



Contribution commune sur le développement de la pratique avancée infirmière en établissement de santé

Octobre 2024

Nos associations ayant fait le constat d'une implantation de la pratique avancée infirmière inhomogène sur le territoire national, parfois au sein d'un même établissement, le but de cette contribution est d'émettre des vigilances et des éléments de bonne pratique pour en favoriser le déploiement.

Le volet formation et évolution des mentions ne sera volontairement pas abordé dans ce premier travail commun. Néanmoins, les travaux ou réflexions en cours feront l'objet d'un suivi.

Un nécessaire pilotage managérial du développement de la pratique IPA au sein des établissements de santé et des territoires

Inévitablement, la bonne intégration de ces nouveaux professionnels passe par une compréhension du contexte et des enjeux de la pratique avancée en soins infirmiers. Il est indispensable qu'il existe une clarification du positionnement de l'infirmier¹ en pratique avancée (IPA), au sein de l'équipe et de l'établissement. Cette démarche passe par la formalisation d'une stratégie d'implantation efficace.

Un engagement de tous les acteurs

La politique de déploiement doit être portée au niveau institutionnel par le directeur général, le président de la commission médicale d'établissement (PCME) et le coordonnateur général des soins dans une vision stratégique commune.

L'engagement de l'ensemble des praticiens de l'établissement est un élément fondamental pour garantir le développement de la fonction au sein du service ou du pôle, en faisant apparaître la pratique avancée dans les projets de service.

Au niveau territorial, la dynamique est portée par le président du comité stratégique, le président de la CMG et le président de la CSIRMT de GHT. Le développement de la pratique IPA doit être clairement identifié dans le projet médico-soignant et le projet médico-soignant partagé.

Avant, pendant et après la formation : des temps à marquer institutionnellement

Un temps de préparation du projet est indispensable afin d'intégrer de façon pertinente l'IPA dans l'activité existante.

L'établissement, le pôle ou le service **se questionne sur la pertinence de la « solution » au regard du besoin identifié**, et de la possibilité de mettre en place des protocoles de coopération.

Il est également important de **formaliser les contours de l'organisation** avant le départ en formation, associant le PCME, le chef de pôle et de service et l'encadrement. Même si cette formalisation n'est

¹ Lire dans l'ensemble du document infirmier ou infirmière

plus demandée par la réglementation, il est important de la poursuivre afin de clarifier le rôle de chacun.

A ce stade, il est nécessaire de bien préciser **les différences entre la délégation de tâches et la pratique avancée**. La délégation de tâches est le transfert de la responsabilité de l'exécution d'une tâche à un autre membre du personnel soignant tout en conservant la responsabilité du résultat. La délégation implique de coordonner les soins et de répartir les tâches et les responsabilités en fonction de la qualification et des considérations légales des membres de l'équipe. Ainsi, l'expertise de la direction des soins (encadrement et CGS) permet d'identifier les besoins et les difficultés afin de rechercher la réponse la plus adaptée en prenant en compte l'avis de l'ensemble de l'équipe.

Le rattachement hiérarchique de l'IPA est un sujet important et nous préconisons que celui-ci reste dans la ligne soignante. Cela n'exclut pas le lien fonctionnel avec les praticiens ni le recours à une concertation lors de l'évaluation professionnelle.

Un lien se fait avec les **axes prioritaires du projet d'établissement** en concertation avec la direction de la stratégie mais également avec **le contexte du territoire** notamment dans le cadre d'une approche populationnelle. Ainsi, tous les volets du projet d'établissement ou du GHT (PMS, qualité, social pour le développement des compétences...) sont concernés par la pratique avancée.

Accompagner la prise de poste, afin de préparer le retour de l'IPA au sein de l'établissement.

Cette phase se déroule également durant la formation notamment à la fin pour préparer la prise de poste. Lors du semestre 4, il est indispensable de **préparer le retour de l'IPA via le stage** notamment. Cela ne concerne pas tout le stage mais une partie (environ deux semaines), le but du reste du stage étant d'aller découvrir et d'intégrer d'autres pratiques.

Lors de ce retour, il ne faut pas négliger le positionnement de l'IPA dans la **collaboration avec les autres acteurs de l'établissement**. La venue d'un IPA dans le service questionne la place des différents professionnels.

La collaboration entre l'IPA et le cadre santé est importante à bien des égards avec de réels enjeux. L'un étant porteur d'un leadership clinique et l'autre d'un leadership managérial. Les deux sont complémentaires mais il est nécessaire de bien positionner chacun au sein du service, du pôle et de l'établissement en créant du lien. Il nous semble important de **travailler au rapprochement des formations cadre de santé / IPA** pour intensifier la coopération des deux fonctions et articuler leadership clinique et managérial. Cette démarche existe déjà dans certaines formations. Il existe d'autres leviers de collaboration entre le cadre de santé et l'IPA comme **la recherche ou l'amélioration parcours patients**.

Un autre enjeu lors du retour des IPA est de **dépasser les réticences**. Au-delà de la notion de lien hiérarchique et de lien fonctionnel, il est conseillé de bien **définir le cadre des interventions médecin / IPA**. Cela passe par exemple par les précisions sur la fréquence des consultations avec le médecin (1 fois par trimestre....surtout pour les pathologies chroniques). Au départ, **un temps d'accompagnement par le médecin** est nécessaire afin de faciliter la montée en compétences progressive des IPA après la sortie de l'université. L'intérêt est de rassurer l'IPA et de connaître les habitudes de chacun lorsque l'on travaille avec plusieurs médecins. Il est important que le projet médico-soignant définisse bien cette organisation.

Il est ainsi fondamental de **former/informer** les personnes qui seront impactées et /ou concernées par la pratique avancée sur les contours des missions possibles car beaucoup de « fausses croyances »

persistent. D'autres sujets sont à traiter comme l'attribution du forfait cadre ou non, les droits d'accès au DPI et la consultation/alimentation du DMP.

Un lien avec la ville indispensable, l'IPA, de par ses missions, est une interface avec la ville et notamment les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Même si les missions et les cadres d'exercice entre la ville et l'hôpital sont différents, il existe une cohérence dans la continuité des prises en charge entre les deux secteurs. L'IPA hospitalière est le relai indispensable avec l'IPA de ville.

Le pilotage institutionnel du projet IPA

Chaque établissement doit pouvoir trouver la structuration la plus adaptée, néanmoins le pilotage du projet se structure à l'échelle de l'établissement, voire au niveau territorial. Sur ce point, il est important d'aboutir à une valorisation de l'exercice d'IPA, notamment au niveau territorial. La dénomination varie d'un COFIL à une collégiale des IPA. **Cette instance a surtout pour but premier de favoriser les échanges.**

La **mise en place d'une référente IPA** au sein de l'établissement est aussi une pratique courante. Son rôle est important pour assurer un lien direct avec la hiérarchie des IPA et faciliter ainsi la communication.

Il pourrait être pertinent **d'intégrer un représentant IPA à la CME** comme invité et de créer un **collège IPA à la Commission des soins infirmiers de rééducation et médicotecniques (CSIRMT)**. Il peut être proposé que le projet médico-soignant prévoit cette organisation.

Mettre en place un suivi de l'activité et une évaluation médico-économique

Actuellement, il persiste un **réel questionnement des établissements de santé sur le financement** des postes IPA. Différentes options existent allant de la création du poste à la conversion d'un poste médical au regard du manque d'effectif. Comme pour toute nouvelle fonction, une période d'adaptation à l'emploi et de tutorat est nécessaire.

Il est indispensable **d'identifier la plus-value de l'activité IPA avec des indicateurs partagés** mais **la file active n'est absolument pas un bon indicateur.**

Le **temps de recherche des IPA** doit être reconnu et valorisé ainsi, le budget alloué aux établissements dans ce cadre peut être réinvesti pour financer tout ou partie des postes IPA.

Un **lien avec le DIM pour le** codage est important notamment au regard de la complexité de codage de l'activité. Il convient de valoriser les activités en fonction des besoins des patients à travers des forfaits adaptés. La gestion administrative liée à l'exercice (CPAM, Sécurité Sociale, correspondance, codification, etc.) fait également partie de la prise de fonction, et une formation médico-économique (valorisation des actes) peut être proposée si nécessaire.

Lors d'un financement au parcours, une attention est à porter sur le temps IPA à projeter, pour permettre de le rendre visible, donc finançable.

Il existe **différents indicateurs identifiés par les IPA sur le territoire**, par exemple : le temps médical libéré (espacement des consultations médicales), la diminution des consultations non programmées, la diminution du recours aux services d'urgence, l'optimisation des temps de coordination, l'augmentation du temps d'éducation thérapeutique...

Au-delà du rapport annuel, l'évaluation peut passer également par une **revue du protocole d'organisation** (résultats attendus, bénéfices patients, bénéfices pour les professionnels de santé...) mais également **la satisfaction des professionnels et des patients**.

Au cours des **entretiens annuels**, il est important de définir avec la hiérarchie les objectifs en lien avec l'ensemble de ces éléments au regard des activités attendues.

Communiquer autour du projet IPA pour faire connaître la fonction et les trois axes = clinique, recherche, formation

Une réelle communication au sein des établissements doit être réalisée de façon la plus large possible.

Le passage aux instances du projet ainsi que son suivi (CME et CSIRMT notamment) sont des temps institutionnels de communication et de valorisation.

Il existe de nombreuses opportunités au sein des établissements, notamment via l'intégration des IPA aux groupes de travail institutionnels, une présentation aux internes, une communication en CDU, une communication vers la ville avec les ARS (URPS, presse locale, réseaux sociaux, flyers, capsules vidéo...)

Rémunération et prise en charge de la formation

Nos associations souhaitent souligner que les **rémunérations actuelles des IPA ne permettent pas de rendre la fonction attractive**, avec une perte financière dans certains cas. La dimension territoriale doit par ailleurs être valorisée.

Il nous semble également important **d'homogénéiser les modalités de prises en charge de la formation**, avec une inclusion systématique dans la formation professionnelle. En effet, elles diffèrent d'un établissement à l'autre, notamment en ce qui concerne le temps de formation entre la 1ère et la 2e année.

Le **financement par la promotion professionnelle reste un frein** au regard de la limitation des enveloppes et du nombre croissant de formations à financer.

CONTACTS

ADH : camille-laure.morand@ghu-paris.fr ; nicolas.vilain@chi-cvs.fr

ADRHESS : president@adrhess.com

AFDS : Adele.Deniau@chu-angers.fr ; a.cadart@ch-calais.fr

ANCIM : eugenie.ramaut@gmail.com ; eugenie.ramaut@chu-lyon.fr ; ATony@ch-arpajon.fr

ANFIPA : secretariat@anfipa.fr