> année.

Il y a eu beaucoup de demande au titre de la VAE, mais là c'est non, cela n'a pas de sens. La condition est une condition d'exercice : une IDE qui vient d'obtenir son DE peut faire sa formation IPA juste après, mais elle ne pourra faire reconnaître son diplôme d'IPA qu'après 3 ans d'expérience. C'est une condition d'exercice et pas une condition du diplôme. Pour le moment, les étudiants sont titulaires du DE depuis au moins voire plus de 3 ans, la question ne se pose donc pas.

### Quelle est la spécialité la plus sollicitée ?

Il s'agit de pathologies chroniques stabilisées (environ 2/3), presque 1/3 sur onco, et très peu sur néphro et transplantation. Cette année première promotion de santé mentale.

### Où vont ensuite travailler ces professionnels ?

Majoritairement dans le sanitaire. Mais nous avons un étudiant qui vient d'un EHPAD.

## Pourquoi l'IPA s'est développé aussi tardivement en France ?

Une des raisons est liée à la branche professionnelle ; les IDE n'étaient pas formées à l'université mais dans des écoles, par leurs pairs (un peu un vase clos : IDE formée par IDE). Cela fait peu de temps que le diplôme est reconnu au grade licence. Crainte de l'université en France, de perte de maîtrise sur le contenu, alors que dans d'autres pays le diplôme IDE est universitaire. Rentrer à l'université, c'est se confronter à « l'extérieur », d'autres personnes vont avoir un droit de regard sur ce que je fais, comment je forme. Elles étaient un peu « tranquilles » à l'IFSI. On voit que pour le grade licence, on essaie d'harmoniser les enseignements des IFSI, c'est compliqué, car il y a de grosses différences de formation entre les différentes IFSI.

Sociologiquement en France, rapport compliqué entre IDE et médecins. La profession IDE s'est souvent définie un peu en collaboration et beaucoup en contradiction avec la profession médicale. La revendication pour les IDE est « nous existons séparément de votre pouvoir ». Quel espace les médecins laissaient aux IDE par le passé pour espérer avoir ça ? Cependant nous sommes dans une société très respectueuse de la hiérarchie (implicite ou explicite), contrairement à ce que l'on pourrait croire spontanément. Il y a aussi un aspect culturel. J'ai travaillé au Québec entre 2003 et 2004 dans un centre de recherche sur le vieillissement. Mes travaux de recherche étaient dirigés par le doyen de la faculté de médecine, mais le centre de recherche était dirigé par une diététicienne, ce qui serait inimaginable en France que le doyen soit participant mais pas directeur du centre de recherche. Là-bas cela ne choquait personne et ne donnait pas lieu à débat. En France, ce n'est pas notre culture mais les choses bougent quand même, ne serait-ce que les questions de genre (aujourd'hui on a plus de 50% des médecins qui sont des femmes). Les rapports se modifient, mais lentement. Mais la France est un gros pays, contrairement à la Belgique ou encore la Suisse.

Il y a des enjeux financiers pour les IPA. Les textes ont déçu des espérances, cela peut être un frein, mais difficile encore de savoir. Mais ma motivation à ouvrir le diplôme n'était pas sur cet aspect, mais bien celui de voir le champ des sciences IDE comme un champ académique. Ce qui est en train d'émerger parce qu'il y a une sous-section du CNU (Conseil national des universités) qui a été créée ; après il faudra créer la mention du doctorat, car pour le moment aucun docteur en France qui soit docteur en sciences infirmières, car la mention n'existe pas. Toutes les IDE aujourd'hui sont docteur en sociologie, en science de l'éducation, mais pas en sciences cliniques IDE, ou alors elles ont fait leur doctorat ailleurs qu'en France, car pas de diplôme français. Le CNU étant créé, manquent à présent les candidats. Le sens de l'histoire voudrait que cette mention soit créée dans les 2 ans qui viennent pour avoir des docteurs en sciences IDE ou en sciences cliniques IDE.

Dans le cadre de la formation, les IPA ont une initiation à la recherche. Elles ont un rôle de relais de la recherche IDE (toutes n'en feront pas), mais toutes doivent comprendre la recherche, être capables d'écrire un protocole, de savoir le critiquer, de lire un article en anglais, de savoir le critiquer, de faire une présentation orale, de savoir critiquer une présentation orale.

Tous les masters doivent avoir un grade B2 de maîtrise de la langue anglaise (obligatoire en France). Cela peut être un frein au regard de la façon d'enseigner les langues en France, même si le niveau augmente un peu. Dans la formation IPA, seul l'anglais est valorisé.

Durée de formation de 2 ans, c'est bien. Elles sont vite dans le pratique, et cela est suffisant pour le métier d'IPA.

Le contenu de la formation est fixé par décret.

Chaque UE a son nombre d'ECTS, donc son nombre d'heures totales de travail par étudiant (fixé par décret donc aucune faculté ne peut faire autrement). Quand on dépose les projets de diplômes au niveau du Ministère, on passe en Conseil national de l'enseignement supérieur et de la recherche qui relit notre dossier et qui nous fait éventuellement un retour, beaucoup sur la forme (nombre d'heures de cours, modalités de contrôle des connaissances,...) et peu sur le fond.

Une évaluation en fin de formation doit obligatoirement être faite après le master 2, une évaluation est faite également après le master 1.

En fin de formation, pas d'accompagnement post-formation prévu dans les textes pour les IPA. Les IPA sont des IDE et seront soumis en tant que tels à l'obligation de DPC et éventuellement même de re-certification.

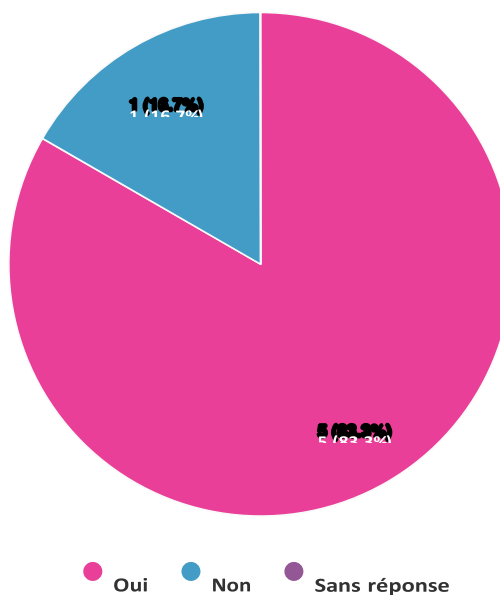


## PRATIQUE AVANCEE INFIRMIER(ERE) DIRECTEURS EHPAD

6 réponses (30% du nombre de réponses attendues)

### 1. Connaissez-vous le métier d'Infirmier(ère) en Pratique Avancée ?

6 réponses (30% des répondants)



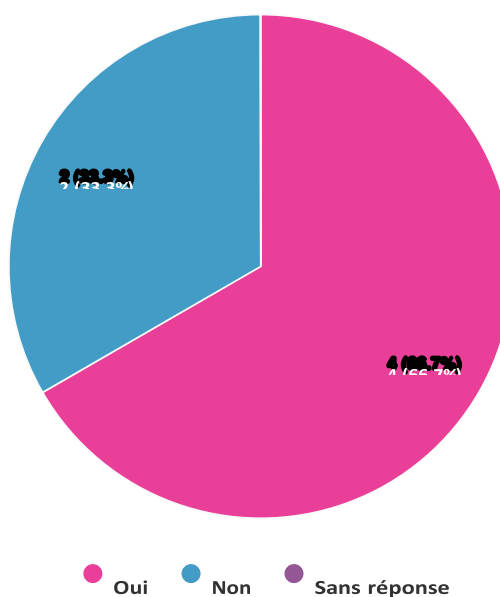
Historique des commentaires "Si oui, comment ?" :

- Médias
- Quand texte sorti et par IDE de l'EHPAD intéressé
- Articles dans revues spécialisées
- Presse spécialisée
- Actualité et suite réflexion d'une évolution de l'IDEC

---

### 2. Avez-vous diffusé cette information au sein de l'établissement que vous dirigez ?

6 réponses (30% des répondants)



### 3. Comment définissez-vous la pratique avancée IDE ?

6 réponses (30% des répondants)

- Spécialisation à une/des pathologies médicales
- Spécialité qui permet d'alléger le travail des médecins en nombre insuffisant
- Flou : il s'agit d'acter un glissement de tâches déjà présent sur le terrain entre le médecin traitant et l'IDE ; les médecins s'appuient beaucoup sur les IDE car plus ou moins disponibles en EHPAD
- Montée en compétences des IDE pour pallier les déserts médicaux
- Valoriser le travail IDE, en particulier en EHPAD et pallier l'absence de médecin co. de plus en plus difficile à recruter
- Développement du volet clinique des IDE avec possibilité d'apporter une expertise, un regard aiguisé aux médecins pour un meilleur accompagnement, plus efficace, plus rapidement

### 4. Quel est votre avis sur ce nouveau métier ?

6 réponses (30% des répondants)

- Toujours intéressant de bénéficier de compétences supplémentaires
- Positif, peut permettre un relais en cas d'absence de médecin coordonnateur ou de cadre de santé
- Trop flou pour les professionnels, peu attractif financièrement et c'est dommage
- Palliatif intéressant
- Positif
- Relai essentiel entre médecins et l'EHPAD qui doit être développé. Va devenir, là où il sera implanté, un métier indispensable pour les médecins traitants

### 5. Les formations débouchent sur l'obtention d'un diplôme d'Etat de niveau master, avec mention (spécialité). Connaissez-vous les mentions proposées ?

6 réponses (30% des répondants)



Historique des commentaires "Si oui, lesquelles ?" :

- Pathologies chroniques ; Onco/hémato ; maladies rénales ; santé mentale

**6. Selon vous, les mentions proposées aujourd'hui sont-elles adaptées à la gérontologie, et plus spécifiquement à l'accompagnement des personnes âgées accueillies en EHPAD ?**

6 réponses (30% des répondants)



Historique des commentaires "Pourquoi ?" :

- Si spécialité gérontologie
- Pathologies chroniques semble regrouper un panel large de pathologies rencontrées en EHPAD, mais une spécialisation serait une reconnaissance pour cette spécialité, comme la spé des études de médecine

**7. Accueillez-vous une IPA dans votre établissement ? Ou une IDE en formation IPA ?**

6 réponses (30% des répondants)



**8. Seriez-vous favorable à accueillir une IPA ?**

6 réponses (30% des répondants)



Historique des commentaires "Pourquoi ?" :

- Améliorer la coordination médecin/IDE et travail collectif
- Mais pas de suite car présence cadre de santé et médecin co ; la question se poserait sinon
- Si octroi financement
- Peut-être, à voir
- Améliorer l'accompagnement des résidents et pallier absence médecin co et médecins traitants
- L'IDEC de l'EHPAD est entrée en formation IPA en 09/2019. Je souhaite l'intégrer dans l'établissement à la sortie. Il s'agit d'une volonté partagée et intégrée dans le projet d'établissement.

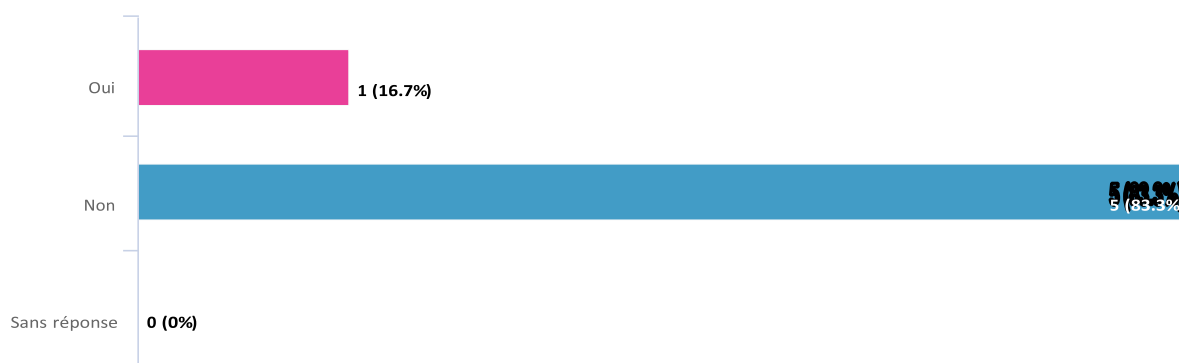
#### 9. Quelle stratégie de recrutement mettriez-vous en oeuvre ?

6 réponses (30% des répondants)

- Formation interne, pas la main pour création de poste
- Difficile de créer un poste, mais plus une transformation en supprimant un des postes de cadre de santé
- Transformation de poste, ou création de poste si possibilité lors de la négociation du CPOM
- Aucune
- Transformation de poste ou création de poste si financement
- Formation en interne, dans le cadre de la GPMC et de la volonté de l'établissement.

#### 10. Avez-vous connaissance de la grille indiciaire de l'IPA ? Selon vous, est-ce un frein ?

6 réponses (30% des répondants)



Historique des commentaires :

- Mais IPA = coût supplémentaire, à effectif constant
  - Car pas eu de demande ; mais le coût est un frein en cas de création de poste
  - Pas dans les détails, mais cela semble peu attractif malheureusement
  - Une IPA débutante a une plus-value face à une IDE débutante. Mais une IDE en poste depuis longtemps n'a pas de gain substantiel.
- 

#### **11. Où situeriez-vous l'IPA dans le parcours de soins du résident ?**

**6 réponses (30% des répondants)**

- Préventif / Suivi
  - Entre IDE et médecin traitant
  - Dans l'approfondissement du diagnostic infirmier
  - Ne sait pas
  - Je ne sais pas encore
  - Tout au long du parcours.
- 

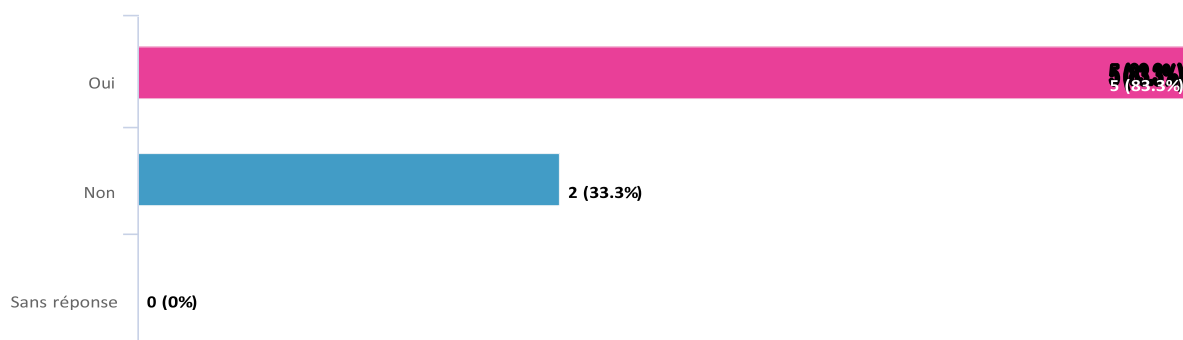
#### **12. Où situeriez-vous l'IPA dans l'organigramme de l'établissement ?**

**6 réponses (30% des répondants)**

- A voir selon niveau de responsabilités exactes
  - Entre IDE et cadre de santé
  - Entre IDE et cadre de santé
  - Ne sait pas
  - Comme les IDE
  - A la place du cadre de santé ou au même niveau si déjà en place, mais sur 2 secteurs différents.
-

### 13. Un médecin coordonnateur intervient-il dans l'établissement ?

6 réponses (30% des répondants)



Historique des commentaires "Si oui, à quelle quotité de temps de travail ?" :

- 50%
- 50%
- 40%
- 30%
- Pas depuis 2008, grande difficulté de recrutement
- 30%

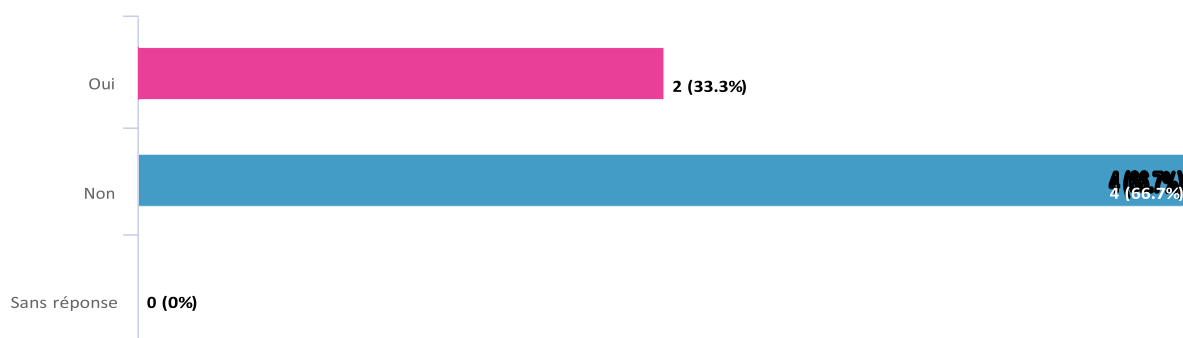
### 14. Combien de médecins traitants interviennent dans l'établissement ?

6 réponses (30% des répondants)

- Environ 20
- 17
- 6
- 10
- 10
- Entre 15 et 20 (beaucoup trop).

### 15. La fréquence d'intervention et la disponibilité des médecins traitants est-elle suffisante ?

6 réponses (30% des répondants)



Historique des commentaires "Pourquoi ?" :

- 5 départs prévus en 2020 sans remplaçants à ce jour : encore des réductions dans la disponibilité et le nombre d'interventions
- Dans l'ensemble, ceux qui partent trouvent un remplaçant
- Sauf pour 1 médecin. Sinon peu d'interventions, pas de façon régulière, peu disponibles et difficilement joignables
- Peu disponibles et peu joignables et visites "éclair"
- Chance d'avoir des médecins qui suivent les résidents après leur admission.

---

**16. Selon vous, quelle(s) difficulté(s) l'IPA peut-il(elle) rencontrer dans sa pratique avec le corps médical ? Avec ses collègues ?**

6 réponses (30% des répondants)

- Nécessaire claire répartition des tâches et des responsabilités entre médecin et IPA
- Avoir du mal à trouver sa place si le corps médical n'est pas favorable à leur intervention
- Les médecins peuvent mal interpréter les missions de l'IPA. Leur manque de disponibilité peut être un frein pour établir un contact
- Les mêmes que les IDE actuellement : en EHPAD ce sont elles qui renseignent les médecins au point parfois d'influencer sur les traitements
- Reconnaissance
- La méconnaissance du métier.

---

**17. Pensez-vous que l'IPA peut être un recours face à la sous-densité médicale ?**

6 réponses (30% des répondants)





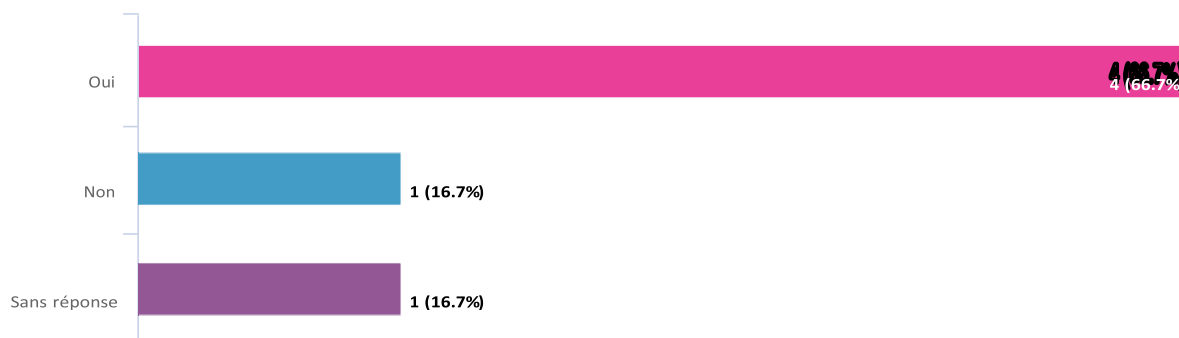
Historique des commentaires "Pourquoi ?" :

- Attention à bien encadrer l'IPA en cas d'évènements indésirables
- Et pourquoi pas un relais avec la télémédecine en zone avec faible densité de médecins traitants
- Mais pas au désert médical
- Mais ne remplacera pas le médecin.

---

**18. A ce jour, la mention "gérontologie" n'existe pas. Pensez-vous qu'elle devrait être créée ?**

6 réponses (30% des répondants)



Historique des commentaires "Pourquoi ?" :

- Mais à voir selon retours IPA en formation pathologies chroniques
- Indispensable car de plus en plus de personnes âgées au domicile ou en institution
- Car le secteur en a grand besoin
- Les personnes âgées ont des besoins très spécifiques. L'EHPAD n'est pas un hôpital, mais quand même beaucoup de soins
- Une spécialisation serait évidemment intéressante.

---

**19. Quelle(s) préconisation(s) feriez-vous pour que s'ouvre la spécialité en gérontologie ?**

6 réponses (30% des répondants)

- Intégrer les pathologies néphrologiques
- Mobiliser les professionnels de la gériatrie dans son ensemble (professeurs, médecins, IDE, directeurs,...)
- Aucune
- Aucune
- Je ne sais pas
- Importance pour les résidents, l'établissement et les médecins de la présence d'une IPA.

**20. Depuis quand exercez-vous en qualité de directeur ?**

6 réponses (30% des répondants)

- 15 ans
  - 20 ans
  - 1
  - 3
  - 12 ans
  - 8 ans
-

## PRATIQUE AVANCEE INFIRMIER(ERE) MEDECINS COORDONNATEURS EHPAD

2 réponses (5,71% du nombre de réponses attendues)

### 1. Connaissez-vous le métier d'infirmier(ère) en pratique avancée ?

2. réponses (5,71% des répondants)



Historique des commentaires "Comment en avez-vous eu connaissance ?" :

- Médias
- Par la direction et l'IDEC de l'établissement

### 2. Cette information a-t-elle été diffusée dans l'établissement ?

2 réponses (5,71% des répondants)



### 3. Comment définissez-vous la pratique avancée ?

2 réponses (5,71% des répondants)

- Surveillance clinique de patients chroniques stabilisés. Faire le lien avec le médecin traitant.
- Lien indispensable entre le médecin traitant et le personnel soignant

### 4. Quel est votre avis sur ce nouveau métier ?

2 réponses (5,71% des répondants)

- Compte-tenu de la démographie médicale, solution mais risque de perdurer.
- Valeur ajoutée pour établissement. Je vois l'IPA comme un externe exerçant en EHPAD.

### 5. Connaissez-vous les spécialités existantes ?

2 réponses (5,71% des répondants)



Historique des commentaires "Si oui, lesquelles ?" :

- Différentes options mais je ne les connais pas toutes.

### 6. Les mentions existantes sont-elles adaptées à l'accompagnement des personnes âgées en EHPAD ?

2 réponses (5,71% des répondants)



Historique des commentaires "Pourquoi ?" :

- Pour les maladies chroniques.

### 7. Connaissez-vous une IDE exerçant en EHPAD en cours de formation IPA ?

2 réponses (5,71% des répondants)

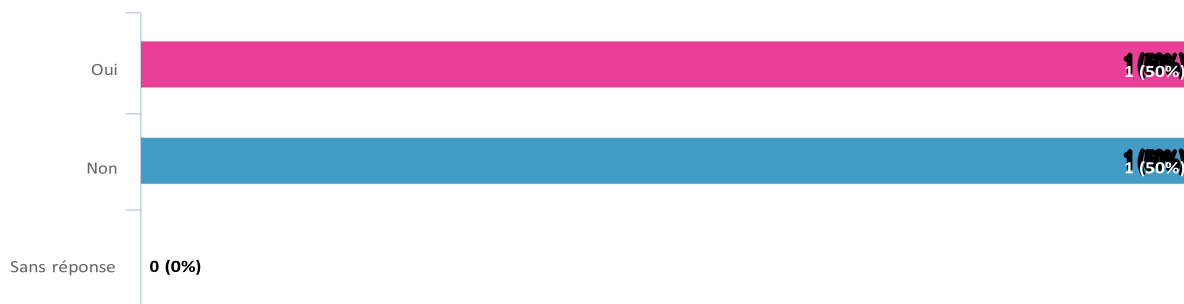


Historique des commentaires :

- Et elle exercera encore en EHPAD ensuite.

### 8. Seriez-vous favorable à ce que l'établissement accueille un(e) IPA ?

2 réponses (5,71% des répondants)



Historique des commentaires "Pourquoi ?" :

- Et ce sera le cas.

### 9. Où situeriez-vous l'IPA dans le parcours de soins du résident ?

2 réponses (5,71% des répondants)

- Tout le long du parcours.
- Dans l'ensemble du parcours.

### 10. Où situeriez-vous l'IPA dans l'organigramme de l'établissement ?

2 réponses (5,71% des répondants)

- Je ne sais pas.
- En lien avec les médecins, personnel d'encadrement

### 11. Combien de médecins traitants interviennent dans l'établissement ?

2 réponses (5,71% des répondants)

- 7
- 18

## 12. Leur fréquence d'intervention et leur disponibilité sont-elles suffisantes ?

2 réponses (5,71% des répondants)



Historique des commentaires "Pourquoi ?" :

- Très variable selon les médecins.

## 13. Pensez-vous que l'IPA peut être un recours face à la sous-densité médicale ?

2 réponses (5,71% des répondants)

- Peut être une aide, mais peur que la situation se pérennise (cf. sages-femmes dont le nombre augmente et une diminution du travail du gynécologue obstétricien : une branche qui ne va bientôt plus leur appartenir).
- Oui en raison de la possibilité de renouvellement des ordonnances ou de certains actes que l'IPA pourra faire.

## 14. Comment s'opère votre collaboration avec les médecins traitants des résidents ?

2 réponses (5,71% des répondants)

- De façon courtoise et correcte.
- Bien

## 15. Des évolutions sont-elles souhaitables dans votre collaboration avec les médecins traitants des résidents ?

2 réponses (5,71% des répondants)

- Les réunions proposées à l'EHPAD (douleur, infections rénales,...) attirent peu de collègues, déjà très sollicités en extérieur.
- Pas spécialement

## 16. Quelle(s) difficulté(s) l'IPA peut rencontrer dans sa pratique ?

2 réponses (5,71% des répondants)

- Tout dépend du travail de l'IPA, et de la communication.
- Problème de reconnaissance. L'IPA devra prouver être à la hauteur de ses compétences

**17. Envisageriez-vous de collaborer avec un(e) IPA ?**

2 réponses (5,71% des répondants)

- Non
  - Oui et ce sera le cas
- 

**18. Une collaboration pourrait concerner quelle(s) délégation(s) et quelle(s) pathologie(s) ?**

2 réponses (5,71% des répondants)

- Aucune
  - Difficile à dire. A voir en fonction de la confiance que lui témoigneront les médecins traitants
- 

**19. Comment se traduirait cette coopération ?**

2 réponses (5,71% des répondants)

- Aucune
  - A construire avec les médecins traitants
- 

**20. Pensez-vous que la spécialité gériatrie devrait être créée ?**

2 réponses (5,71% des répondants)

- Déjà des ASG, pourquoi pas des IDE en gériatrie
  - Oui et j'espère en 2021
- 

**21. Quelle(s) préconisation(s) feriez-vous pour que s'ouvre la spécialité en gériatrie ?**

2 réponses (5,71% des répondants)

- Etre intéressé par la personne âgée, connaître les pathologies des personnes âgées, avoir passé un certain temps auprès des personnes âgées, comprendre leurs difficultés et surtout les respecter par rapport à leur paraître, avoir de l'empathie et ne pas entrer en gériatrie par défaut.
  - Aucune, c'est une évidence
-



## 22. Depuis quand exercez-vous en qualité de médecin coordonnateur ?

2 réponses (5,71% des répondants)

- 2001 à 50%
  - 2007
- 

## 23. Pourquoi avoir choisi d'accompagner les personnes âgées en EHPAD ?

2 réponses (5,71% des répondants)

- Contact avec les personnes âgées : rappel de nos parents (de leur prise en charge vécue). Contact enrichissant avec les soignants.
  - A la fin de mon activité libérale, sur sollicitation du directeur de l'EHPAD
- 

## 24. Souhaitez-vous apporter un commentaire ?

2 réponses (5,71% des répondants)

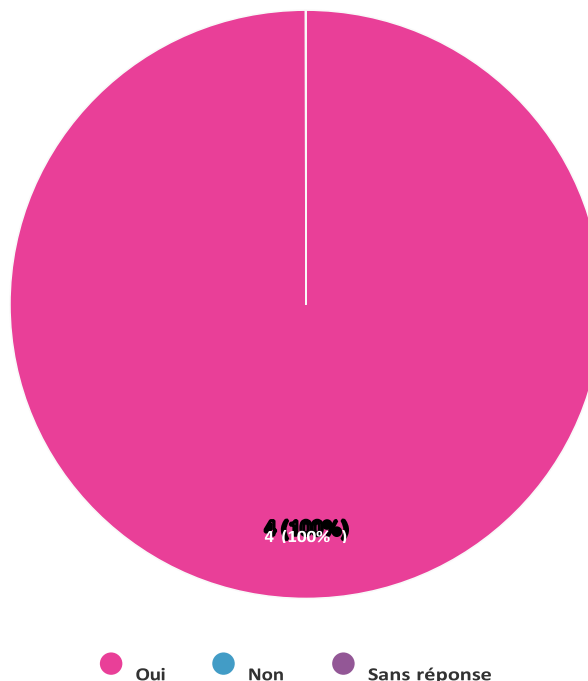
- Que l'IPA soit une véritable aide et pas remplaçante du médecin encore et toujours plus sollicité pour les tâches administratives. La formation des médecins généralistes est encore plus longue actuellement et complexe qu'autrefois, et ils font de moins en moins d'actes techniques. J'ai peur d'une dévalorisation de notre profession en créant des métiers qui n'ont que pour but de combler un manque de médecins. Mais ceci rejoint mon manque de connaissance de cette profession en train de naître.
  - Hâte que l'IDEC en formation IPA prenne ses fonctions où j'exerce à l'EHPAD
-

## PRATIQUE AVANCEE INFIRMIER(ERE) CSS/CS/IDEC EHPAD

4 réponses (20% du nombre de réponses attendues)

### 1. Connaissez-vous le métier d'Infirmier(ère) en Pratique Avancée ?

4 réponses (20% des répondants)



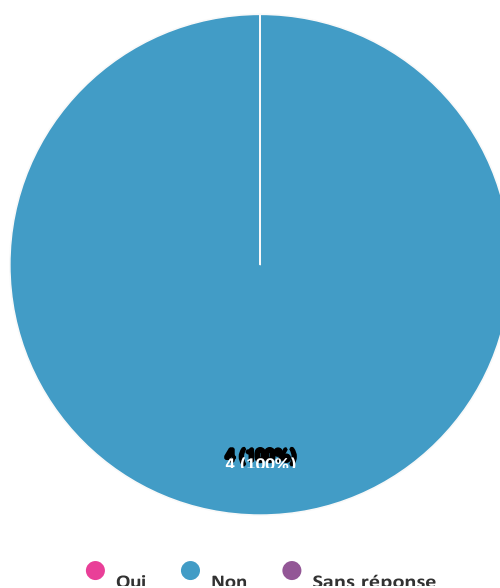
Historique des commentaires "Si oui, comment ?" :

- Par mes lectures
- Par ma hiérarchie en réunion
- Veille info médicales et médico-sociales
- Par un IDE dont c'était le projet

---

### 2. Une information quant à l'existence de ce nouveau métier a-t-elle été diffusée au sein de votre établissement?

4 réponses (20% des répondants)



### 3. Comment définissez-vous la pratique avancée IDE ?

4 réponses (20% des répondants)

- IDE aux compétences élargies : renouvellement prescriptions médicales, approche globale des personnes avec pathologies complexes
  - Suivi médical de pathologies chroniques par un IDE avec formation avancée
  - Nouveau professionnel de santé expert, entre IDE et médecin
  - Expertise IDE et travail collaboratif poussé avec les médecins
- 

### 4. Quel est votre avis sur ce nouveau métier ?

4 réponses (20% des répondants)

- Très favorable : évolution métier répond aux évolutions des besoins en santé
  - Favorable
  - Présenté comme une avancée car compétences élargies et niveau master, c'est bien
  - Belle évolution de la profession IDE
- 

### 5. Les formations débouchent sur l'obtention d'un diplôme d'Etat de niveau master, avec mention (spécialité). Connaissez-vous les mentions proposées ?

4 réponses (20% des répondants)



Historique des commentaires "Si oui, lesquelles ?" :

- Pathologies chroniques, diabète, hémato
  - 4 domaines
-

**6. Selon vous, les mentions proposées aujourd'hui sont-elles adaptées à la gérontologie, et plus spécifiquement à l'accompagnement des personnes âgées accueillies en EHPAD ?**

4 réponses (20% des répondants)



Historique des commentaires "Pourquoi ?" :

- Oui mais insuffisantes car difficile de faire venir des spécialistes en EHPAD, et difficile de transporter les résidents vers des spécialistes
- Pathologies chroniques

**7. Avez-vous connaissance d'un(e) professionnel(elle) d'EHPAD en formation IPA ?**

4 réponses (20% des répondants)



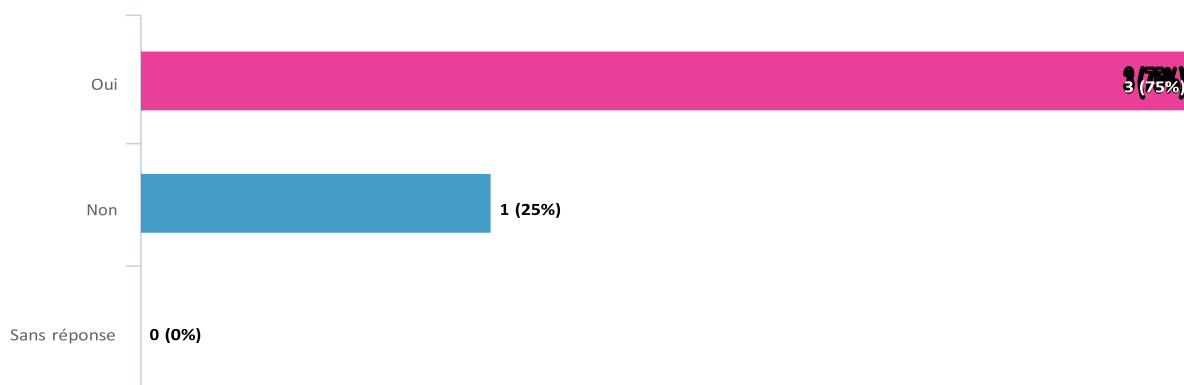
**8. Si oui, souhaite-t-il(elle) exercer en EHPAD à l'issue de la formation ?**

4 réponses (20% des répondants)



### 9. Seriez-vous favorable à ce que l'établissement où vous exercez accueille un(e) IPA ?

4 réponses (20% des répondants)

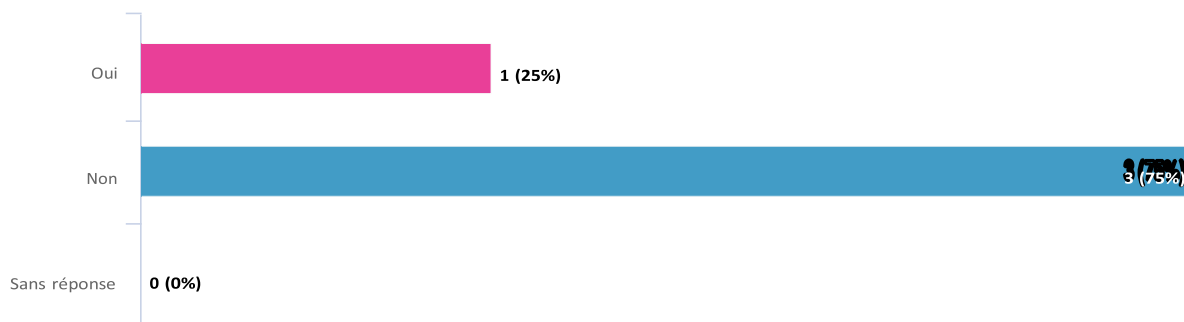


Historique des commentaires "Pourquoi ?" :

- Pas assez de recul
  - Pour un meilleur suivi et une meilleure prise en charge des résidents
  - Pas assez de présence médicale
  - Avancée pour les résidents
- 

### 10. Envisagez-vous de suivre cette formation ?

4 réponses (20% des répondants)



Historique des commentaires "Pourquoi ?" :

- Je dois m'interroger sur ce métier
  - Dans quelques années
  - Pas envie de reprendre des études
  - Pas dans les 2 ans à venir, mais après je m'interroge
-

### 11. Où situeriez-vous l'IPA dans le parcours de soins du résident ?

4 réponses (20% des répondants)

- Suivi pathologies chroniques avec validation médecin
- Travail en collaboration avec médecin traitant
- Interface entre résident/médecin/équipe soignante
- Evaluation pour admission, expertise cas complexes, troubles du comportement, plaies

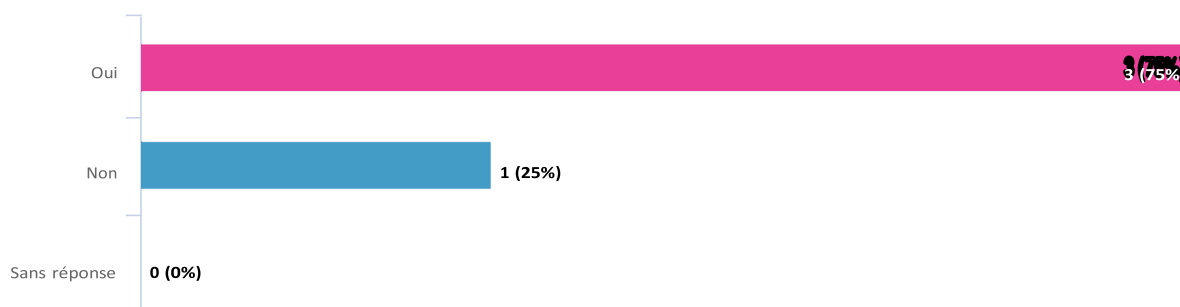
### 12. Où situeriez-vous l'IPA dans l'organigramme de l'établissement ?

4 réponses (20% des répondants)

- A définir
- Même niveau que cadre de santé
- Je ne sais pas
- Comme les cadres de santé

### 13. Un médecin coordonnateur intervient-il dans l'établissement ?

4 réponses (20% des répondants)



Historique des commentaires "Si oui, à quelle quotité de temps de travail ?" :

- 20%
- 40%
- 50%

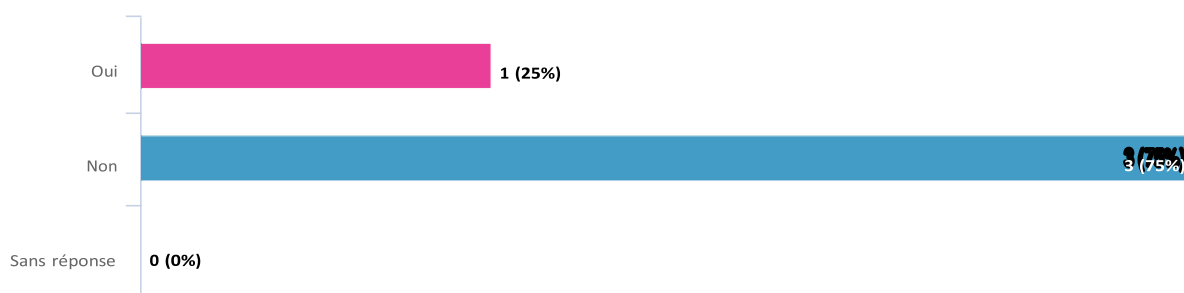
#### 14. Combien de médecins traitants interviennent dans l'établissement ?

4 réponses (20% des répondants)

- 8
- 10
- 20
- 20

#### 15. La fréquence d'intervention et la disponibilité des médecins traitants est-elle suffisante ?

4 réponses (20% des répondants)



Historique des commentaires :

- Et en plus visite très rapide
- Parfois le médecin co fait les visites pour éviter les retards dans les prises en soins
- Pas assez de temps médical

#### 16. Selon vous, quelle(s) difficulté(s) l'IPA peut-il(elle) rencontrer dans sa pratique avec le corps médical ? Avec ses collègues ?

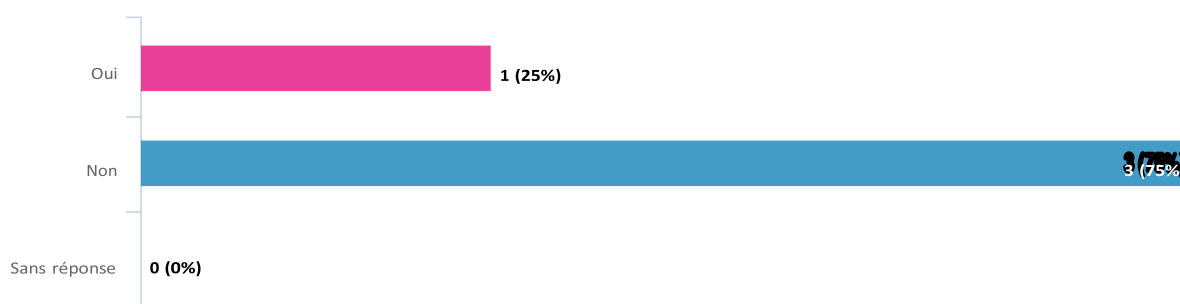
4 réponses (20% des répondants)

- Comme une personne qui ferait de la mauvaise concurrence
- Aucune, légitimité avec le diplôme
- Aucune si tout est bien pensé et acté
- Peut-être de positionnement. Les médecins ont déjà du mal à accepter les conseils d'une IDE qui a un DU qu'ils n'ont pas forcément



### 17. Pensez-vous que l'IPA peut être un recours face à la sous-densité médicale ?

4 réponses (20% des répondants)



Historique des commentaires "Pourquoi ?" :

- Pas le même métier
- Dégagera du temps pour les médecins
- Ce n'est pas un médecin, mais peut libérer du temps aux médecins
- L'objectif n'est pas de les remplacer, mais de travailler ensemble

### 18. A ce jour, la mention "gérontologie" n'existe pas. Pensez-vous qu'elle devrait être créée ?

4 réponses (20% des répondants)

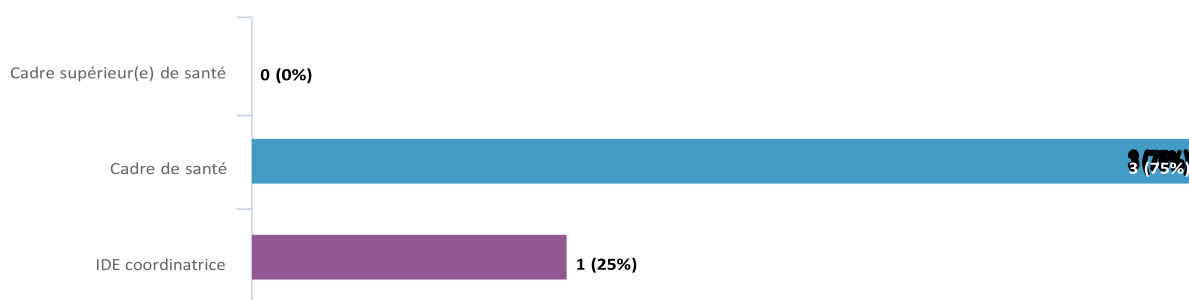


Historique des commentaires "Pourquoi ?" :

- Population très spécifique
- La prise en soins chez la personne âgée est vraiment spécifique
- Le bilan des IPA semble être une avancée
- Accompagnement et prise en charge des personnes âgées très très spécifiques, surtout quand approche non médicamenteuse, diminution des contentions

## 19. Quel est votre grade au sein de l'établissement ?

4 réponses (20% des répondants)



## 20. Pourquoi avoir choisi d'accompagner les personnes âgées ?

4 réponses (20% des répondants)

- Domaine de compétences fait pour moi
- Suivi sur le long terme, valeurs médico-sociales, travail en équipe pluridisciplinaire
- Pour mettre en place accompagnement au niveau des pathologies neurodégénératives
- Après DU soins palliatifs, une évidence : accompagnement de la fin de vie sur le long terme, respect des habitudes de vie, des choix, sont des valeurs qui m'animent. Plus difficile à faire vivre en milieu hospitalier.

# PRATIQUE AVANCEE INFIRMIER(ERE) INFIRMIER(ERE) EHPAD EN FORMATION IPA

1 réponse (100% du nombre de réponses attendues)

## 1. Comment avez-vous eu connaissance de la formation en pratique avancée ?

1 réponse (100% des répondants)

Depuis l'obtention de mon DE, j'ai toujours ressenti le besoin d'approfondir mes connaissances, notamment dans le domaine gériatrique. Je me suis intéressée aux différents diplômes universitaires, aux sciences IDE développées dans d'autres pays, notamment au Québec. J'ai suivi assidument l'avancée en France des débats autour de la pratique avancée jusqu'à la loi de 2016. J'ai dès lors élaboré un projet au sein de mon établissement, que j'ai soumis à ma direction dès la parution des décrets de 2018. Ma direction s'est impliquée dans ce projet, et j'ai pu être admise à l'université à la rentrée 2019.

## 2. Cette information a-t-elle été diffusée au sein de l'établissement ?

1 réponse (100% des répondants)



Historique des commentaires :

J'ai échangé avec mes collègues IDE autour de ce diplôme. Mais cela a été au départ avant tout un projet personnel, qui s'est ensuite intégré logiquement à notre projet d'établissement. Personne dans mon entourage professionnel n'avait connaissance de l'émergence de ce nouveau métier. Il persiste d'ailleurs encore, une grande méconnaissance de ce métier qui crée à tort des résistances, appréhensions.

## 3. Quelle définition apportez-vous à la pratique avancée ?

1 réponse (100% des répondants)

La pratique avancée est pour moi le développement de l'expertise clinique infirmière. Elle permet d'élargir et d'approfondir nos différents champs de compétences, avec pour objectif de garantir une meilleure santé, dans toutes ses dimensions, aux personnes.

## 4. Quel est votre avis sur ce nouveau métier ?

1 réponse (100% des répondants)

C'est un nouveau métier indispensable dans notre système de santé afin de répondre aux besoins de santé actuels, en améliorant notamment les prises en soins de patients chroniques et/ou en situations complexes. C'est une réelle reconnaissance et valorisation de notre métier socle IDE.

## **5. Quelle a été votre motivation à vous engager dans cette formation IPA ?**

1 réponse (100% des répondants)

J'ai été extrêmement motivée pour suivre cette formation, car elle n'était que la suite logique de mon parcours professionnel. Je souhaitais évoluer professionnellement, mais par la clinique et non le management. Elle me permet d'approfondir mon domaine d'expertise, de développer des compétences élargies, et quelque part de légitimer mon positionnement de leadership clinique auprès des équipes. De plus, elle correspondait à un réel besoin ressenti dans notre quotidien à l'EHPAD (absence de médecin sur place, difficultés parfois de communication avec les médecins traitants, situations médicales de résidents de plus en plus complexes,...).

---

## **6. Quelle spécialité avez-vous choisi de suivre ?**

1 réponse (100% des répondants)

Je suivrai en deuxième année la mention pathologies chroniques stabilisées. Elle était la plus pertinente quant à mon exercice professionnel en EHPAD. Cela me permet également de ne pas "m'enfermer" dans un seul domaine, car cela me permettra d'avoir un champ d'exercice plus large (soins primaires, services hospitaliers divers,...).

---

## **7. Pensez-vous que les spécialités proposées sont adaptées à la gérontologie, et plus spécifiquement aux accompagnements en EHPAD ?**

1 réponse (100% des répondants)

Difficile de répondre, car la 1ère année est générale. Elle nous permet d'aborder toutes les spécialités, pathologies et domaines transversaux (éthique, santé publique, épidémiologie, recherche,...). L'approfondissement de notre domaine d'expertise sera réalisé en 2ème année. Pour autant, le paradigme actuel incluant la notion de patient acteur de ses soins (beaucoup de réflexions menées autour du consentement, du choix des patients, de la prise en compte de son environnement...) est prégnant dans notre formation. Cela fait donc écho à l'accompagnement des résidents en EHPAD. Par ailleurs, nous avons la chance d'avoir des responsables de formation qui sont gériatres, ce qui apporte une réelle plus-value à cette formation.

---

## **8. Quelle plus-value peut apporter l'IPA dans l'accompagnement des résidents en EHPAD ?**

1 réponse (100% des répondants)

L'IPA en EHPAD a toute sa place dans de nombreux domaines, qui sont à définir et à cibler au niveau institutionnel, car notre champ de pratique et compétences est large. Dans mon cas, l'IPA sera un référent soignant, garant des bonnes pratiques professionnelles (leadership clinique auprès des équipes, validation des pratiques de soins, homogénéisation des pratiques, analyse des pratiques professionnelles,...). L'IPA permettra un suivi et une prévention des grands syndrômes gériatriques (incontinence, mobilité, alimentation,...). Interlocuteur privilégié auprès des médecins traitants notamment dans des situations de soins complexes, permettra une réactivité d'analyse lors de situation qui se complexifie. Aide majeure lors de prise de décision éthique.

---

### 9. Souhaitez-vous exercer en EHPAD après l'obtention de votre master ?

1 réponse (100% des répondants)

Oui, le projet est inclus dans le projet d'établissement, j'ai donc hâte de la mettre en pratique.

---

### 10. Connaissez-vous un autre professionnel d'EHPAD en formation IPA ?

1 réponse (100% des répondants)

Dans ma promotion, nous sommes 2 à exercer en EHPAD (il n'y en a pas en 2ème année). Ma collègue retournera également exercer dans son établissement. Son EHPAD est attaché à un CH, et pas autonome.

### 11. Où situeriez-vous l'IPA dans le parcours de soins du résident ?

1 réponse (100% des répondants)

Je situe l'IPA au centre du parcours de soins du résident, comme interlocuteur privilégié des différents professionnels gravitant autour de celui-ci.

---

### 12. Où situeriez-vous l'IPA dans l'organigramme de l'établissement ?

1 réponse (100% des répondants)

Pour ma part, ma hiérarchie directe sera ma direction, et en lien fonctionnel avec la RH et ID

---

### 13. Quelle(s) difficulté(s) l'IPA peut rencontrer dans sa pratique ?

1 réponse (100% des répondants)

Je pense que les plus grandes difficultés d'implantation de la pratique avancée sont essentiellement auprès de nos pairs (IDE et cadre). Nous avons pu d'ailleurs déjà l'expérimenter dans le cadre de travaux de projet d'implantation. Des enjeux de pouvoir risquent de se jouer auprès de certains cadres de santé quant à la relation IPA/équipe. Peur d'être "évincé" des échanges par l'IPA. Des questions de positionnement aussi par rapport aux IDE et notamment celles ayant déjà une expertise par un diplôme universitaire. Quelle légitimité ? L'idée est que l'IPA ait plutôt un rôle de lien, de cohérence et de mise en action de toutes les compétences présentes au sein de l'équipe. Les médecins hospitaliers sont plutôt motivés par cette pratique, car ils sont eux-mêmes dans une démarche universitaire. Il existe davantage de réticence auprès des médecins libéraux. Deux objections majeures sont soulevées : une financière, et une car certains se questionnent sur le fait de ne plus voir leur patient qu'en phase aigue, et non plus quand tout va bien. Comment dans ce cas se rendre compte d'un déséquilibre ? D'une Décompensation ? Quel lien de confiance ?

---

#### **14. Pensez-vous que l'IPA peut être un recours face à la sous-densité médicale ?**

1 réponse (100% des répondants)

Oui mais de façon indirecte. L'IPA peut effectivement permettre de libérer du temps médical, que les médecins n'ont plus. Mais pour moi, ce serait dans l'objectif d'améliorer les prises en soins des personnes, notamment par la prévention et promotion de la santé au sens large, ce qui secondairement permettrait de diminuer les complications et donc le recours aux médecins, urgences, hospitalisations,...

---

#### **15. Pensez-vous que la spécialité gériatrie devrait être créée ?**

1 réponse (100% des répondants)

Oui, je le pense. La notion de gériatrie est à différencier de la gériatrie et des pathologies rencontrées en EHPAD (pathologies chroniques). La gériatrie inclut des notions de pratique de soins spécifiques telles que le développement de thérapies non médicamenteuses (Snoezelen, la validation,...), notamment auprès des personnes âgées avec des troubles cognitifs. Ces notions sont vues, mais pas de manière approfondies à mon sens. La gériatrie est une discipline spécifique, une même pathologie à 50 ans ou à 90 ans ne s'exprime pas de la même façon, ne se soigne pas et ne s'accompagne donc pas non plus de la même façon. D'où la nécessité de créer une mention spécifique.

---

#### **16. Quelle(s) préconisation(s) feriez-vous pour que s'ouvre la spécialité gériatrie ?**

1 réponse (100% des répondants)

Il faut oeuvrer activement au niveau politique pour démontrer son intérêt en s'appuyant notamment sur les expériences d'autres pays tels que le Québec. Prouver par la recherche que cela permettra de diminuer les hospitalisations, les thérapeutiques, d'améliorer les troubles du comportement, l'autonomie des résidents,...

---

#### **17. Comment évaluez-vous la formation ? Points forts, faiblesses, améliorations nécessaires**

1 réponse (100% des répondants)

Je n'ai que 5 mois de formation, donc peu de recul. Je note comme points forts une formation à temps plein, avec des contenus conséquents et l'absence de e-learning (disparités fortes entre universités, et pourtant même diplôme !). Le fait d'avoir des unités d'enseignement mutualisés avec d'autres masters, tels que la santé publique, l'épidémiologie, l'éthique, avec des masters sciences qualitatives, management. L'UE analyse de pratique professionnelle est réalisée avec les étudiants cadres de santé. Nombreux cours en visioconférence avec des IDE praticiennes du Québec. Faiblesses : accent mis sur la recherche et l'anglais, nécessaires certes, mais pas notre exercice premier.

## 18. Depuis quand êtes-vous diplômé(e) IDE ?

1 réponse (100% des répondants)

2003

---

## 19. Pourquoi avoir choisi d'accompagner les personnes âgées ?

1 réponse (100% des répondants)

Dès le début de mes études d'infirmière, j'ai toujours ressenti cet attrait pour le domaine gérontologique. Le fait d'accompagner une personne âgée apporte une dimension relationnelle au soin particulière, riche de leur vécu, expériences. Mais aussi car c'est une discipline qui, contrairement à ce qu'elle peut parfois être perçue, nous place dans une dynamique perpétuelle de questionnements et d'incertitudes. Rien n'est figé. Chaque jour, on se questionne, ce qui « fonctionne » aujourd'hui, ne le sera peut-être pas demain ? Pourquoi ? Quelles nouvelles stratégies adopter ? De plus, notre connaissance holistique du résident nous permet de mettre en œuvre des projets de vie et de soins sur du court/moyen/long terme. Les pathologies, traitements, soins sont diversifiés et multiples, ce qui implique des accompagnements, soins et traitements individualisés et nécessairement réévalués très régulièrement.

---



PRATIQUE AVANCEE INFIRMIER(ERE)  
INFIRMIERS(ERES) EHPAD

3 réponses (15% du nombre de réponses attendues)

### 1. Connaissez-vous le métier d'IPA ?

3 réponses (15% des répondants)



Historique des commentaires "Si oui, comment ?" :

- Médias, réseaux sociaux
  - Médias
  - Médias
- 

### 2. Cette information a-t-elle été diffusée au sein de l'établissement ?

3. réponses (15% des répondants)



### 3. Quelle définition apportez-vous à la pratique avancée ?

3 réponses (15% des répondants)

- Elargir les compétences IDE
  - Permet renouvellement ordonnances et prescriptions
  - Fait des actes médicaux
-

#### 4. Quel est votre avis sur ce nouveau métier ?

3 réponses (15% des répondants)

- Très positif : plus d'investissement, plus de responsabilités
- Très bon, mais je manque d'infos
- Plus de responsabilités aux IDE mais pour quelle contrepartie financière ?

#### 5. Connaissez-vous les spécialités proposées ?

3 réponses (15% des répondants)



#### 6. Les spécialités vous paraissent-elles adaptées à l'accompagnement des personnes âgées en EHPAD ?

3 réponses (15% des répondants)



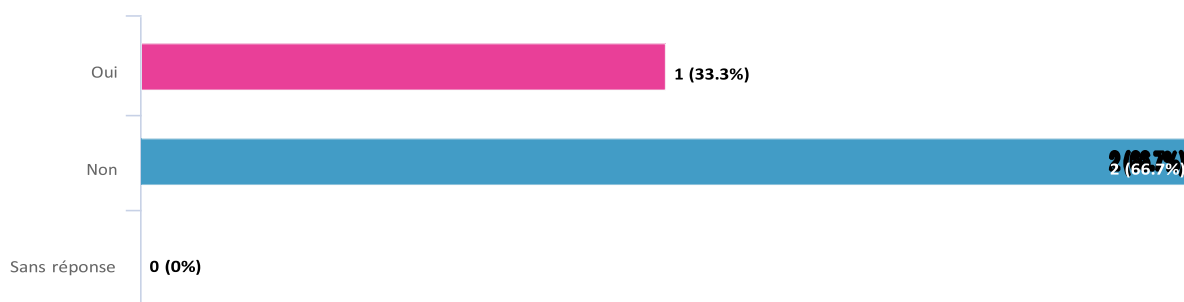
#### 7. Quelle plus-value apporterait la présence de l'IPA dans l'établissement ?

3 réponses (15% des répondants)

- Pallier le manque de médecins
- Surmonter l'absence médicale
- Pouvoir prescrire

## 8. Envisagez-vous de suivre cette formation ?

3 réponses (15% des répondants)



Historique des commentaires "Pourquoi ?" :

- Poursuivre ma formation, m'investir davantage, évoluer en compétences
- Autre projet que le métier d'IDE, trop peu reconnu à sa juste valeur
- Trop de responsabilités pour aucune reconnaissance financière

## 9. Avez-vous connaissance d'une IDE exerçant en EHPAD inscrite à la formation IPA ?

3 réponses (15% des répondants)



## 10. Où situeriez-vous l'IPA dans le parcours de soins ?

3 réponses (15% des répondants)

- Place centrale entre médecins et personnels paramédicaux. Place importante dans la surveillance et l'action
- Je ne sais pas
- Entre le médecin et l'IDE

**11. Où situeriez-vous l'IPA dans l'organigramme de l'établissement ?**

3 réponses (15% des répondants)

- Entre le médecin et l'IDE
- Je ne sais pas
- Entre le médecin et l'IDE

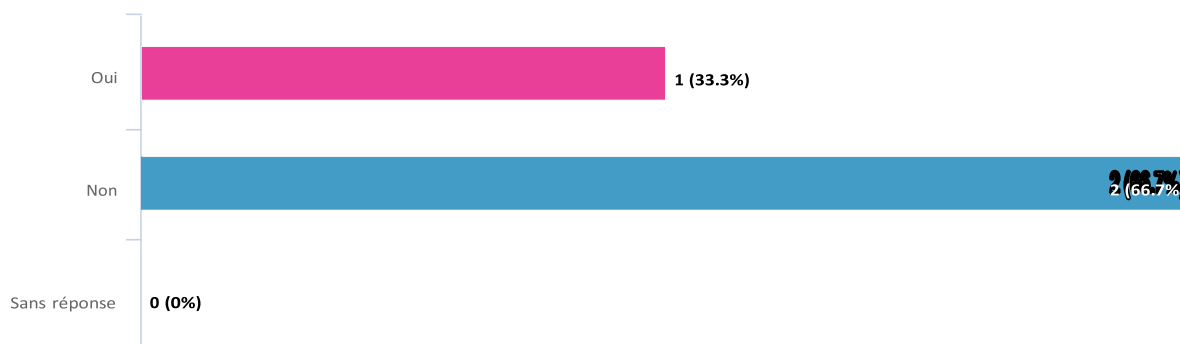
**12. Quelle(s) difficulté(s) l'IPA peut rencontrer dans sa pratique au sein d'un EHPAD ?**

3 réponses (15% des répondants)

- Obtenir la confiance des médecins
- Temps d'échanges avec les médecins nécessaires : le problème est qu'on manque de médecins ou qu'ils viennent peu
- Trouver sa place entre le médecin et l'IDE

**13. Pensez-vous que l'IPA peut être un recours à la sous-densité médicale ?**

3 réponses (15% des répondants)

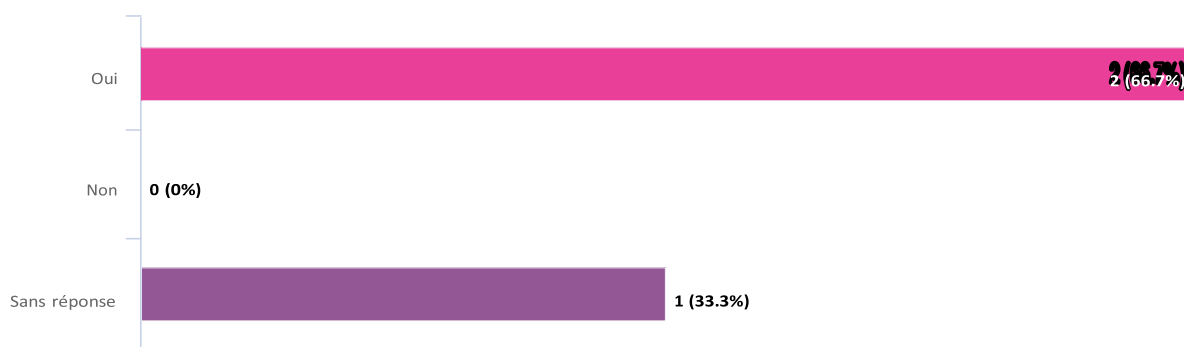


Historique des commentaires "Pourquoi ?" :

- Lorsque les résidents sont "stabilisés"
- Il faut coopérer avec le médecin de toute façon, mais où sont-ils ?
- Pas le même métier

#### 14. Pensez-vous que la mention gérontologie devrait être créée ?

3 réponses (15% des répondants)



Historique des commentaires "Pourquoi ?" :

- Réel besoin en effet pour ce public
- Car spécificité particulière pour les personnes âgées

#### 15. Quelle(s) préconisation(s) feriez-vous en ce sens ?

3 réponses (15% des répondants)

- Réduire et améliorer la prise en charge
- Aucune
- Accompagner des personnes âgées de 80 ans et plus n'a rien à voir avec les personnes de 60 ans

#### 16. A quelle date avez-vous obtenu votre diplôme d'Etat ?

3 réponses (15% des répondants)

- 2017
- 1999
- 2015

#### 17. Depuis quelle date exercez-vous dans l'établissement ?

3 réponses (15% des répondants)

- 2017
- 2000
- Toute ma carrière

### 18. Pourquoi avoir choisi d'accompagner les personnes âgées ?

3 réponses (15% des répondants)

- - Enrichissant, travail d'équipe, polypathologies  
Pour le suivi du résident, la relation
  - Choix personnel, envie d'accompagner la fin de vie
-





TOUFFET

Marilyne

Novembre 2020

**Directeur d'établissements et services sanitaires, sociaux et  
médico-sociaux – Promotion 2019-2020**

**La pratique avancée infirmier(ère) :  
une opportunité managériale en faveur de  
l'accompagnement des personnes âgées  
accueillies en EHPAD**

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

**Résumé :**

Favoriser le travail collaboratif et interdisciplinaire, la coordination des acteurs pour une fluidification et une pertinence des parcours complexes des personnes âgées, sont de véritables préoccupations pour les directeurs d'EHPAD. Tout autant que l'attractivité et la fidélisation de la profession infirmière.

Pour répondre de ces enjeux de santé publique qui n'épargnent aucun pays, un nouveau modèle dans l'accompagnement des soins primaires a été développé dans cette profession outre Atlantique depuis plus de quarante ans, dont s'est inspiré la France : la pratique avancée.

**En quoi la pratique avancée infirmier(ère) constitue-t-elle une opportunité managériale en faveur d'une amélioration de la qualité d'accompagnement des personnes âgées ?**

A l'aide d'un travail de recherche, de lectures de matériaux empiriques, de recueils auprès de professionnels de santé et d'analyses, les compétences élargies et l'expertise clinique accrue de cette forme innovante d'exercice, seront mises en lumière. Et ont vocation à éclairer les directeurs d'EHPAD sur la plus-value à l'investir au sein de leurs organisations, y compris dans leur démarche d'ouverture vers l'EHPAD de demain, comme l'illustrent deux expériences engagées.

Enfin, l'implantation d'un(e) infirmier(ère) en pratique avancée en EHPAD fera quant à elle l'objet de préconisations au travers d'un projet institutionnel.

**Mots clés :**

Infirmier(ère) en pratique avancée. Personnes âgées. Coordination. Parcours. Expertise. Compétences élargies. EHPAD de demain. Stratégie d'implantation. Opportunité managériale.

*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.*

