



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Années 2022-2024

MÉMOIRE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT D'INFIRMIER EN
PRATIQUE AVANCÉE

Mention :

**Pathologies chroniques stabilisées, prévention et polypathologies
courantes en soins primaires**

**Identification du rôle et des missions attendues d'une infirmière
en pratique avancée par les médecins exerçant en service de
gériatrie dans le bassin dunkerquois.**

Présenté et soutenu publiquement le 02 Juillet 2024 à 15h00 au Pôle Formation

Par Charlotte LEBECQUE

MEMBRES DU JURY

Personnel sous statut enseignant et hospitalier, Président :

Professeur AMAD Ali

Enseignant infirmier :

Monsieur QUINDROIT Paul

Directeur de mémoire :

Docteur NUNKESSORE Oumashankar

Avertissement

La faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les mémoires : Celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Remerciements :

Je tiens à remercier Monsieur le **Docteur NUNKESSORE Oumashankar** pour son accompagnement et ses précieux conseils dans la réalisation de ce travail de fin d'étude.

Monsieur le **Professeur AMAD Ali**, Monsieur **QUINDROIT Paul**, je vous présente mes sincères remerciements et toute ma reconnaissance pour avoir accepté de faire partie de mon jury de mémoire ainsi que pour l'intérêt que vous portez pour ce travail.

Au **Professeur PUISIEUX François**, Madame **ACOULON Gwladys** ainsi qu'à l'ensemble de l'équipe pédagogique, je souhaite exprimer mes remerciements pour leur accompagnement durant ces deux années de formation. Une mention particulière pour Madame **GODEFFROY Marie-Eve** qui s'est toujours montrée disponible et patiente pour répondre à nos nombreuses sollicitations.

Je tiens à remercier Madame **LOSFELD Marie Anne**, Directrice des soins, retraitée de l'Hôpital Maritime de Zuydcoote, de m'avoir encouragée et soutenue dans mon projet d'évolution professionnelle.

Mes remerciements s'adressent également à l'ensemble des **médecins** ayant participé à ce travail de recherche mais aussi aux **médecins** m'ayant accueillie et encadrée en stage durant ces deux années de formation. Ces moments d'échanges et de partage autour de la profession d'Infirmier(e) en Pratique Avancée laissent présager de belles perspectives pour la profession.

Je tiens à remercier grandement **ma famille** :

□ Mes parents : Un grand merci pour votre soutien et vos encouragements durant ces deux années de formation. Pouvoir compter sur vous dans chacun de mes projets professionnels ou personnels est une force.

□ Mon petit frère, Martin : Mille mercis pour ton soutien, tes encouragements et tes précieux conseils tout au long de ces 2 années et principalement ces derniers mois. Malgré un agenda chargé, tu as toujours répondu présent à mes nombreuses sollicitations.

Pouvoir compter sur chacun d'entre nous, partager des valeurs communes font la force de notre famille.

Je tiens à remercier mes amies **Audrey, Hélène, Julie, Noémie et Virginie** pour leur patience, leurs encouragements, leurs paroles réconfortantes et les bulles d'oxygène partagées durant cette formation. Vous m'avez à votre façon permis d'avancer durant ces deux ans.

Enfin cette formation n'aurait pas eu la même saveur sans vous **Alexia, Bellantine, Cathy, Dimitri**, deux années de partage, de complicité, de soutien. Vous avez rendu ces années plus douces. Une pensée pour **Céline et Orlane**, ces moments de révisions ensemble resteront gravés. Cette formation n'est, je l'espère, que le début d'une belle histoire professionnelle et d'amitié entre nous.

Sommaire

Liste des abréviations

Introduction

1) Introduction théorique

2) Méthode

3) Résultats

4) Discussion

Conclusions

Bibliographie

Table des matières

Annexes

Liste des abréviations

ADL : Activities of **D**aily **L**iving

ARS : Agence **R**égionale de Santé

CII : Conseil International des **I**nfirmiers

CLIC : Centre **L**ocal d'**I**nformation et de **C**oordination

CNIL : Commission Nationale de l'**I**nformatique et des **L**ibertés

CPAM : Caisse **P**rimaire d'**A**ssurance **M**aladie

CPP : Comité de **P**rotection des **P**ersonnes

CSG : Court **S**éjour **G**ériatrique

CUD : Communauté Urbaine de **D**unkerque

DAC : **D**ispositif d'**A**ppui à la **C**oordination

DES : **D**iplôme d'**É**tudes **S**upérieures

DPO : **D**ata **P**rotection **O**fficer

DREES : **D**irection de la **R**echerche, des **E**tudes, de l'**E**valuation et des **S**tatistiques

EMG : **E**quipe **M**obile de **G**ériatrie

IADL : **I**nstrumental **A**ctivities of **D**aily **L**iving

IDE : **I**nfirmière **D**iplômée d'**E**tat

INSEE : **I**nstitut National de la **S**tatistique et des **E**tudes **E**conomiques

IPA : **I**nfirmière en **P**ratique **A**vancée

MMSE : **M**ini-**M**ental **S**tate **E**xamination

MNA : **M**ini **N**utritional **A**ssessment

MPR : **M**édecine **P**hysique et de **R**éadaptation

OCDE : **O**rganisation de **C**oopération et de **D**éveloppement **E**conomiques

PAI : **P**ratique **A**vancée **I**nfirmière

PCS : **P**athologies **C**hroniques **S**tabilisées

PACA : **P**rovence **A**lpes **C**ôte d'**A**zur

PEPPA : **P**articipatory, **E**vidence-based, **P**atient-focused **P**rocess for **A**dvanced practice
nursing rôle development

SMR : **S**oins **M**édicaux et de **R**éadaptation

SSIAD : **S**ervices de **S**oins **I**nfirmiers **A** **D**omicile

INTRODUCTION :

Le vieillissement de la population, l'augmentation du nombre de personnes âgées et de maladies chroniques, les difficultés d'accès aux soins liées à la démographie médicale constituent des enjeux de santé publique.

En réponse à ces enjeux, la loi de modernisation du système de santé du 26 Janvier 2016, introduit le concept de pratique avancée pour les professionnels de santé paramédicaux.

C'est par le décret du 18 Juillet 2018 que l'exercice infirmier en pratique avancée est mis en place. Le déploiement des Infirmier(e)s en Pratique Avancée (IPA) est cependant en deçà des attentes du ministère de la santé.

Mon diplôme d'Infirmière Diplômée d'État (IDE) obtenu en décembre 2011 et mon parcours professionnel au sein des services de Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) gériatrique locomoteur et polyvalent m'ont permis d'approfondir mes connaissances sur la prise en soins des personnes âgées polypathologiques. Cette expérience m'a également montré l'importance du travail en collaboration pour offrir une prise en charge holistique aux patients hospitalisés.

Le territoire de Dunkerque est également confronté au vieillissement de la population et à la problématique de l'accès aux soins. La profession semble peu développée à l'échelle locale. Face à ces constats, ce travail de recherche portera sur l'implantation de l'Infirmier(e) en Pratique Avancée au sein des services de gériatrie du territoire.

Cette étude recueillera le point de vue des médecins exerçant en services de gériatrie sur la profession d'IPA et examinera l'impact de leur niveau de connaissance sur l'implantation de cette nouvelle profession.

Après avoir contextualisé les aspects démographiques et défini la prise en charge des personnes âgées ainsi que le modèle conceptuel des IPAs, cette recherche analysera les entretiens menés auprès des médecins.

Enfin, elle développera les aspects liés à l'implantation de la profession, son intégration au sein d'une équipe pluridisciplinaire et sa valeur ajoutée dans le parcours de soins des patients âgés, avant de proposer des perspectives pour encourager le déploiement des pratiques avancées infirmières dans les services de gériatrie du Dunkerquois.

1. Introduction théorique

1.1. Données épidémiologiques à l'échelle nationale et locale

1.1.1. Évolution de la démographie française

Selon l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), la France comptera 76,4 millions d'habitants d'ici à 2070 (1). Cette hausse concernera principalement la tranche d'âge des 65 ans et plus, avec une plus forte augmentation pour les personnes âgées de 75 ans et plus. Cette tendance s'explique en partie par l'allongement de l'espérance de vie estimée en 2023 à 85,7 ans pour les femmes et 80 ans pour les hommes (2). Selon la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), la tranche d'âge des 65 ans et plus représente 21% en 2022 contre 10 % pour les 75 ans et plus. On anticipe une augmentation continue de ces tranches d'âge dans les 30 prochaines années (3).

Au vieillissement de la population, on observe une augmentation du nombre de personnes atteintes de pathologies chroniques ou polypathologiques. Le système de santé doit prendre en compte l'augmentation de la fréquence des maladies chroniques avec l'âge dans son offre de soins et dans les réponses à apporter aux besoins de santé de la population vieillissante. En effet, selon la DRESS, parmi la population âgée de 45 à 64 ans, 3% cumulent trois pathologies ou traitements chroniques contre 8% chez les 65-74 ans et 21% chez les plus de 75 ans (3).

Au regard de cette évolution, il me paraît important de faire le lien avec la démographie médicale.

1.1.2. État des lieux de la démographie médicale en France

Selon l'ordre des médecins, la France compte 197 417 médecins en activité régulière au 1^{er} Janvier 2023. Depuis 2010, une diminution constante de ce nombre est constatée (-1,3% depuis 2010) (4).

En 2023, l'âge moyen des médecins exerçant une activité régulière était de 48,6 ans. Les médecins âgés de 60 ans et plus représentaient 24% de l'effectif total, soit 47 322 médecins, contre 32 390 en 2010.

Dans le même temps, on constate également une augmentation du nombre de médecins âgés de moins de 40 ans entre les années 2010 et 2023 passant ainsi de 31 308 médecins à 58 741 médecins.

Cependant, la hausse de la population à l'origine d'une augmentation des besoins de soins induite par le vieillissement de la population entraîne une diminution de la densité médicale française, accentuant ainsi les difficultés d'accès aux soins.

Une répartition inégale de l'activité médicale régulière est constatée sur le territoire mettant en avant un contraste Nord/Sud. La densité médicale est plus importante sur la moitié sud de la France (339,1 médecins pour la région Provence Alpes Côte d'Azur) et la région Île de France (318,9 médecins) que sur la moitié nord (217,8 médecins pour la région Centre Val de Loire et 254,6 médecins pour la région Normandie par exemple). La densité médicale régulière pour la région Hauts de France est estimée entre 261,9 et 276,9 médecins pour 100 000 habitants (4).

Concernant la gériatrie, selon les données de la DREES, on compte 2645 gériatres en France, dont 105 dans le département du Nord au 1^{er} Janvier 2023 (5).

1.1.3. État des lieux sur le territoire Dunkerquois

Lors du dernier recensement de 2020, le territoire de la Communauté Urbaine de Dunkerque (CUD), qui regroupe 17 communes, comptait 192 635 habitants (source INSEE).

Les chiffres révèlent un vieillissement de la population, avec 18% des habitants âgés de 60 à 74 ans et 8,6% âgés de 75 ans et plus. Ces tranches d'âge ont augmenté respectivement de 4,8 points et 1,8 points entre 2009 et 2020 (6).

Dans le même temps, l'offre de soins dans la région dunkerquoise s'est dégradée. Le territoire compte en effet 163 médecins généralistes en activité, contre 220 en 2009, soit 25% de moins. Parmi ces praticiens encore en activité, 42% d'entre eux sont âgés de 60 ans et plus et devraient prendre leur retraite dans les 10 ans à venir. Actuellement, le nombre d'habitants

n'ayant pas ou plus de médecin généraliste est estimé à 9000 par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), ce qui représente 7% de la population dunkerquoise (7).

Selon le portrait socio sanitaire du littoral nord, dressé en Décembre 2022, par l'Agence Régionale de Santé (ARS), la spécialité gériatrie est moins bien représentée qu'à l'échelle régionale ou encore nationale avec une proportion de 27,1 gériatres pour 100 000 habitants contre 41,2 et 35,5. Cependant depuis 2012, elle connaît une forte évolution pour le littoral nord (8).

Au regard de l'ensemble des données démographiques, il apparaît que l'enjeu pour le système de santé est de répondre aux besoins de la population vieillissante et polypathologique.

Dans l'organisation de l'offre de soins, l'Infirmier(e) en Pratique Avancée (IPA), nouvel acteur de santé, peut avoir un rôle prépondérant pour y répondre.

Avant de développer la Pratique Avancée Infirmière (PAI) et son implantation, il est essentiel de redéfinir les concepts de vieillissement et de prise en soins gériatrique.

1.2. Le concept de vieillissement et de prise en soins en gériatrie

1.2.1. Le concept de vieillissement

Le vieillissement démographique est l'avancée en âge de la population. Il est à distinguer du vieillissement physiologique.

Selon le collège national de gériatrie, le vieillissement se définit comme « *l'ensemble des processus physiologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme mûr. Il est la résultante des effets intriqués de facteurs génétiques et de facteurs environnementaux auxquels est soumis l'organisme tout au long de sa vie. Il s'agit d'un processus long et progressif qui doit être distingué des manifestations des maladies même si les altérations liées au vieillissement favorisent le développement de plusieurs maladies chroniques et l'apparition de décompensation aiguës* » (9).

Le vieillissement est un phénomène propre à l'individu. L'état de santé de la personne âgée va ainsi dépendre de l'association de différents facteurs tels que le vieillissement physiologique, les conséquences de maladies passées ou actuelles qu'elles soient aiguës ou chroniques.

Ce phénomène est ainsi présenté par J.P Bouchon, Professeur et gériatre français, en 1984. Il modélise la décompensation fonctionnelle de la personne âgée de la manière suivante :

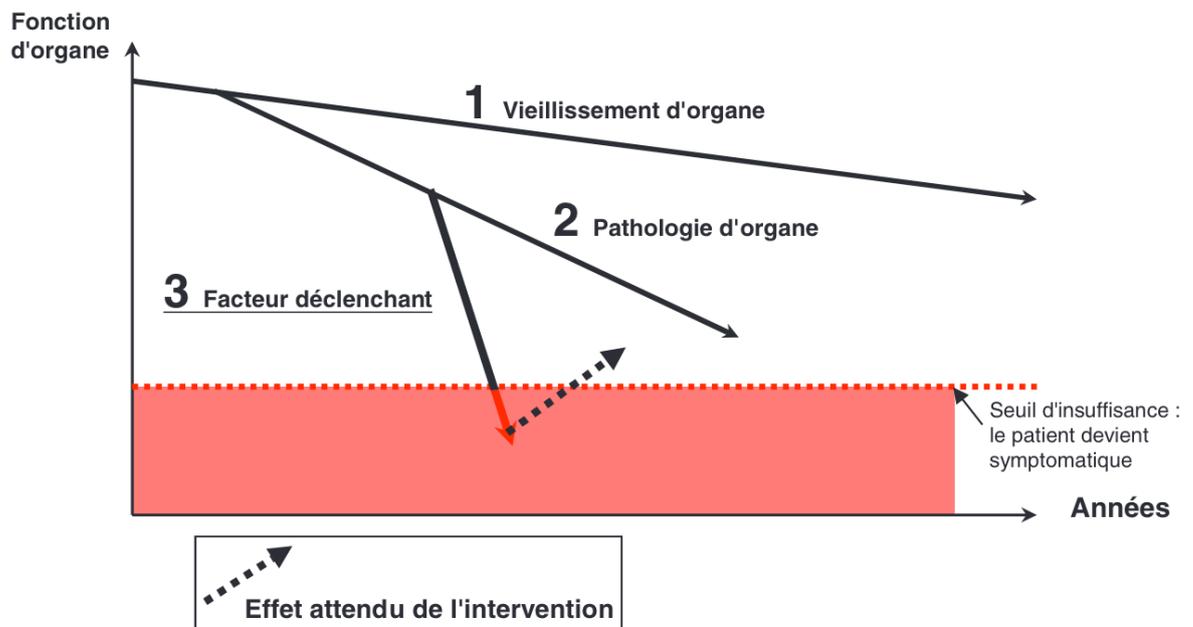


Figure 1 : La décompensation gériatrique 1 + 2 + 3 dit de Bouchon (9)

Le vieillissement des personnes est donc hétérogène et peut ainsi se différencier en plusieurs catégories:

- Les personnes « robustes » c'est-à-dire les personnes ayant un vieillissement dit « réussi ». Ce dernier est défini, par le collège national de gériatrie, comme « *une faible diminution des capacités fonctionnelles et par l'absence de vulnérabilité. Les problématiques de santé des sujets âgés, ayant un vieillissement réussi sont proches de celles des adultes d'âge moyen* » (9).
- Les personnes âgées dites « fragiles » et « pré fragiles » dont l'état de santé général nécessite d'être prudent afin qu'elles ne basculent pas dans la dépendance.
- Les personnes âgées dites « dépendantes » dont les actes de la vie quotidienne deviennent difficiles voire irréalisables en toute autonomie (10).

Il est important de préciser que le passage de l'état robuste à fragile est réversible à contrario, ce n'est pas le cas du passage de l'état fragile à l'état de dépendance.

Dans ce contexte, il est primordial de fournir des soins adaptés, particulièrement aux personnes fragiles ou pré-fragiles, pour retarder autant que possible l'apparition de la dépendance en mettant l'accent sur la prévention.

1.2.2. La prise en soins du patient gériatrique

La prise en soins gériatrique a pour cœur de cible les personnes âgées pré-fragiles et fragiles ainsi que les personnes âgées dépendantes. Elle implique de la part des professionnels qui pratiquent cette spécialité des connaissances dans de multiples domaines comme la cardiologie, la pneumologie, etc...

Cette prise en soins se doit d'être holistique intégrant les aspects médicaux, sociaux et psychologiques des patients, incluant ainsi plusieurs intervenants (assistantes sociales, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, etc ...) dans le parcours de soins de la personne âgée.

Elle repose sur une évaluation gériatrique intégrant ces différents aspects à partir d'échelles normées telles que l'échelle ADL (Activities of Daily Living) et IADL (Instrumental Activities of Daily Living) pour évaluer l'autonomie du patient, l'échelle MMSE (Mini-Mental State Examination) pour dépister des troubles cognitifs ou l'échelle MNA (Mini Nutritional Assessment) pour évaluer l'état nutritionnel par exemple.

Cette évaluation permet ainsi de repérer les fragilités de la personne âgée afin de lui proposer un plan de soins personnalisé et mettre en place les aides correspondant au mieux à ses besoins, en s'appuyant sur les dispositifs existant sur le territoire (Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC), Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC), etc.).

1.3. La pratique avancée infirmière

1.3.1. L'IPA en France

Devant les évolutions démographiques, l'augmentation des maladies chroniques et les difficultés d'accès aux soins, la loi de modernisation du système de santé du 26 Janvier 2016 prévoit une évolution de certaines professions paramédicales dont la profession d'infirmier(e) avec la spécialisation nouvelle « d'Infirmier(e) en Pratique Avancée (IPA) » (11).

En 2008, le Conseil International des Infirmières (CII) définit cette nouvelle profession comme telle : « *L'infirmier(e) diplômé(e) qui exerce en pratique avancée a acquis des connaissances théoriques, le savoir-faire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de sa profession. Les caractéristiques de cette pratique avancée sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmier(e) sera autorisé(e) à exercer* » (12).

En France, le décret relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée est paru le 18 Juillet 2018 (13).

Les nouvelles compétences acquises par les IPAs au terme de leur formation leur permettent, comme le précise le décret qui régit leur profession de :

- Évaluer l'état de santé de patients en relais de consultations médicales pour des pathologies identifiées
- Définir et mettre en œuvre le projet de soins du patient à partir de l'évaluation globale de son état de santé
- Concevoir et mettre en œuvre des actions de prévention et d'éducation thérapeutique
- Organiser le parcours de soins et de santé du patient en collaboration avec l'ensemble des acteurs concernés
- Mettre en place et conduire des actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles en exerçant un leadership clinique
- Rechercher, analyser et produire des données professionnelles et scientifiques (14).

En réponse aux enjeux de santé publique, le déploiement de la pratique avancée répond à un double objectif :

- Améliorer l'accès aux soins et la qualité des parcours de soins des patients
- Libérer du temps médical en déléguant sur protocole d'organisation des tâches à l'IPA.

Ces compétences peuvent s'exercer dans les cinq domaines suivants :

- Les pathologies chroniques stabilisées ; prévention et polypathologies courantes en soins primaires
- L'oncologie et l'hémo - oncologie
- La maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale
- La Psychiatrie et santé mentale
- La médecine d'urgence.

La mention « Pathologies Chroniques Stabilisées » (PCS) regroupe les pathologies suivantes : accident vasculaire cérébral, artériopathies chroniques, cardiopathies, maladies coronaires, diabète, insuffisance respiratoire chronique, maladie d'Alzheimer et autres démences, maladie de Parkinson, épilepsie.

En France la profession d'IPA est encore peu développée. Selon un rapport de la cour des comptes paru en juillet 2023, à la fin de l'année 2021, seuls 581 IPAs étaient diplômés pour 1366 en formation alors que la cible fixée par le ministère de la santé était de 3000 IPAs formés ou en formation à la fin de l'année 2022 (15).

Pour la mention PCS, la cour des comptes dans son rapport de Juillet 2023, précise que sur les 307 IPAs diplômés en 2022, 153 l'ont été pour la mention PCS (15).

Le déploiement de la pratique avancée rencontre un certain nombre d'obstacles comme la réticence ou la méconnaissance de certains professionnels de santé (15). La sensibilisation de ces différents acteurs de santé apparaît nécessaire pour éviter une vision erronée de la profession. Il est notamment important de leur préciser que le cœur de métier de l'IPA reste la pratique infirmière avec l'acquisition de nouvelles compétences.

Pour sensibiliser ces différents acteurs, outre la définition du CII (Conseil International des Infirmières), le modèle conceptuel de Ann Hamric, Professeur et doyenne adjointe à la Virginia Commonwealth University's School of Nursing (USA), est le plus connu et celui retenu par la France (16).

Cette dernière définit la profession d'infirmier(e) en pratique avancée de la manière suivante : *« la pratique avancée infirmière est l'application, centrée sur le patient, d'un éventail élargi de compétences pour améliorer les indicateurs de santé pour les patients et les populations dans un domaine clinique spécialisé de la discipline très large des soins infirmiers ».*

Sa vision de la pratique avancée est illustrée selon le modèle de « l'œuf au plat » qui met en avant l'ensemble des compétences de l'infirmier(e) en pratique avancée.

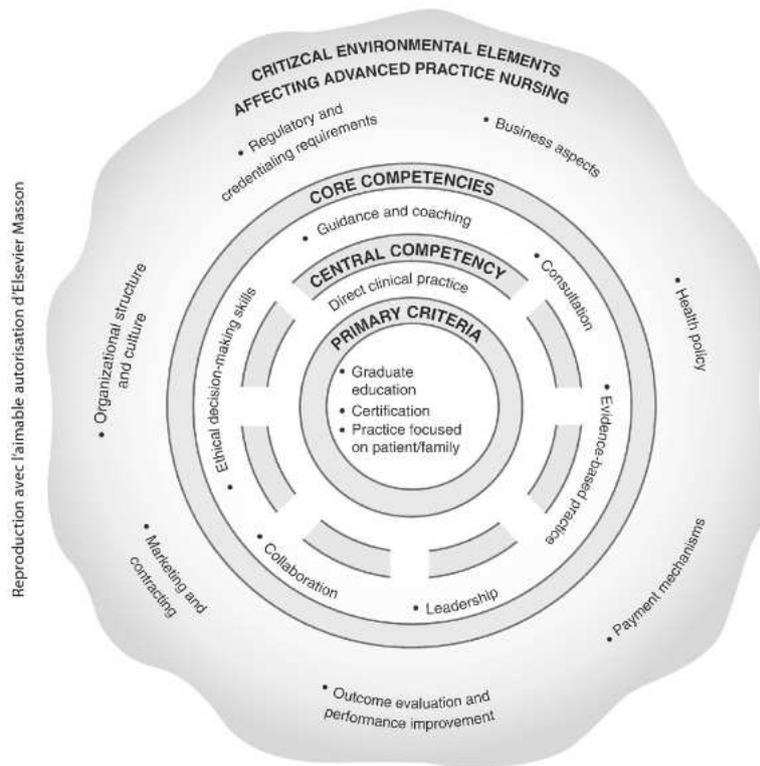


Figure 2 : Les compétences de l’Infirmière en Pratique Avancée selon Ann Hamric (16)

Le modèle élaboré par Ann Hamric favorise la compréhension des compétences de l’infirmier(e) pratique avancée.

L’implantation de la Pratique Avancée Infirmière (PAI) au sein d’un système de santé doit cependant être réfléchi et préparée avec l’ensemble des acteurs concernés (médecins, responsables hiérarchiques, équipes de soins et patients) (17). C’est dans cet esprit qu’a été élaboré en 2004, par Denise Bryant-Lukosius et DiCenso le modèle PEPPA (Participatory, Evidence-based, Patient-focused Process for Advanced practice nursing rôle development).

1.3.2. Stratégie d’implantation : le modèle PEPPA

Le modèle PEPPA est un modèle conceptuel permettant d’introduire la Pratique Avancée Infirmière en partant des besoins. Il se compose de 9 étapes :

- Définir une population et le processus en place
- Identifier les parties prenantes
- Mettre en évidence les besoins d’un nouveau modèle de prise en charge
- Prioriser les problèmes et les objectifs
- Développer un nouveau modèle et préciser les attributions de l’IPA

- Développer une stratégie de mise en œuvre de ce nouveau modèle
- Mettre en œuvre le nouveau modèle
- Évaluer le modèle et la contribution de l'IPA
- Réaliser un suivi sur le long terme.

Ces étapes se schématisent comme l'illustration suivante :

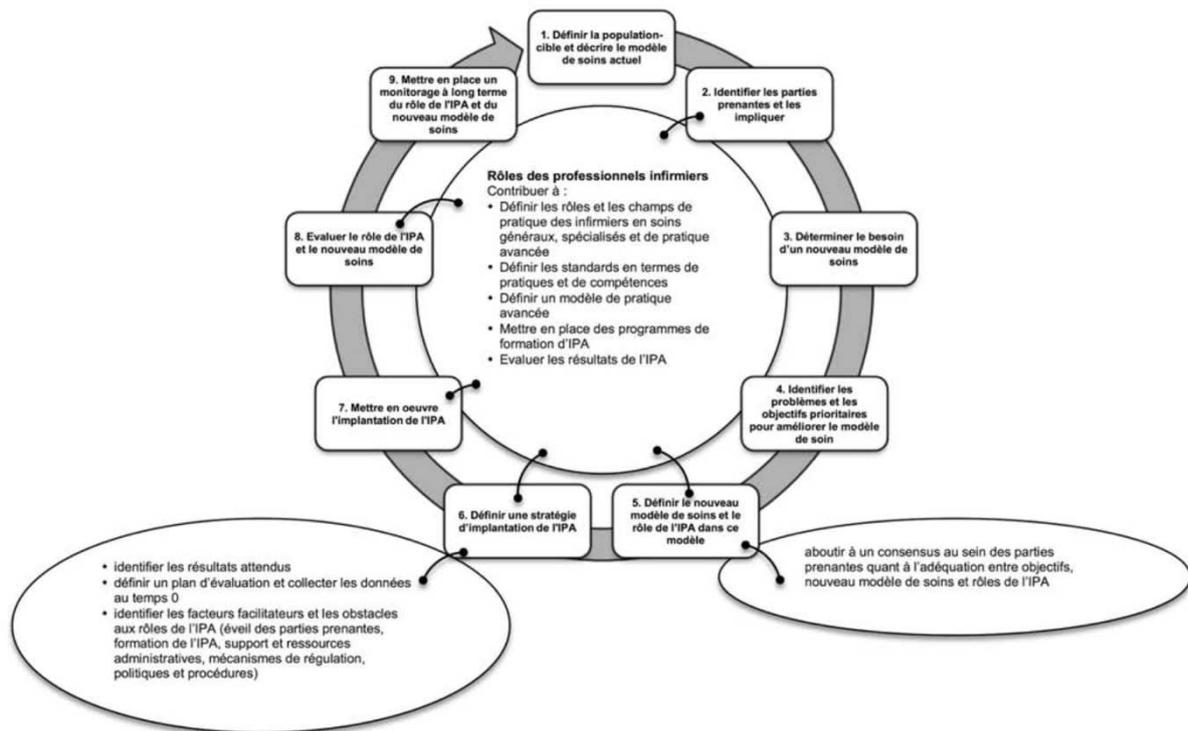


Figure 3 : Déclinaison francophone du modèle PEPPA (17)

Le modèle PEPPA pourrait ainsi aider au déploiement concret de la pratique avancée au sein des services hospitaliers du système de soins français. Cependant force est de constater que le déploiement de la pratique avancée à l'échelle nationale n'est pas à la hauteur des objectifs fixés.

1.4. Question de recherche et hypothèse

Le déploiement des Infirmier(e)s en Pratique Avancée (IPA) dans la région dunkerquoise reste limité comme l'indique le recensement local. Selon les données de l'annuaire de santé, seulement 3 IPAs diplômés sont recensés sur ce territoire. Parmi eux, un

professionnel possède la mention psychiatrie-santé mentale, un la mention onco-hématologie et le dernier la mention PCS. Sur l'ensemble des établissements et services de santé du dunkerquois accueillant des personnes âgées, un seul emploi à temps partiel un IPA (qui est titulaire de la mention PCS) (18).

Face à cette situation, se pose la question des raisons sous-jacentes à ce faible déploiement des IPAs, en particulier dans les services de gériatrie de la région dunkerquoise. Pour explorer cette question, la recherche se concentre sur le niveau de connaissance des médecins travaillant dans ces services concernant la Pratique Avancée Infirmière.

Pour répondre à ce sujet, j'émet la question de recherche suivante :

En quoi le niveau de connaissance des médecins exerçant au sein des services de gériatrie sur le dunkerquois, au sujet de la Pratique Avancée Infirmière, influence-t-il l'implantation et le développement de cette nouvelle pratique ?

Deux hypothèses sont émises pour guider cette recherche :

- Hypothèse 1 : Une bonne connaissance des médecins, exerçant en service de gériatrie, au sujet de la pratique avancée favoriserait l'implantation des IPAs et pourrait renforcer la prise en charge du sujet âgé polyopathologique au sein de ces services.

- Hypothèse 2 : La méconnaissance des médecins, exerçant en service de gériatrie, de la profession d'IPA freinerait son implantation et son développement au sein des services de gériatrie du bassin dunkerquois.

1.5. But et Objectif de l'étude

Le but de ce travail de recherche est de connaître succinctement les connaissances des participants au sujet du métier d'Infirmier(e) en Pratique Avancée mais surtout d'évaluer leur vision concernant ce nouveau métier au sein de leur service de gériatrie du bassin dunkerquois.

Ce travail de recherche a pour objectif de savoir si les participants sont favorables ou non à l'implantation des Infirmier(e)s en Pratique Avancée, d'en connaître les raisons et leur vision du poste d'IPA s'ils y sont favorables. Il s'agit également de connaître les raisons de leur opposition au métier d'IPA s'il y en a.

2. Méthode

2.1. Type d'étude

Nous avons décidé de mener des entretiens semi-dirigés pour réaliser cette étude. Cette méthode est jugée la plus adéquate pour répondre à la question de recherche.

Les données recueillies sont non mesurables et demandent une interprétation de la part de l'investigateur.

Les données démographiques sur les médecins participant à l'étude ont été recueillies (âge, sexe, nombre d'années d'expérience, diplômes, ...).

Cette méthodologie de recherche mixte, combinant des entretiens qualitatifs semi-dirigés avec une analyse statistique, nous permet d'obtenir une compréhension globale de la perception des médecins sur la profession d'Infirmier(e) en Pratique Avancée en gériatrie dans le bassin dunkerquois.

2.2. Population

Cette étude concerne des médecins exerçant en établissements de santé publics ou privés dans la région dunkerquoise dans le nord de la France.

2.2.1. Critères d'inclusion

Pour participer à cette étude, les personnes interrogées devaient répondre aux critères d'inclusion suivants :

- Être médecin gériatre ou un médecin exerçant en service de gériatrie
- Être volontaire pour participer à l'étude.

2.2.2. Critères de non-inclusion

Les personnes répondant aux critères suivants n'étaient quant à elles pas autorisées à participer à l'étude :

- Médecin prenant en soins des personnes âgées mais n'exerçant pas en service de gériatrie
- Absence de consentement pour participer à l'étude.

2.2.3. Recrutement

Pour connaître l'identité des médecins susceptibles de participer à l'étude, une demande a été faite dans un premier temps, par voie électronique ou orale, auprès de la direction des soins des différents établissements de santé de la région dunkerquoise.

Les participants à l'étude ont été à leur tour contactés par mail ou directement sur leur lieu d'exercice.

Une information sur le but de l'étude et les conditions de réalisation (enregistrement, anonymisation, sauvegarde des données sécurisées) leur ont ainsi été délivrées.

Une fois l'accord de participation à l'étude obtenu, un rendez-vous a été programmé entre l'investigateur et le participant.

2.3. Recueil de données

2.3.1. Entretiens semi-dirigés et guide d'entretien

Pour répondre à la question de recherche, la conduite d'entretiens semi-structurés nous a paru la méthode la plus appropriée.

Cette étude comprend des questions ouvertes visant à collecter des données qualitatives nécessitant une analyse interprétative. Le guide d'entretien réalisé dans le cadre de cette étude est consultable en Annexe 1.

Au cours de l'entretien, l'investigateur a exploré les thèmes suivants :

- L'expérience de collaboration avec une IPA
- La position des médecins vis-à-vis de l'intégration des IPAs dans le domaine de la gériatrie
- La perception et les attentes des médecins au sujet de cette nouvelle profession
- Les missions et compétences attendues d'une IPA
- La collaboration entre médecins et IPA
- Les freins et leviers au déploiement de la profession en service de gériatrie.

Une intervention pédagogique a été insérée au sein du guide d'entretien afin de sensibiliser les médecins interrogés sur la profession d'infirmier(e) en pratique avancée, ses compétences, ses missions.

Le guide d'entretien a été testé au préalable auprès d'un médecin ne participant pas à l'étude. L'entretien s'étant déroulé sans difficulté, l'investigateur n'a pas apporté de modification au guide d'entretien pour la réalisation de l'étude.

2.3.2. Conditions de réalisation

Les entretiens auprès des médecins se sont déroulés en présentiel sur leur lieu d'exercice durant leur temps de travail.

Une information sur la protection des données personnelles a été délivrée avant de démarrer chaque entretien. Les différents échanges avec les participants ont été enregistrés à l'aide de deux appareils audionumériques.

Les différents entretiens ont été anonymisés. Les participants ont été informés de la destruction des enregistrements et des retranscriptions une fois l'étude rendue.

2.3.3. Retranscription des données

Les entretiens ont été retranscrits par l'investigateur principal, en utilisant la méthode du mot à mot, sur un fichier informatique Word. Une attention particulière a été apportée sur les silences et sur les moments de réflexion des personnes interrogées. La retranscription des différents entretiens est consultable grâce à un QR code en Annexe 2.

2.4. Analyse des données et validité des résultats

2.4.1. Analyse quantitative

Analyse descriptive

Les variables quantitatives continues ont été décrites sous la forme de moyenne \pm écart-type (ET) ou médiane, et leur intervalle interquartile (IQR), selon la normalité de la distribution des variables, testées conjointement par le tracé Q-Q, l'histogramme, et le test de Shapiro-Wilk. Les variables qualitatives ont été décrites sous la forme d'effectifs et de pourcentages observés. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS IBM[®] vers. 25,0.

2.4.2. Analyse qualitative

L'analyse des données a été faite en utilisant la méthode d'analyse thématique intuitive de *Braun et Clarke*, permettant ainsi l'identification de thèmes récurrents et significatifs (19).

Une triangulation des données a été réalisée impliquant une analyse initiale des résultats par l'investigateur principal, suivie d'une analyse indépendante par un autre investigateur. Par la suite, un temps de discussion entre les chercheurs a permis de confronter les analyses et de dégager les principaux thèmes émergeant de l'étude.

La fréquence de citation des codes et des thèmes a ensuite été calculée en analysant de nouveau les transcrits bruts des interviews.

2.5. Éthique et consentement

Cette étude a été menée conformément aux principes éthiques de la recherche. Le consentement sur l'enregistrement et le stockage des données en vue de leur analyse a été recueilli auprès de chaque participant à l'étude. Ce consentement a été obtenu de manière orale au début de chaque entretien.

2.5.1. Confidentialité

L'anonymisation des entretiens a été garantie auprès de chaque participant à l'étude. Les participants sont identifiés au cours de l'étude par une lettre correspondant à l'ordre de réalisation des différents entretiens.

2.5.2. Comité compétent

Ce travail de recherche a fait l'objet d'une déclaration auprès du délégué à la protection des données (DPO) de l'université de Lille. L'objectif était de s'assurer du respect de la méthodologie concernant le recueil, l'anonymisation et la méthode de sauvegarde des données. Ce travail de recherche a été enregistré auprès du DPO le 07 décembre 2023 sous la référence 2023-199 (Annexe 3).

Les données récoltées ont été anonymisées et conservées dans un fichier sécurisé sur une clé cryptée.

Cette recherche interventionnelle, basée sur un questionnaire anonymisé adressé aux professionnels de santé, n'est pas soumise aux exigences de la loi Jarde. Par conséquent, aucune demande d'approbation du Comité de Protection des Personnes (CPP) ou de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) n'est requise.

3. Résultats

3.1. Population étudiée

Treize médecins exerçant en service de gériatrie ont été initialement contactés pour la réalisation de cette étude. Parmi eux, douze médecins ont accepté de participer et ont été inclus dans l'échantillon de l'étude. Cette étude se déroule donc sur 3 des 4 établissements existant dans le territoire dunkerquois.

Entre février 2024 et mars 2024, douze entretiens ont été menés en présentiel sur le lieu d'exercice des médecins participants. La durée moyenne des entretiens était de 24 minutes, avec une variation allant de 14 à 45 minutes. Les entretiens ont été enregistrés sous format audio-numérique, sauf dans un cas où le médecin a préféré ne pas être enregistré, choix qui a été respecté. Dans ce cas, l'investigateur a pris des notes détaillées pour documenter les échanges.

La suffisance des données a été obtenue à partir du huitième entretien. Pour renforcer la crédibilité des résultats, 4 entretiens supplémentaires ont été réalisés, ce qui a permis de confirmer la consistance des conclusions de l'étude.

3.2. Données socio démographiques des participants de l'étude

Sur les 12 médecins participants, 50% étaient des hommes. L'âge moyen des médecins s'élevait à 46,3 ans, avec une répartition de 50% des médecins dans la tranche d'âge de 40 à 60 ans et 42% dans la tranche de 20 à 40 ans. Le lieu d'exercice était un établissement public pour sept des participants contre cinq dans un établissement privé.

Variable	Effectif n = 12
Age ¹	46,3 ± 11,6
Sexe ² (Homme)	50 (6)
Formation de gériatrie initiale :	
- Diplôme d'étude spécialisée	25 (3)
- Capacité de gériatrie	75 (9)
Nombre de sur-spécialisation :	
- 5	8,3 (1)
- 4	8,3 (1)
- 2	41,7 (5)
- 1	41,7 (5)

Variable	Effectif n = 12
Année d'exercice total	18 ± 11,9
Année d'exercice en gériatrie ³	8 (8)
Secteur d'exercice :	
- Médecine aiguë gériatrique	50 (6)
- Soins de suite	33,3 (4)
- Hôpital de jour	8,3 (1)
- Unité cognitivo comportementale	8,3 (1)
Expérience pratique avec une IPA	33,3 (4)
Expérience pratique avec une étudiante IPA	41,7 (5)

1 = moyenne ± écart type (loi normale) ; 2 = pourcentage (effectif) pour les variables qualitatives ; 3 = médiane (intervalle inter quartile) ; IPA : Infirmière en pratique avancée ;

Tableau 1 : Caractéristiques générales des médecins interviewés

Les médecins rencontrés ont une spécialisation dans les domaines suivants : oncogériatrie, troubles cognitifs, rééducation gériatrique, gérontopsychiatrie, nutrition, rhumatologie, soins palliatifs, iatrogénie, psychogériatrie, chute du sujet âgé, orthogériatrie, SMR gériatrique et troubles psycho-comportementaux.

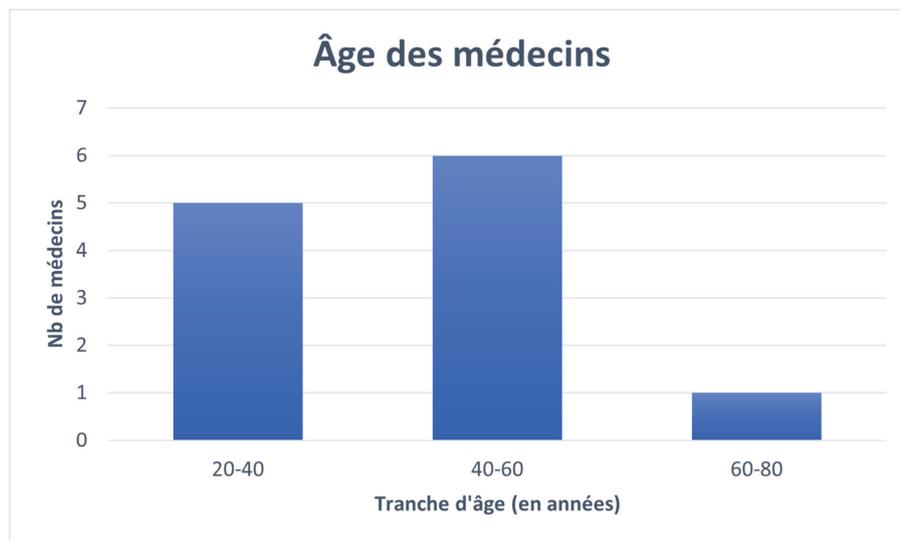


Figure 4 : Âge des médecins

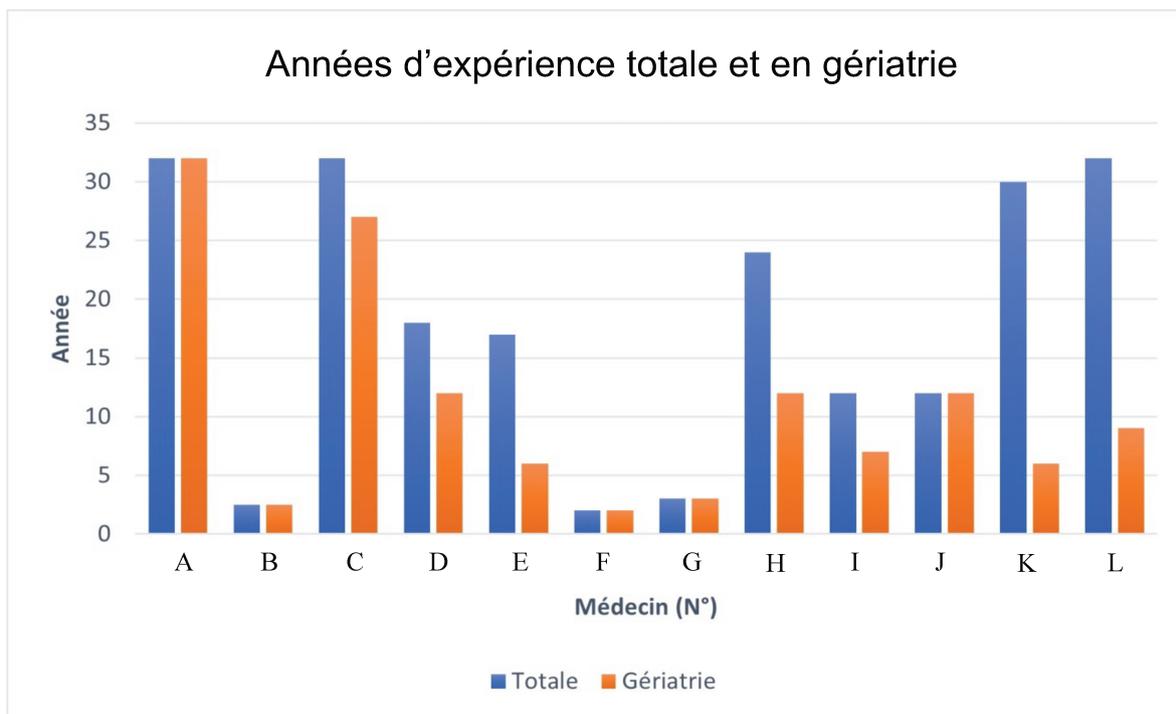


Figure 5 : Années d'expérience totale et en gériatrie

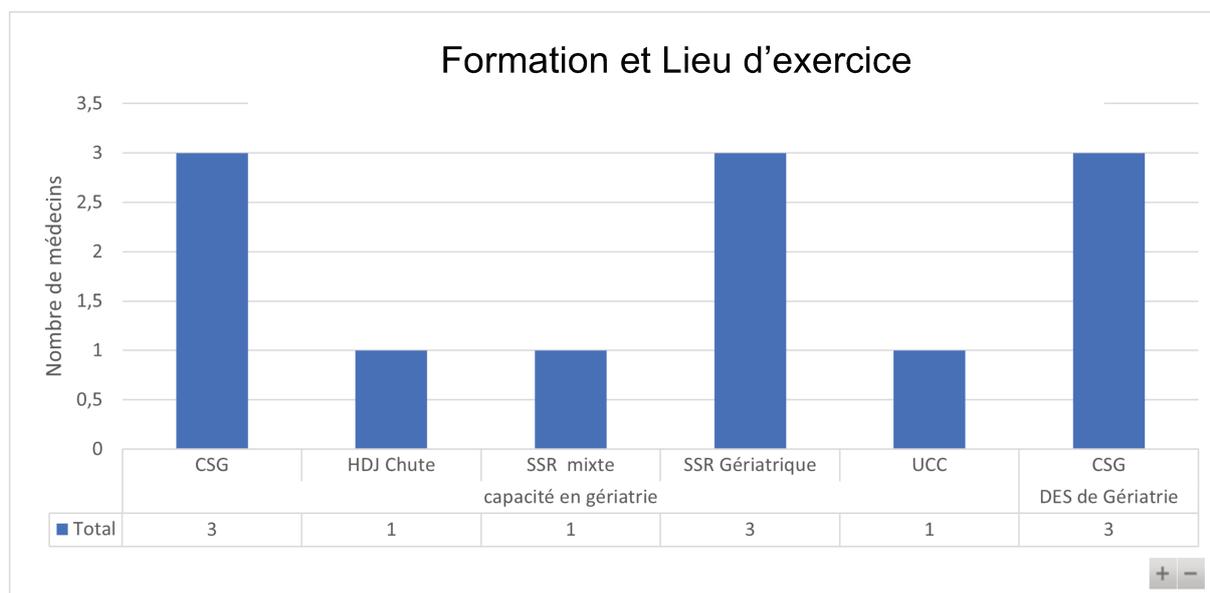


Figure 6 : Formation et lieu d'exercice

Les résultats de l'étude sont énoncés à l'état brut sous forme de tableaux regroupant les principaux thèmes ressortant au cours des différents entretiens.

3.3. Résultats qualitatifs

3.3.1. Une profession nouvelle et imparfaitement connue

3.3.1.1. Expérience de collaboration avec une IPA

Comme l'indique le « tableau 1 », 33,3% des médecins interrogés ont une expérience de collaboration avec une IPA diplômée et 41,7% expriment avoir accueilli un infirmier(e) étudiant en pratique avancée dans leur service.

3.3.1.2. Connaissances au sujet de la pratique avancée

<i>Code</i>	<i>Verbatim</i>
Connaissance incomplète de la profession IPA	<p>« Euh... (réflexion) à vrai dire je ne connais pas le statut, le rôle précis etcetera... » (A)</p> <p>« Ah oui oui ! Ah les notions que j'avais d'une infirmière en pratique avancée en fait c'était pas très clair ! » (C)</p> <p>« C'est un rôle un peu entre le médecin et l'infirmière. » (F)</p>
IPA : une profession récente	<p>« C'est une nouvelle discipline aussi donc euh dans notre exercice on en a pas vraiment croisé. » (E)</p> <p>« Depuis récemment mais effectivement donc on a une IPA qui travaille au sein de l'établissement. » (I)</p> <p>« C'est que c'est une initiative relativement récente. » (K)</p>

3.3.1.3. Avis quant à l'exercice avec une IPA

L'ensemble des médecins interrogés est favorable à l'implantation des IPAs en gériatrie.

3.3.2. Contributions de la profession d'IPA

3.3.2.1. Attentes autour de la pratique avancée en gériatrie

Code	Verbatim
<p>Répondre à l'inadéquation entre la demande et l'offre de soins</p>	<p>« Sur le terrain euh le manque de médecins, la multiplicité des tâches et des projets de soins qu'on fait aux personnes âgées c'est tellement large et lourd que les médecins ne pourront, ne peuvent pas assurer toutes ses tâches. » (A)</p> <p>« Ben si on prend le territoire du dunkerquois on est plutôt désavantagé au niveau de, fin on n'est pas un désert médical mais on est quand même pas loin (rires) donc euh avoir des IPA ça peut justement ben faciliter pour le patient d'avoir un recours. » (H)</p> <p>« Parce qu'il y a beaucoup de demandes et peu de praticiens qui en font et que les délais d'attente sont longs du coup et s'allongent ! » (I)</p>
<p>Réduire le délai d'accès en consultation</p>	<p>« Les avantages voilà les avantages c'est qu'ils peuvent avoir des consultations de suivi plus rapide, vu que voilà vu que je fais aussi des primo-consultations et qu'il y a que moi et le docteur XX qui font de l'onco-gériatrie du coup c'est avoir des consultations plus rapide » (G)</p> <p>« Mais en tout cas sur l'offre de consultation euh déjà primo-consultation et suivi mémoire c'est catastrophique comme dans beaucoup de zones et ça je pense que c'est le gros bénéfice qu'il pourrait y avoir ! » (J)</p> <p>« Euh fait gagner du temps au patient ce qui est quand même le principal ! Fin du temps dans le sens de délai de consultation, d'obtention d'une consultation et puis pour le médecin aussi oui ! » (I)</p>
<p>Soulager l'activité médicale</p>	<p>« Je pense que c'est pas forcément un inconvénient c'est quelque chose de, une fonction supplémentaire qui va permettre de déléguer certaines fonctions médicales à l'IPA pour essayer de décharger le médecin gériatre ! » (C)</p> <p>« Alors et les avantages (réflexion), libérer du temps médical pour nous afin de pouvoir...ouais du temps médical en fait ! » (H)</p> <p>« Euh décharger donc euh après réflexion en commun avec le médecin responsable. Afin de permettre au médecin responsable d'être beaucoup plus présent sur des patients qui arrivent avec des analyses encore très complexes et pour certains encore avec des problématiques médicales aigues... » (K)</p>
<p>Avoir un regard différent mais complémentaire à celui du médecin</p>	<p>« Ben euh une primo évaluation par l'IPA un peu comme font les internes et les externes et puis rediscuter du dossier ensuite quitte à revoir le patient cliniquement s'il y a un doute sur l'examen clinique ou, ou autre, un questionnement particulier de la part de l'IPA. » (I)</p> <p>« c'est une collaboration. Donc c'est une multiplication de compétences avec un partage de compétences avec un éclairage différent, un regard extérieur aussi » (L)</p> <p>« c'est euh en multipliant les intervenants c'est améliorer vraiment la performance du soin. » (L)</p>

<p>Améliorer le suivi du patient</p>	<p>« Mieux les prendre en charge, mieux les suivre, mieux suivre le projet de soins, permettre à certains de bénéficier d'une évaluation par un professionnel compétant sans devoir recourir au docteur ! » (A)</p> <p>« C'est toujours un suivi en plus, un œil en plus ! » (B)</p> <p>« Après les avantages bon ben je trouve que c'est quand même mieux de, qui est quelqu'un qui nous suive d'un peu plus près avec des compétences un peu plus poussées que de ne pas avoir de suivi avec ou avec des gens qui ne savent pas ce qu'ils font ! » (F)</p>
<p>Évaluer de façon rapprochée un patient plus instable</p>	<p>« En collaboration avec le médecin suivi de tous les patients qui nécessitent un suivi rapproché que le médecin ne peut pas assumer vu que nos emplois du temps sont assez chargés » (A)</p> <p>« Parfois on a envie de les voir rapidement et on ne peut pas parce que notre consultation est déjà pleine à 4,5, 6 mois mais on a juste besoin de vérifier certaines choses, le projet de soin que l'on a mis en place etc. ou une thérapeutique qu'on a mis en place donc euh c'est vrai qu'une aide d'une IPA serait précieuse » (A)</p>
<p>Fluidifier le parcours de soins du patient</p>	<p>« A mon avis c'est principalement fluidifier le parcours, fluidifier la file active, la file des suivis des patients et réduire les délais d'accès aux consultations spécialisées. » (A)</p> <p>« Sur le système de santé en lui-même si ce n'est que ça permettra d'accentuer, ben d'améliorer le maillage voilà ! C'est ptete ça ! » (J)</p> <p>« Il faudrait dans ce cas-là avoir une transversalité, beaucoup plus et avec des passerelles beaucoup plus fluides. Ce qui fait que ce soit une IPA ou que ce soit médical, les prises en charge relationnelles, entre les différents établissements, ne sont pas suffisamment, en tout cas dans le secteur, développées... » (K)</p>

3.3.2.2. Compétences attendues d'une IPA en gériatrie

<i>Code</i>	<i>Verbatim</i>
<p>Savoir réaliser une examen clinique « complet »</p>	<p>« Bah des compétences cliniques obligatoires ! » (C)</p> <p>« Et après des compétences cliniques bah oui il y a un minimum à savoir sur l'examen neurologique, on va dire l'examen général, cardio-vasculaire... » (F)</p> <p>« Euh qu'elle s'accroche sur une formation sur la démarche clinique euh sémiologique... euh oui prioritairement » (L)</p>
<p>Avoir de bonnes « connaissances théoriques » sur la gériatrie en général</p>	<p>« Alors pour les compétences pour travailler en gériatrie sur la partie clinique en tout cas bien sûr c'est en connaître les grands syndromes gériatriques. » (E)</p> <p>« Et puis un patient n'en est pas un autre donc le fait d'avoir justement une plus grande sensibilité, un plus grand bagage pour faire face à ces situations différentes c'est mieux je pense ! » (F)</p> <p>« Sur le plan gériatrique, faire un plan gériatrique de base euh évaluer l'autonomie, faire un MMS, euh évaluer l'autonomie les iADL, ADL, MMS euh faire euh, évaluer les syndromes gériatriques » (G)</p>
<p>Avoir des connaissances plus « spécifiques » notamment sur les « pathologies cognitives »</p>	<p>« Qu'elle doit surtout avoir des connaissances dans les troubles cognitifs » (B)</p> <p>« Justement cet œil un peu plus spécialisé sur les troubles cognitifs, les confusions versus troubles cognitifs qui évoluent. » (F)</p>
<p>Identifier les « problématiques de santé »</p>	<p>« Je vois ça principalement pour le suivi par exemple des patients qui présentent des troubles cognitifs euh certains patients sont stables, ne posent pas de problème à domicile mais on est obligé de les revoir régulièrement pour savoir comment ça se passe à domicile, y a-t-il des problématiques médicales qui apparaissent ? » (A)</p> <p>« Oui nous on passe une fois par jour mais on peut pas passer plus souvent si il y a pas d'autres soucis et euh voilà... » (B)</p>

<p>Adopter un « savoir être » et un « savoir-faire » avec la personne âgée</p>	<p><i>« Alors moi en premier en lieu, ce qui me vient en premier c'est surtout les compétences humaines. Je dirais qu'elle doit être bienveillante, empathique. » (B)</i></p> <p><i>« Un patient il faut faire attention à ce qu'il dit, faut pas toujours tout prendre au premier degré donc oui pour moi l'IPA doit vraiment être formée pour ça et puis humainement c'est une des principales compétences à avoir. Il ne faut pas venir en gériatrie si on n'est pas patient, si on aime pas des fois répéter dix fois la même chose. » (B)</i></p> <p><i>« Compétence humaine par rapport aux patients et surtout aussi une écoute de la famille parce que le rôle aussi ça va être de prendre en charge et le patient et euh les aidants naturels parce que c'est le rôle de la consultation à mon sens. » (J)</i></p>
<p>Réaliser la « synthèse globale » d'une situation</p>	<p><i>« Euh compétence de synthèse c'est hyper important ! Parce que si c'est pour finalement livrer un roman de 40 pages ça aura fait gagner du temps à personne ! Alors la compétence de synthèse et de priorisation est pour moi nécessaire ! » (J)</i></p>
<p>Connaitre les spécificités de la prescription thérapeutique chez le sujet âgé</p>	<p><i>« Je pense qu'avec l'apprentissage pour faire la conciliation médicamenteuse ça peut être très intéressant. » (G)</i></p> <p><i>« Moi j'adore ça, la conciliation médicamenteuse, voilà euh savoir pourquoi il l'a, est-ce qu'il a une dose adaptée ? Quelqu'un qui a un traitement A est-ce que, pourquoi est-ce qu'il l'a ? est-ce que ça vaut le coup ou pas. » (G)</i></p>
<p>Évaluer le risque iatrogène chez le sujet âgé</p>	<p><i>« Et le fait de savoir qu'il faut adapter les dosages notamment des traitements aux personnes âgées et être vigilant sur les thérapeutiques, les dosages médicamenteux. » (I)</i></p>
<p>Connaitre le réseau de santé local</p>	<p><i>« Ce qui fait que se soit une IPA ou que se soit médical, les prises en charge relationnelles, entre les différents établissements, ne sont pas suffisamment, en tout cas dans le secteur, développées pour dire que, amener un rouage supplémentaire amènerait de la fluidité. » (K)</i></p>

3.3.2.3. Missions concrètes attendues d'une IPA en gériatrie

<i>Code</i>	<i>Verbatim</i>
<p>Assurer le suivi d'un patient âgé « polypathologique chronique stable »</p>	<p>« Déjà elle puisse faire une examen clinique et que les patients stables elle puisse les suivre, adapter les thérapeutiques. » (B)</p> <p>« Juste pour les situations cliniques, je pense qu'elle pourrait intervenir sur des situations effectivement cliniques stabilisées mais sur des situations chroniques pour voir l'évolution. » (H)</p> <p>« Ce qui n'est pas le cas mais qui serait bien c'est qu'il puisse y avoir des consultations de suivi pour les patients qui sont stables effectivement ou qui ne posent pas de problématiques particulières. » (I)</p>
<p>Réaliser une « évaluation gériatrique globale »</p>	<p>« L'IPA avec ses compétences gériatriques va pouvoir déjà dépatouiller le dossier, faire du coup le bilan gériatrique de base... » (G)</p> <p>« Alors euh le patient est évalué à la phase initiale par l'infirmière IPA qui fait tout le bilan gériatrique notamment le MMS, elle fait tout voilà, qui dépatouille complètement les antécédents. » (G)</p> <p>« En particulier lors de l'accueil du patient pour repérer en fait les difficultés que rencontrent les personnes âgées dans leur quotidien, en ce qui concerne leur autonomie... » (L)</p>
<p>Coordonner la prise en soins entre les différents professionnels de santé</p>	<p>« Coordonner aussi parfois les soins, les acteurs médicaux, paramédicaux, les suivis... » (B)</p> <p>« Son rôle en fait pour ma part aussi c'est essayer de coordonner que ce soit avec le kiné, l'assistante sociale, le médecin euh... l'infirmière aussi et le patient bien sûr en premier lieu ! » (B)</p> <p>« S'il y a un élément clinique qui apparait, s'il y a un problème social pour lequel il essaye de s'exprimer... de faire le lien entre ce problème et tous les partenaires qui sont autour de ce patient pour essayer de le régler tout simplement ! » (E)</p>

<p>Dépister les fragilités chez une personne âgée</p>	<p>« Expertiser la personne âgée, rechercher quelles sont la fragilité de la personne âgée ou par rapport à sa pathologie chronique et quel est le son déclin par rapport à son état fonctionnel et son état clinique ! » (C)</p> <p>« J'orienterai l'IPA en disant voilà euh... essaye de dépister par rapport aux patients qui sont là, ils sont tombés chez eux, dans quelles conditions ? Fait un entretien avec la famille, recueille justement les éléments clés qui font que cette personne, elle est en danger au sein de son environnement, est ce qu'il y a un bon entourage familial etc... quelle est la cause ? est ce qu'il y a une précarité ? est ce qu'elle est en isolement social ? etc... Est-ce que sur les 6 mois il y a eu des décompensations au niveau de sa pathologie chronique etc... » (C)</p> <p>« Ben je crois que les choix qui ont été fait sur les maladies chroniques par exemple et un choix pertinent euh le dépistage de troubles cognitifs c'est un choix pertinent. » (L)</p>
<p>Réaliser des consultations mémoire</p>	<p>« Pour les patients avec des problématiques plutôt de mémoire ça pourrait être intéressant. » (F)</p> <p>« Ben pour les consultations mémoire et l'hôpital de jour mémoire, de faire effectivement les primo-consultations. » (I)</p> <p>« Oui euh donc euh avec une infirmière en pratique avancée qui dédie son activité essentiellement à la consultation mémoire en Hôpital de jour ! » (L)</p>

3.3.3. Les secteurs d'interventions possibles de l'IPA en gériatrie

3.3.3.1. Dans le secteur libéral

<i>Code</i>	<i>Verbatim</i>
<p>Un manque croissant de médecins généralistes</p>	<p>« Je pense qu'en hospitalier c'est très bien mais c'est vrai que nous on est là ! Et je pense que ça serait encore plus efficace en ville parce qu'il y a un défaut de médecins généralistes et nous c'est ce qui nous manque parce que c'est des patients qui reviennent pour des choses parfois qui pourraient être gérées en ville. » (B)</p> <p>« Et j'ai pas mal de patients, ici en tout cas qui me disent « je n'ai même pas de patient euh de médecin traitant ! ». Donc si on a une infirmière de pratique avancée qui peut suivre. » (E)</p>
<p>Manquements dans la prise en charge du sujet âgé poly-pathologique</p>	<p>« Nous, on le voit bien à l'Hôpital même si on n'est pas en première ligne, on ressent qu'il n'y a plus de médecins traitants, que les médecins traitants sont débordés du coup ils ne font pas ce qu'il faut faire. » (F)</p>

<p>Les bénéfices de l'expertise gériatrique de l'IPA</p>	<p>« Parce que les médecins généralistes ont pas toujours les compétences gériatriques. » (B)</p> <p>« On le voit notamment dans nos entrées directes et c'est vrai qu'une infirmière qui a des compétences gériatriques qui connaît les syndromes gériatriques, qui connaît vraiment les problématiques liées à cette population euh je pense que déjà de un ça éviterait certaines hospitalisations. » (B)</p> <p>« Euh et pour propager aussi du coup la prise en charge gériatrique et le savoir-faire gériatrique ! » (J)</p>
---	--

3.3.3.2. Dans le secteur hospitalier « ambulatoire »

Code	Verbatim
<p>Assurer des consultations ciblées et des hôpitaux de jour</p>	<p>« Pour les consultations de chute, une IPA gériatrique ça peut aider, ça peut aider pareil dans les mêmes sortes d'idées, pareils consultations, suivis de la marche tout ça, refaire un bilan de marche basique. » (G)</p> <p>« Euh par contre d'avoir l'IPA en service de gériatrie pour les HDJ et les consultations ça c'est y'a pas photo » (G)</p> <p>« Euh après si je dois développer je pense que il faut essentiellement travailler sur le domaine des consultations, des hôpitaux de jour... » (K)</p>

3.3.3.3. Dans le secteur hospitalier « aigu »

Code	Verbatim
<p>Aider les médecins à la réalisation des entrées</p>	<p>« Mais je pense que dans, que sur le versant onco gériatrique ça peut aider et je pense même que c'est très valorisant pour le suivi des patients, suivi téléphonique, suivi consultation et faire les primo entrées en onco gériatrie. (D'accord !) Ça c'est pour l'onco ! » (G)</p> <p>« Et après dans le service pur de gériatrie euh (réflexion) je sais pas trop qu'elle place elle pourrait avoir peut-être éventuellement sur les entrées, sur les entrées à rediscuter avec le gériatre » (I)</p>
<p>Faire bénéficier de son expertise gériatrique dans d'autres services</p>	<p>« Par contre ce qui est intéressant aussi c'est peut-être de faire une évaluation dans les autres services que la gériatrie sur les patients âgés qui sont dans les autres services un peu comme en quelque sorte « une équipe mobile » quoi ! » (I)</p>
<p>Faire le lien entre l'hôpital et la ville</p>	<p>« Et j'ai pas mal de patients, ici en tout cas qui me disent « je n'ai même pas de patient euh de médecin traitant ! ». Donc si on a une infirmière de pratique avancée qui peut suivre, je ne sais pas si ça rentre dans votre rôle ou pas, honnêtement je n'ai pas le rôle défini de l'infirmière coordinatrice, mais ça rentre dans votre rôle de faire le lien entre le médecin et ce qui se passe en ville ça aussi c'est une très très bonne chose. » (E)</p>

3.3.4. Les modalités de coopération entre le médecin et l'IPA

3.3.4.1. Les conditions de la collaboration

Code	Verbatim
La formation d'un binôme médecin-IPA	<p>« Moi je pense que c'est... qu'on peut se partager les tâches en faisant une sorte de concertation sur les patients et de voir ceux qui peuvent relever d'un suivi IPA et ceux qui nécessitent un suivi médical ce qui permet d'optimiser un petit peu le suivi et d'adapter le suivi au plus près des patients selon leur profil et leurs besoins. » (A)</p> <p>« Un temps de discussion on va dire, un temps d'échange qu'elle fasse ce qu'elle a à faire de son côté et que nous on vienne ponctuellement refaire le point à la fin sur certaines choses, qu'on revoit ensemble les choses qui vont pas où les interrogations qu'elle peut avoir cliniquement » (F)</p>
La disponibilité bienveillante du médecin	<p>« C'est un binôme c'est-à-dire que si vous êtes en difficulté, il faut que vous puissiez avoir quelqu'un à qui vous référer. » (F)</p> <p>« Il faut quand même que vous ayez des interlocuteurs je pense donc c'est bien mais faut, à condition qu'il y ait un support derrière. » (F)</p> <p>« Euh on est là vraiment sur une aide au quotidien normalement mais toujours avec cette symétrie, j'allais dire, et cette possibilité de pouvoir remettre un patient entre les mains du médecin si l'infirmière de pratique avancée ne retrouve pas, ne trouve pas la solution ou détecte un problème nouveau. » (K)</p>

3.3.4.2. La communication entre les médecins et l'IPA

Code	Verbatim
Une communication avant tout orale	<p>« Ah les temps d'échange en gériatrie c'est très très important ! Pour ma part c'est très très important ! » (E)</p> <p>« Ben plutôt se réunir et discuter du dossier ensemble sur euh..., je préfère discuter ! Pas sur dossier ! » (H)</p> <p>« Euh ben par la communication tout simplement » (J)</p>
Le poids de la traçabilité écrite	<p>« Traçabilité de dossier informatique, moi je suis partie pour la traçabilité écrite ! (En me montrant sa pile de dossiers). De toute manière, même les patients qui sont suivis par l'IPA et coordonnés par le médecin il y aura toujours une traçabilité pour que quand même le médecin n'est pas là l'IPA puisse avoir ce qui a été fait et ce qui a été dit et vice versa et que par exemple si le médecin a besoin d'avoir des informations supplémentaires, l'IPA puisse lui donner ! » (C)</p> <p>« il y a des choses qu'on échange par mail même avec notre infirmière coordinatrice mais c'est plus pour avoir une trace écrite » (F)</p> <p>« Après, communication verbale et tout ça c'est le côté pratique ! Après attention à ne pas négliger la traçabilité écrite (c'est ça !). C'est finalement un autre volet mais ça c'est plus formel ! » (J)</p>

3.3.5. Freins et leviers au développement de la pratique avancée en gériatrie

3.3.5.1. Les freins au développement de la profession

Freins liés à la formation

Code	Verbatim
Impact de la formation sur sa vie personnelle et professionnelle	<p>« Il faut que les infirmières aient envie de se former » (B)</p> <p>« C'est quand même une formation de 2 ans je crois clairement il faut avoir envie de la faire. Il faut retourner à l'école, il faut retourner en stage. Moi du ressenti des infirmières d'oncologie c'est quand même assez soutenu le rythme » (B)</p>
Coût de la formation et du poste d'IPA	<p>« Ben le seul obstacle il est matériel tout simplement, c'est tout simplement c'est pouvoir accéder, pouvoir en avoir une, financer c'est un problème qu'il faut regarder de près sur le plan médico économique comme je vous disais on ne peut pas informer 20 IPA par an ce n'est pas possible. » (A)</p> <p>« Après il y a tout ce qui est vraiment la partie administratif que je ne gère pas du tout, qui est financement etc. (Rire) Je suppose que ça, ça va en être un ! » (F)</p> <p>« Voilà ! Par exemple, là, je pense que l'ARS est en train de financer complètement là vos parcours ! » (G)</p>
Incertitude liée aux créations de postes	<p>« Je sais pas si il y a beaucoup d'offres de poste pour ce poste là pour l'instant ! Parce qu'il faut que si quelqu'un se forme et que derrière il y a pas d'offre de poste c'est aussi un petit peu dommage pour lui. » (B)</p> <p>« Euh deuxièmement les obstacles, c'est la partie financière, parce qu'il faut montrer que l'IPA va amener en plus dans les consultations, les HDJ qui actuellement n'a pas. » (G)</p> <p>« Je pense qu'on peut pas être infirmière et IPA en tout cas sur un temps plein ça veut dire que vous allez mettre deux casquettes à la même personne c'est pas possible ! » (K)</p>

Freins liés à l'équipe paramédicale

Code	Verbatims
<p>Intégration de l'IPA au sein de l'équipe paramédicale</p>	<p>« Ben faut déjà qu'elle soit intégrée dans l'équipe ! Après maintenant l'IPA est pas là pour être au-dessus des infirmières. Elle est là pour travailler en transversalité avec l'équipe soignante ! » (C)</p> <p>« L'obstacle, c'est l'acceptation aussi des autres intervenants voilà ! Il y a beaucoup d'intervenants qui « aiment avoir accès au médecin directement ». » (G)</p> <p>« Après je pense qu'il y en aura une mais finalement qui me regardera pas tellement une place à trouver qui va être pas forcément évidente à trouver entre les IPAs et les infirmières en poste dans les services. Euh c'est un milieu pas facile ! (Rire) Mais la place à trouver elle va être assez délicate. » (J)</p>

Freins liés au médecin

Codes	Verbatims
<p>Réticence à travailler en collaboration avec un IPA</p>	<p>« Pour ceux qui sont réticents, je ne comprends pas trop la réticence d'autant plus qu'il faut leur expliquer que c'est quelque chose qui va leur faciliter la vie, qui va faciliter la vie à leurs patients » (A)</p> <p>« Ben j'ai envie de dire que c'est un peu médecin dépendant. Nous les « jeunes médecins » on a plus l'habitude de travailler avec d'autres personnes alors que les anciens médecins travaillent souvent tout seul donc euh » (B)</p> <p>« Ah si le médecin ne veut pas il ne veut pas ! (rire) Moi je pense que....l'idée c'est de travailler en collaboration avec le médecin. Si la culture du médecin n'est pas de travailler avec une IPA ça ne va jamais bien se passer ! » (C)</p>
<p>Difficulté à déléguer des tâches</p>	<p>« Il y aura forcément des temps d'ajustement, d'autant plus que nous on est des jeunes praticiens et on ne sait pas trop déléguer du coup bon il y aura peut-être un petit temps d'ajustement pour tout le monde. » (F)</p> <p>« Je vais dire fluidité ! C'est le mot ! C'est le mot ! Fluidité dans les deux sens ! C'est-à-dire fluidité du médecin sur son, sa capacité à pouvoir déléguer et son, et éviter d'avoir parfois ce que j'appelle, ce qu'on appelle nous en termes de jargon, le « Boulard médical » (Rire) et donc de savoir déléguer et de savoir déléguer complètement parce que si c'est pour déléguer à moitié c'est pas la peine. » (K)</p> <p>« Je pense que par contre les praticiens ont souvent besoin de maîtriser la globalité et donc déléguer c'est jamais facile mais c'est jamais facile pour n'importe qui à partir du moment où on a des responsabilités on a toujours peur que ces responsabilités elles se diluent ou elles soient moins efficaces. » (L)</p>

<p>Respecter les champs de compétences de chacun</p>	<p>« Mais après il faut faire attention que vous, que les IPAs soient pas les boniches des médecins. Ca faut faire attention avec ça ! Je l'ai vu ! » (G)</p> <p>« Et pour ça, il faut aussi savoir que l'IPA sera aussi également suffisamment euh attentive au patient et humble dans sa prise en charge pour faire revenir le médecin dans le jeu si jamais il y a découverte de chose et de pouvoir à ce moment-là éventuellement sans parler forcément, de redonner la main au médecin » (K)</p> <p>« Ce qui est important c'est que chacun maîtrise bien le sens de sa pratique et l'objectif de sa pratique. A partir du moment, où chacun reste dans son champ de compétence il y a aucun problème » (L)</p>
---	--

Freins liés au patient

Code	Verbatims
<p>Manque d'adhésion du sujet âgé au suivi proposé par une IPA</p>	<p>« C'est une nouvelle fonction pour les infirmières et ce qui se pose comme difficulté, c'est que y a des personnes âgées notamment ! Qui n'ont pas. Je veux dire ! euh cette euh... Comment je pourrais m'exprimer ! euh... cette notion, cette notion de dire voilà, maintenant j'ai une infirmière qui va remplacer mon médecin ! Elles n'ont pas encore intellectuellement, elles n'ont pas encore intégré ça ! » (C)</p> <p>« Par contre, ça peut être l'autre côté aussi, peut-être que les patients, c'est que ça peut être une rupture de confiance avec le médecin pourquoi je vous dis ça c'est que ben moi je vois le patient à J1 et après l'infirmière qui passe derrière. Si c'est un petit papy qui aime bien voir son médecin, d'un coup je lui dis non maintenant ce n'est pas le médecin qui va vous suivre, c'est l'infirmière du coup donc il va dire le médecin ben écouté le médecin il m'a oublié, du coup il m'a laissé avec l'infirmière. C'est pas du tout ... il ne faut pas le prendre mal ! ça c'est ce que j'ai vu ! ça c'est le seul inconvénient que je vois ! » (G)</p> <p>« Parce que la famille, les gens, surtout les personnes âgées, ils comprennent pas c'est quoi l'IPA ! Pour eux une infirmière ça reste une infirmière ! Ils sont bloqués dessus du coup ils savent pas que vous avez faits des choses plus avancées et eux ils comprennent pas. On aura beau l'expliquer... » (G)</p>

3.3.5.2. Les leviers au développement de la pratique avancée en gériatrie

Codes	Verbatims
<p>Favoriser la communication autour de la profession d'IPA</p>	<p>« Par la communication, en informant bien les équipes médicales, paramédicales et les patients, en communiquant ! » (I)</p> <p>« Ben comme pour tous les obstacles en fait la communication ! C'est valable fin nous sommes des êtres sociaux donc pour surmonter les obstacles c'est la communication qui est prioritaire ! Elle est prioritaire avec le patient, elle est prioritaire entre les soignants. Communiquer en fait c'est le meilleur moyen de faire avancer les choses. » (L)</p>

<p>Partage d'expérience « positive » entre médecins</p>	<p><i>« Alors ce qui pourrait fonctionner et ce qui devrait être le plus intéressant pour que ça puisse fonctionner c'est de, qu'un médecin ben s'aperçoive dans le cadre où un de ses confrères, ses services il en est content, ça fonctionne bien, l'arrivée de l'IPA apporte un plus et que ça apporte de la fluidité, de l'efficacité auprès du patient là ça peut lui faire changer d'avis »</i> (K)</p>
<p>Multiplier les expériences collaboratives</p>	<p><i>« Ben peut être en faisant un essai de collaboration sur un dossier et voir comment ça se passe »</i> (I)</p>
<p>Mettre en avant les bénéfices apportés par une IPA</p>	<p><i>« Comment on peut favoriser c'est de montrer que votre travail va ramener du bénéfice au médecin avec qui vous allez travailler, qui va faciliter sa vie ? Si vous facilitez la vie d'un médecin il y a personne au monde qui va vous dire « non je vous veux pas ! » »</i> (G)</p> <p><i>« Euh fait gagner du temps au patient ce qui est quand même le principal ! Fin du temps dans le sens de délai de consultation, d'obtention d'une consultation et puis pour le médecin aussi oui ! »</i> (I)</p> <p><i>« Dans le service finalement je pense que pour le patient ça n'est ni avantages ni inconvénients c'est plus un bénéfice organisationnel et de temps de travail de mon point de vue ! »</i> (J)</p>

3.4 Crossover résultats qualitatifs et quantitatifs

Pour renforcer l'analyse qualitative de nos résultats, nous avons réalisé une courte analyse quantitative rendant compte de la proportion des médecins interrogés en accord avec les principaux thèmes exposés lors des entretiens.

<i>Codes</i>	<i>Effectif (%)</i> <i>n = 12</i>
<i>Expérience de collaboration en PAI</i>	
Avec IPA	33,3 (4)
Avec IEPA	41,7 (5)
<i>Connaissance au sujet de la PAI</i>	
Connaissance incomplète	100 (12)
Profession récente	66,7 (8)
<i>Avis favorable concernant les IPAs</i>	
	100 (12)
<i>Contributions de la profession IPA</i>	
<i>Attentes autour de la PAI en gériatrie</i>	
Répondre à l'inadéquation entre demande et offre de soins	75 (9)
Réduire le délai d'accès aux consultations	25 (3)
Soulager l'activité médicale	75 (9)
Avoir un regard différent mais complémentaire/médecins	50 (6)
Améliorer le suivi du patient	91,7 (11)
Évaluer de façon plus rapprochée un patient plus instable	8,3 (1)
Fluidifier le parcours de soins du patient	83,3 (10)
<i>Compétences attendues d'une IPA en gériatrie</i>	
Savoir réaliser un examen clinique complet	91,7 (11)
Avoir de bonnes connaissances théoriques sur la gériatrie	66,7 (8)
Avoir des connaissances spécifiques	50 (6)
Identifier les problématiques de santé	33,3 (4)
Adopter un savoir-être et un savoir-faire avec la PA	75 (9)
Réaliser la synthèse globale d'une situation	8,3 (1)
Connaitre les spécificités de prescription de traitements chez le sujet âgé	50 (6)
Évaluer le risque d'iatrogénie chez le sujet âgé	16,7 (2)
Connaitre le réseau de santé local	16,7 (2)

<i>Missions concrètes attendues d'une IPA en gériatrie</i>	
Assurer le suivi d'un patient âgé polypathologique stable	75 (9)
Réaliser une évaluation gériatrique globale	66,7 (8)
Coordonner la prise en charge entre les professionnels de santé	33,3 (4)
Dépister les fragilités chez la PA	50 (6)
Réaliser des consultations mémoires	58,3(7)

<i>Codes</i>	<i>Effectif (%)</i> <i>n = 12</i>
<i>Secteurs d'interventions</i>	
<i>Dans le secteur libéral</i>	
Un manque croissant de médecins généralistes	16,7 (2)
Manquements dans la prise en charge du sujet âgé polypathologique	8,3 (1)
Bénéfices de l'expertise gériatrique de l'IPA	16,7 (2)
<i>Dans le secteur hospitalier ambulatoire</i>	
Assurer des consultations ciblées et des hôpitaux de jour	58,3 (7)
<i>Dans le secteur hospitalier aigu</i>	
Aider les médecins à la réalisation des entrées	16,7 (2)
Faire bénéficier de son expertise gériatrique dans d'autres services	16,7 (2)
Faire le lien entre la ville et l'Hôpital	16,7 (2)
<i>Les modalités de coopération</i>	
<i>Les conditions de la collaboration</i>	
La formation d'un binôme médecin-IPA	66,7 (8)
La disponibilité bienveillante du médecin	33,3 (4)
<i>La communication entre le médecin et l'IPA</i>	
Une communication orale	91,7 (11)
Le poids de la traçabilité écrite	25 (3)

<i>Codes</i>	<i>Effectif (%)</i> <i>n = 12</i>
<i>Freins et Leviers au développement</i>	
<i>Freins au développement</i>	
<i>Liés à la formation</i>	
Impact de la formation sur sa vie personnelle et professionnelle	8,3 (1)
Coût de la formation et du poste IPA	33,3 (4)
Incertitude liée aux créations de postes	33,3 (4)
<i>Liés à l'équipe paramédicale</i>	
Intégration à l'équipe paramédicale	50 (6)
<i>Liés aux médecins</i>	
Réticence à travailler en collaboration avec un IPA	66,7 (8)
Difficulté à déléguer des tâches	33,3 (4)
Respecter les champs de compétences de chacun	50 (6)
<i>Liés aux patients</i>	
Manque d'adhésion du sujet âgé au suivi proposé par l'IPA	33,3 (4)
<i>Leviers au développement</i>	
Favoriser la communication	50 (6)
Partage d'expérience	8,3 (1)
Multiplier les expériences collaboratives	8,3 (1)
Mettre en avant les bénéfices apportés par une IPA	58,3 (7)

Tableau 2 : Analyse qualitative et quantitative des entretiens réalisés

4. Discussion

L'ensemble des praticiens interrogés se montre favorable au déploiement des IPAs au sein des services de gériatrie et souligne l'importance d'une nécessaire collaboration étroite entre le médecin et l'IPA.

4.1. Comparaison avec les données de la littérature

Cette étude a permis de recueillir de nombreuses données au sujet du déploiement de la Pratique Avancée Infirmière (PAI) au sein des services de gériatrie de la région dunkerquoise.

La comparaison des résultats avec les données de la littérature s'organisera autour des thèmes suivants :

- L'implantation des IPAs en milieu hospitalier
- L'intégration des IPAs au sein des équipes paramédicales
- La valeur ajoutée de l'IPA dans l'amélioration du parcours de soins du sujet âgé.

4.1.1. L'implantation des IPAs en milieu hospitalier

La mise en place récente de la profession d'Infirmier(e) en Pratique Avancée (décret du 18 Juillet 2018) et le faible déploiement de la profession à l'échelle locale peuvent expliquer les connaissances incomplètes des médecins sur cette nouvelle pratique (13).

Cependant l'intérêt porté par les médecins au sujet de l'étude laisse entrevoir une dynamique positive quant au déploiement de la PAI dans le secteur de la gériatrie sur le territoire dunkerquois.

Les données de la littérature relatives aux conditions de la réussite de l'implantation de l'IPA font référence au modèle PEPPA de Denise Bryant-Lukosius et DiCenso (17) (20) (21).

La région Provence Alpes Côte d'Azur (PACA) s'est inspirée de ce modèle dans son rapport « modélisation de la fonction d'Infirmier en Pratique Avancée » paru en Décembre 2019 (22). Ce rapport a formulé plusieurs recommandations (Annexe 4) destinées à faciliter l'implantation des IPAs au sein des établissements de santé dans cette région. Ces recommandations ont été formulées à partir d'un travail de recherche mené au sein de différents établissements de la région PACA en vue de l'implantation des IPAs.

Dans cette étude, le point de vue des différentes parties prenantes (médecins, Infirmier(e)s Diplômé(e)s d'État (IDE), encadrement paramédical, instances administratives, étudiants IPA, représentants des usagers) ont été recueillis.

Dans le tableau ci-dessous, nous proposons un parallèle entre ces préconisations et les codes issus de notre étude.

Recommandations ARS PACA	Codes de l'étude
<input type="checkbox"/> L'IPA exerce au sein d'une équipe pluridisciplinaire et intervient à différents moments du parcours de soins	<input type="checkbox"/> Coordonner la prise en soins entre les différents professionnels de santé <input type="checkbox"/> Fluidifier le parcours de soins du patient
<input type="checkbox"/> L'exercice de l'IPA est centré sur la clinique, et laisse place à des activités afférentes	<input type="checkbox"/> Savoir réaliser un examen clinique « complet » <input type="checkbox"/> Identifier des « problématiques de santé » <input type="checkbox"/> Soulager l'activité médicale
<input type="checkbox"/> La réussite du projet d'implantation de la pratique avancée repose sur la prise en compte des besoins et sur l'investissement de l'institution	<input type="checkbox"/> Coût de la formation et du poste d'IPA <input type="checkbox"/> Incertitude liée aux créations de postes Intégration de l'IPA au sein de l'équipe paramédicale
<input type="checkbox"/> L'implantation d'un IPA nécessite une prise en compte de l'aspect des ressources humaines et matérielles	<input type="checkbox"/> Répondre à l'inadéquation entre la demande et l'offre de soins <input type="checkbox"/> Soulager l'activité médicale
<input type="checkbox"/> La construction de l'activité de l'IPA doit intégrer la notion de sécurisation des soins	<input type="checkbox"/> Respecter les champs de compétences de chacun <input type="checkbox"/> La disponibilité bienveillante du médecin
<input type="checkbox"/> L'implantation de l'IPA doit faire l'objet d'une véritable campagne de communication au sein de l'établissement et des partenaires	<input type="checkbox"/> Favoriser la communication autour de la profession d'IPA <input type="checkbox"/> Partage d'expérience « positive » entre médecins <input type="checkbox"/> Mettre en avant les bénéfices apportés par une IPA

Tableau n° 3 : Tableau comparatif entre les recommandations ARS PACA et les résultats des entretiens

Comme l'illustre le tableau ci-dessus, certaines préconisations émises par ce guide font écho aux résultats de notre étude.

Les médecins interrogés dans notre étude ont chacun une vision de l'IPA. Cependant, comme le révèle le guide de l'ARS PACA, le point de vue d'une seule des parties prenantes (les médecins) n'est pas suffisant. Comme l'indiquent Stephan Aguilard, Sébastien Colson et Karen Inthavong dans leur article « *Stratégies d'implantation d'un infirmier de pratique avancée en milieu hospitalier : une revue de littérature* » :

« Afin de réussir une implantation de pratique avancée infirmiers, le cadre de travail PEPPA est à suivre étape par étape : médecins, responsables hiérarchiques directs ou indirects, équipes de soins et patients sont les parties prenantes avec qui tout est à construire. » (20).

Préparer l'implantation de la profession IPA permet ainsi de faciliter l'intégration des IPAs au sein des équipes paramédicales et particulièrement parmi les IDEs.

4.1.2. L'intégration des IPAs au sein des équipes paramédicales

Au cours de notre étude, plusieurs médecins ont soulevé la problématique de l'intégration de l'IPA au sein de l'équipe paramédicale et plus particulièrement parmi les Infirmier(e)s Diplômé(e)s d'État (IDE). Certains sous-entendent même une mauvaise perception de la pratique avancée parmi les IDE.

Comme le rappellent le Conseil International des Infirmiers et Ann Hamric, la création de la profession d'Infirmier(e) en Pratique Avancée est fondée sur son métier socle : la profession d'infirmier(e) (12) (16).

En amont du décret d'application sur les conditions de l'exercice de l'IPA, les experts ayant participé à l'étude Delphi modifiée (relative aux compétences attendues de l'IPA en France) se sont appuyés sur les compétences socles de l'IDE pour élaborer les compétences attendues de l'IPA. Les compétences de cette dernière sont une évolution des compétences de l'IDE : la profession d'IDE restant toujours la profession socle de l'IPA (13) (23) (24).

Le tableau ci-dessous, établi d'après les recommandations d'experts à partir d'une étude de l'étude Delphi modifiée, présente l'élargissement des compétences d'une IPA par rapport à une infirmière IDE (23).

Compétences IDE	Compétences IPA
Évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier	Évaluer l'état de santé des patients en relais de consultations médicales pour des pathologies identifiées
Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers	Définir et mettre en œuvre le projet de soins du patient à partir de l'évaluation globale de son état de santé
Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins au quotidien	Accompagnement dans le parcours de soins du patient
Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique	Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique dans le champ de compétences ouvert à l'IPA
Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs	Concevoir et mettre en œuvre des actions de prévention et d'éducation thérapeutique du patient

Tableau 4 : Tableau comparatif « compétences IDE versus compétences IPA

Afin de faciliter l'intégration des IPAs au sein des équipes paramédicales, il nous paraît important de communiquer sur cette nouvelle profession en clarifiant les compétences et les missions d'une IPA. L'usage d'un tableau comparatif type pourrait être utile dans cette démarche et permettrait l'éviction de visions erronées de la part des IDE au sujet des IPAs.

L'intégration d'une IPA au sein d'une équipe paramédicale se prépare en amont. Selon le guide de l'ARS PACA il est nécessaire d'associer l'équipe paramédicale dès le projet d'implantation d'une IPA au sein de celle-ci (22).

4.1.3. La valeur ajoutée de l'Infirmier(e) en Pratique Avancée dans l'amélioration du parcours de soins des personnes âgées

Les médecins au travers des différents entretiens envisagent l'arrivée de l'infirmier(e) en pratique avancée dans la prise en soins du patient comme un véritable atout, compte tenu de l'évolution de la démographie associée au vieillissement de la population, à l'augmentation des pathologies chroniques.

La gériatrie est une spécialité à part entière de la médecine qui repose sur une prise en soins holistique de la personne soignée.

L'IPA par son arrivée au sein de services de gériatrie apporterait un regard complémentaire à celui du médecin.

Ses missions définies en accord avec le médecin dans le cadre d'un protocole d'organisation peuvent porter sur le suivi de patients polypathologiques stables, le suivi de patients atteints de troubles cognitifs, le repérage de la fragilité, ...

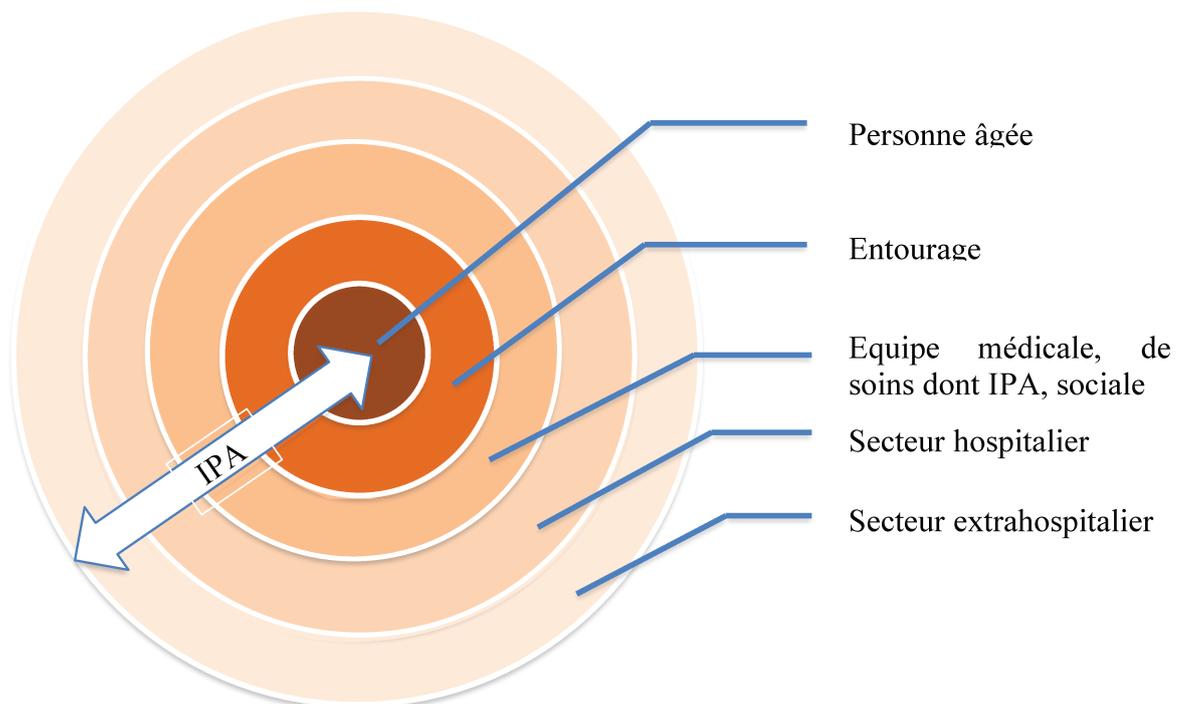
Les compétences de l'IPA permettent de libérer du temps médical laissant le médecin se concentrer sur la prise en charge de patients plus complexes ou instables.

Dans un souci d'améliorer la prise en soins du sujet âgé, l'IPA avec une connaissance approfondie dans le domaine de la gériatrie peut participer à la formation de ses pairs en insufflant une culture gériatrique au sein de services plus spécifiques (cardiologie, urgences, ...) par le biais d'ateliers thématiques ciblés (atelier sur le dépistage des troubles cognitifs par exemple).

Toujours dans l'objectif d'améliorer la prise en soins du patient et permettre de fluidifier le parcours de soins, l'Infirmier(e) en Pratique Avancée peut avoir un rôle dans la coordination des soins en favorisant la transmission des informations à l'ensemble des intervenants gravitant autour du patient (13) (14).

Ce rôle de coordination a également toute son importance dans le lien ville/hôpital. En amont ou en aval d'une hospitalisation, l'IPA peut être identifiée comme un interlocuteur pour les professionnels de santé libéraux, l'entourage du patient voire le patient lui-même. Son expertise en gériatrie peut être une ressource auprès des professionnels libéraux qui rencontrent des difficultés dans les prises en soins des sujets âgés à domicile, évitant ainsi des hospitalisations injustifiées ou le recours aux services des urgences. L'IPA aurait ainsi toute sa place au sein des EMG intra et extrahospitalières.

La prise en charge holistique n'est pas propre aux services de gériatrie mais propre au sujet âgé en lui-même. Elle doit donc s'appliquer à l'ensemble des services accueillant des personnes âgées. Dans une étude publiée par l'Association de Recherche en Soins Infirmiers, la contribution de l'IPA dans la prise en soins de la personne âgée fragile agitée aux urgences est schématisée de la façon suivante (25).



La contribution de l'infirmière de pratique avancée dans la prise en soins de la personne âgée fragile agitée aux urgences :

Source Publication ARSI : Recherche en soins infirmiers 2018/n°135 page 72

Ce schéma pourrait être transposé à l'ensemble des services accueillant des personnes âgées. On voit en effet que le patient est au centre du dispositif, l'IPA peut intervenir au niveau des patients mais également au niveau des autres acteurs qui gravitent autour du patient.

4.2. Forces et limites de l'étude

4.2.1. Forces de l'étude

Le choix du sujet répond aux préoccupations du dunkerquois concernant les problématiques de prise en soins du sujet âgé. Il n'existe pas d'étude à ce jour sur l'implantation des IPAs en gériatrie et notamment sur le bassin dunkerquois.

Cette étude repose sur une méthodologie mixte alliant une analyse qualitative et quantitative. Cette méthode permet de trianguler les données renforçant ainsi la validité et la robustesse des conclusions.

Les entretiens menés auprès des médecins ont permis de recueillir des données détaillées en laissant le temps de la réflexion aux personnes interrogées favorisant ainsi l'expression de leur opinion au sujet de la PAI.

Par ailleurs, l'analyse des données recueillies lors des entretiens a été triangulée à l'aide d'un second investigateur réduisant ainsi le biais d'interprétation.

Concernant l'échantillon ciblé, l'étude se concentre sur des médecins exerçant en service de gériatrie dans des établissements publics ou privés offrant ainsi une diversité de perspectives et de contextes pratiques.

Les médecins interrogés ont été évalués sur leurs connaissances concernant la profession. Ils révèlent l'existence de freins quant à l'implantation de cette nouvelle pratique et mettent en lumière des leviers pour les surmonter. Cette étude permet donc de fournir des pistes concrètes pour favoriser le déploiement des IPAs dans les services de gériatrie.

Enfin, cette approche proactive prépare l'avenir en anticipant les défis liés à l'augmentation de la population âgée et en proposant des solutions concrètes. L'étude contribue ainsi à préparer le système de santé local à répondre aux besoins futurs.

4.2.2. Limites de l'étude

Notre étude s'est limitée à 12 médecins exerçant au sein d'un service de gériatrie sur le bassin dunkerquois. Ce biais de sélection empêche d'extrapoler nos résultats à d'autres territoires.

Parmi les médecins interrogés, certains ont une expérience directe avec l'investigateur ce qui a pu engendrer un biais de complaisance.

Les médecins ne disposaient pas du recul nécessaire quant à la profession IPA en raison du déploiement récent de cette pratique rendant parfois complexe la réponse aux questions posées par un manque de connaissances.

Par ailleurs l'information délivrée au sujet de la pratique avancée en début d'entretien a pu orienter certaines réponses entraînant un biais de complaisance.

Un médecin n'a pas donné son accord concernant l'enregistrement de l'entretien ce qui a pu occasionner une perte d'informations lors de la prise de notes manuscrites en vue de l'analyse.

La difficulté de retranscription de certains entretiens a pu générer des omissions, des ajouts ou des modifications involontaires entraînant un biais possible dans l'interprétation des données.

Enfin il s'agit ici d'un premier travail de recherche, rendant perfectible le déroulement et l'analyse de notre étude.

4.3. Perspectives basées sur les résultats

En 2010, l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) a mené une étude portant sur la description et l'évaluation des pratiques avancées infirmières dans 12 pays où cette pratique est déjà mise en œuvre (26).

Cette étude évaluant l'impact sur les soins des patients au niveau des soins primaires, rapporte l'amélioration de l'accès aux soins et la satisfaction des patients atteints de maladies chroniques bénéficiant d'un suivi par une IPA.

Le déploiement de cette nouvelle profession se met en place au niveau national, tant au niveau des soins primaires que dans le secteur hospitalier. Elle est encore peu développée dans les services de gériatrie dunkerquois concernés par cette étude.

Compte tenu des bénéfices potentiels qu'elle peut apporter, les perspectives suivantes peuvent être proposées pour encourager son développement au sein des services de gériatrie du Dunkerquois.

Concernant l'implantation et l'intégration des IPAs au sein des équipes :

- Évaluer les besoins au sein des différents établissements en y associant les différentes parties prenantes
- Partager les bénéfices potentiels pour le patient polypathologique âgé ; favoriser le partage d'expérience entre les médecins des différents établissements
- Mettre en place une stratégie de communication sur le rôle et les compétences de l'IPA ; Informer les médecins et les équipes sur les aspects médico-légaux et administratifs de la profession d'IPA.

Concernant la collaboration interprofessionnelle :

- Mettre en place une fiche de poste à partir des besoins repérés
- Mettre en place des protocoles de prise en charge types
- Promouvoir des échanges réguliers entre le médecin et l'IPA (réunions, discussions de cas...).

Concernant la prise en soins du patient âgé polypathologique :

- Soutenir le développement des compétences cliniques de l'IPA
- Mettre en avant les compétences de l'IPA dans le suivi et le parcours de soins des patients âgés polypathologiques et la coordination des soins.

Il pourrait être également judicieux dans le futur de réaliser une étude auprès des IDE pour recueillir leur vision de la pratique avancée et pour identifier selon-eux les freins à l'implantation de l'IPA parmi l'équipe paramédicale.

Pour terminer, le déploiement de la Pratique Avancée Infirmière doit s'accompagner de mécanismes d'évaluation continue de l'impact des IPAs sur la qualité des soins en gériatrie en tenant compte des retours d'expérience de toutes les parties prenantes.

5. Conclusion

Bien que les connaissances des médecins sur cette nouvelle profession nécessitent d'être approfondies, ceux interrogés montrent une compréhension des missions des Infirmier(e)s en Pratique Avancée et sont favorables à son déploiement, notamment dans les secteurs ambulatoires et d'hospitalisation aiguë.

Les médecins interrogés voient un potentiel bénéfique dans l'intégration des IPAs pour améliorer la prise en soins des personnes âgées polypathologiques. Toutefois, cet intérêt seul ne suffit pas à garantir le déploiement de la profession.

Pour favoriser ce déploiement, il est essentiel de tenir compte de toutes les parties prenantes (médecins, Infirmier(e)s diplômé(e)s d'État, encadrement, ressources humaines, représentants des usagers, etc...), de communiquer au sein des services et avec les partenaires.

Étant donné que cette étude se concentre exclusivement sur les médecins exerçant en service de gériatrie, il serait pertinent de la compléter par le point de vue des différentes parties prenantes impliquées dans la prise en soins et le parcours de soins de la personne âgée polypathologique. Cela permettrait d'obtenir une perspective plus complète pour le déploiement de la Pratique Avancée Infirmière dans le bassin dunkerquois.

Bibliographie

1. Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 29 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>
2. Espérance de vie à divers âges | Insee [Internet]. [cité 19 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2416631#tableau-figure1>
3. Castaing E (DREES/DIRECTION). L'état de santé de la population en France. 2022;
4. Arnault DF. ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE.
5. Démographie des professionnels de santé - DREES [Internet]. [cité 3 mai 2024]. Disponible sur: <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
6. Dossier complet – Intercommunalité-Métropole de CU de Dunkerque (245900428) | Insee [Internet]. [cité 24 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=EPCI-245900428>
7. Magazine communautaire de Dunkerque - La santé une priorité.pdf. Novembre-Décembre 2022. (11):4-23.
8. Portrait socio-sanitaire du territoire d'animation santé [Internet]. 2022 déc [cité 24 mai 2024] p. 24. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/media/108061/download?inline>
9. Collège National des Enseignants de Gériatrie [Internet]. 4ème édition. [cité 24 mai 2024]. 360 p. Disponible sur: https://ia803408.us.archive.org/5/items/geriatrie_202104/g%C3%A9riatrie.pdf
10. Guilbaud A, Mailliez A, Boulanger É. Vieillesse: Une approche globale, multidimensionnelle et préventive. médecine/sciences. déc 2020;36(12):1173-80.
11. Article 119 - LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1) - Légifrance [Internet]. [cité 2 mai 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/JORFARTI000031913702/
12. DGOS_Michel.C, DGOS_Michel.C. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2024 [cité 2 mai 2024]. L'infirmier en pratique avancée. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>
13. Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée. 2018-629 juill 18, 2018.
14. Arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée.
15. Les infirmiers en pratique avancée | Cour des comptes [Internet]. 2023 [cité 2 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/les-infirmiers-en-pratique-avancee>

16. Ambrosino F. LE GUIDE de l'infirmier(ère) en pratique avancée [Internet]. [cité 24 mai 2024]. (Vuilbert; vol. 2ème édition). Disponible sur: https://lire.amazon.fr/?asin=B08WJTHHMP&_encoding=UTF8&ref=dbs_p_ebk_r00_pb_cb_mv00
17. Lecocq D, Mengal Y, Pirson M. Comment développer la pratique infirmière avancée dans des systèmes de soins de santé complexes ? Santé Publique. 2015;S1(HS):105-10.
18. Accueil - L'Annuaire Santé [Internet]. [cité 24 mai 2024]. Disponible sur: <https://annuaire.sante.fr/web/site-pro>
19. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol. 1 janv 2006;3(2):77-101.
20. Aguilard S, Colson S, Inthavong K. Stratégies d'implantation d'un infirmier de pratique avancée en milieu hospitalier?: une revue de littérature. Santé Publique. 2017;29(2):241.
21. Schwingrouber J, Loschi A, Gentile S, Colson S. Étude exploratoire de la perception des parties prenantes hospitalières vis-à-vis de l'implantation des infirmiers en pratique avancée: Rech Soins Infirm. 1 juill 2021;N° 145(2):104-21.
22. ARS PACA. Modélisation de la fonction d'Infirmier en Pratique Avancée (IPA) [Internet]. 2019 déc [cité 29 mai 2024] p. 58. Disponible sur: <https://www.paca.ars.sante.fr/system/files/2019-12/Recommandations%20implatation%20IPA.pdf>
23. Ambrosino F, Barrière C, Danan JL, Lecointre B, Hue G, Meury P, et al. Compétences attendues de l'infirmière de pratique avancée en France : recommandations d'experts à partir d'une étude Delphi modifiée. Rev Francoph Int Rech Infirm. 1 mars 2018;4(1):5-19.
24. Diplôme D'Etat D'Infirmier Référentiel De Compétences [Internet]. aout, 2009. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009_annexe_2.pdf
25. Manly KE, Aupiais C, Floriot A, Novic M, Jovic L. Contribution de l'infirmière de pratique avancée dans la prise en soins de la personne âgée de 75 ans et plus, fragile et agitée aux urgences : état des connaissances et étude qualitative. Rech Soins Infirm. 2018;135(4):60-82.
26. Les pratiques infirmières avancées: Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés [Internet]. 2010 août [cité 19 mai 2024]. (OECD Health Working Papers; vol. 54). Report No.: 54. Disponible sur: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/les-pratiques-infirmieres-avancees_5km4hv77vw47-fr

Table des matières

INTRODUCTION :	1
1. Introduction théorique	2
1.1. Données épidémiologiques à l'échelle nationale et locale	2
1.1.1. Évolution de la démographie française	2
1.1.2. État des lieux de la démographie médicale en France	2
1.1.3. État des lieux sur le territoire Dunkerquois	3
1.2. Le concept de vieillissement et de prise en soins en gériatrie	4
1.2.1. Le concept de vieillissement	4
1.2.2. La prise en soins du patient gériatrique	6
1.3. La pratique avancée infirmière	6
1.3.1. L'IPA en France	6
1.3.2. Stratégie d'implantation : le modèle PEPPA	9
1.4. Question de recherche et hypothèse	10
1.5. But et Objectif de l'étude	11
2. Méthode	12
2.1. Type d'étude	12
2.2. Population	12
2.2.1. Critères d'inclusion	12
2.2.2. Critères de non-inclusion	12
2.2.3. Recrutement	13
2.3. Recueil de données	13
2.3.1. Entretiens semi-dirigés et guide d'entretien	13
2.3.2. Conditions de réalisation	14
2.3.3. Retranscription des données	14
2.4. Analyse des données et validité des résultats	14
2.4.1. Analyse quantitative	14
2.4.2. Analyse qualitative	14
2.5. Éthique et consentement	15
2.5.1. Confidentialité	15
2.5.2. Comité compétent	15
3. Résultats	16
3.1. Population étudiée	16
3.2. Données socio démographiques des participants de l'étude	16
3.3. Résultats qualitatifs	19
3.3.1. Une profession nouvelle et imparfaitement connue	19
3.3.2. Contributions de la profession d'IPA	20
3.3.3. Les secteurs d'interventions possibles de l'IPA en gériatrie	25
3.3.4. Les modalités de coopération entre le médecin et l'IPA	27
3.3.5. Freins et leviers au développement de la pratique avancée en gériatrie	28
3.4 Crossover résultats qualitatifs et quantitatifs	32
4. Discussion	35
4.1. Comparaison avec les données de la littérature	35
4.1.1. L'implantation des IPAs en milieu hospitalier	35
4.1.2. L'intégration des IPAs au sein des équipes paramédicales	37

4.1.3.	La valeur ajoutée de l’Infirmier(e) en Pratique Avancée dans l’amélioration du parcours de soins des personnes âgées	39
4.2.	Forces et limites de l’étude	41
4.2.1.	Forces de l’étude	41
4.2.2.	Limites de l’étude	42
4.3.	Perspectives basées sur les résultats	42
5.	Conclusion	44

Bibliographie

Annexes

Annexe 1 : Guide d’entretien

Annexe 2 : QR code pour accéder aux entretiens retranscrits

Annexe 3 : Déclaration DPO

Annexe 4 : Recommandations de l’ARS PACA

Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien

Bonjour, je m'appelle Charlotte Lebecque. Je suis infirmière et actuellement étudiante en 2^{ème} année d'Infirmière en Pratique Avancée (IPA).

J'effectue un travail de fin d'études sur l'identification des rôles et des missions attendues par une IPA par les médecins exerçants en service de gériatrie sur le bassin dunkerquois.

Je m'intéresse au cours de ce travail au point de vue des médecins exerçants dans les services de gériatrie concernant la pratique avancée infirmière.

M'autorisez-vous à enregistrer notre entretien afin de m'aider pour l'analyse de vos propos ? Les données enregistrées seront retranscrites, anonymisées puis sauvegardées de façon sécurisée. Elles seront ensuite détruites.

Cette étude fait l'objet d'une déclaration portant le n°2023-199 au registre des traitements de l'université de Lille en date du 7 décembre 2023.

L'entretien va débuter par un recueil de caractéristiques sociodémographiques puis va se poursuivre avec des questions ouvertes s'intéressant à la connaissance des médecins concernant les IPA mais également leurs attentes ou leurs réticences vis-à-vis de cette nouvelle profession.

Début d'enregistrement

1. Recueil des données socio-démographiques

- Quel est votre âge ?
- Depuis combien d'années exercez-vous en tant que médecin ?
- Quel est votre parcours professionnel ?
- Depuis combien d'années exercez-vous en service de gériatrie ?
- Veuillez préciser votre domaine de spécialisation en gériatrie ?

2. Connaissance de la profession IPA

- Que connaissez-vous au sujet de la pratique avancée pour les infirmières ?

- Avez-vous déjà eu l'occasion de travailler avec des infirmier(e)s en pratique avancée ?

Informations sur la pratique avancée d'une infirmière :

L'Infirmière en Pratique Avancée est une infirmière avec des compétences supplémentaires, titulaire d'un grade master qui a acquis au cours de son cursus universitaire les connaissances théoriques, le savoir-faire, et le savoir-être nécessaires aux prises de décision complexes en autonomie dans son champ de compétence.

Son champ de compétence (6 nouvelles compétences) est élargi afin de pouvoir prendre en soins des patients, dont l'état de santé est stabilisé, dans leur globalité.

Elle travaille avec le médecin sur la base d'un protocole d'organisation qui précise les modalités de leur travail en commun.

L'IPA peut effectuer des prescriptions d'examens complémentaires, demander des actes de suivi et de prévention, renouveler ou adapter certaines prescriptions médicales.

En pratique, l'IPA offre une expertise clinique, une coordination et une sécurisation du parcours patient. Elle peut conduire des entretiens auprès des patients et procéder à leur examen clinique, conduire des activités d'orientation, d'éducation, de prévention et de dépistage

3. Attentes et perceptions

- Êtes-vous favorable à l'intégration des infirmières en pratique avancée en gériatrie ?
- Qu'attendez-vous d'une IPA au sein d'un service de gériatrie ?
- Quelles responsabilités spécifiques pourrait-elle assurer ?
- Dans quelles situations cliniques pourrait-elle être utile ?
- Quels avantages ou inconvénients voyez-vous pour les patients d'avoir une IPA au sein d'un service de gériatrie ?
- Quels avantages ou inconvénients voyez-vous pour la filière gériatrique du bassin dunkerquois d'avoir une IPA au sein des différents services de gériatrie ?
- Quels avantages ou inconvénients voyez-vous pour le système de santé d'avoir une IPA au sein d'un service de gériatrie ?

4. Collaboration et communication entre le médecin et l'IPA

- Comment imaginez-vous la collaboration entre le médecin et l'IPA au sein d'un service de gériatrie ?
- Pouvez-vous partager une expérience de collaboration entre médecin et IPA en gériatrie ?
- Comment imaginez-vous la communication entre le médecin et l'IPA ?
- Quels canaux de communication préférez-vous (réunions, dossiers médicaux électroniques...) ?

5. Compétences et contributions

- Selon-vous quelles compétences une IPA doit posséder pour travailler en gériatrie ? Quelles compétences cliniques ou non cliniques doit-elle posséder ?
- Y a-t-il des secteurs de la gériatrie où vous voyez un besoin particulier de leur expertise ?

6. Freins et opportunités

- Selon-vous quels sont les obstacles à l'implantation d'une IPA au sein d'un service de gériatrie ?
- D'après vous comment peut-on surmonter ces obstacles ?
- Comment pourrait-on encourager les médecins à travailler de manière collaborative avec les infirmières en pratique avancée en gériatrie ?

Formule de politesse

Fin d'enregistrement

Annexe 2 : QR code pour accéder aux entretiens retranscrits

<https://nextcloud.univ-lille.fr/index.php/s/pWbqDrFPcHdgX4f>



Annexe 3 : Déclaration DPO



RÉCÉPISSÉ

ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	SIREN : 130 029 754 00012
Adresse : 42 Rue Paul Duez 590000 - LILLE	Code NAF : 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Intitulé : Identification du rôle et des missions attendues d'une Infirmière en Pratique Avancée dans le domaine de la gériatrie sur le bassin dunkerquois
Référence Registre DPO : 2023-199
Responsable scientifique : M. Nunkessore OUMASHANKAR Interlocuteur : Mme Charlotte LEBECQUE

Fait à Lille,

Le 7 décembre 2023

Jean-Luc TESSIER

Délégué à la Protection des Données

Annexe 4 : Recommandations de l'ARS PACA



MODELISATION DE LA FONCTION D'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCEE (IPA)

*Guide d'implantation de l'exercice infirmier en pratique avancée
en milieu hospitalier. Recommandations et illustrations.*

Auteur : LEBECQUE Charlotte

Date de soutenance : 2 juillet 2024

Titre du mémoire : Identification du rôle et des missions attendues de l'Infirmière en Pratique Avancée au sein des services de gériatrie du bassin dunkerquois.

Mots clés : Infirmière en Pratique Avancée, Identification du rôle, Implantation, Gériatrie, Bassin Dunkerquois, Attentes, Freins

Contexte : Face au vieillissement de la population et aux difficultés d'accès aux soins, la profession d'Infirmier(e) en Pratique Avancée (IPA) a été instaurée par le décret du 18 juillet 2018 en France. Malgré cela, le nombre d'IPAs reste faible, notamment dans les services de gériatrie du dunkerquois. Cette étude explore l'influence de la connaissance des médecins sur le déploiement des IPAs dans ces services.

Méthode : Des entretiens semi-dirigés ont été menés avec 12 médecins des services de gériatrie de la région de Dunkerque pour recueillir des données qualitatives et quantitatives pour évaluer les connaissances, les perceptions et les attentes des médecins concernant l'IPA.

Résultats : La profession d'IPA est peu implantée dans les services de gériatrie du dunkerquois. Les médecins ont une perception positive de l'IPA, l'associant à des missions clés telles que le suivi des patients polypathologiques et l'évaluation gériatrique. Toutefois, des freins subsistent, notamment la réticence de certains médecins et l'intégration au sein des équipes paramédicales. Des leviers comme une meilleure communication et le partage d'expériences sont proposés pour favoriser son déploiement.

Discussion et conclusion : Cette étude a sensibilisé les médecins à la profession d'IPA. Bien que l'intérêt pour cette profession soit encourageant, il reste insuffisant pour assurer son plein déploiement. Il est crucial de capitaliser sur les leviers identifiés pour améliorer l'intégration des IPAs dans les services de gériatrie.

Directeur de mémoire : Monsieur le Docteur NUNKESSORE Oumashankar

Author : LEBECQUE Charlotte

Defense Date : July 2, 2024

Dissertation Title : Identification of the Role and Expected Missions of Advanced Practice Nurses within Geriatric Services Population in the Dunkirk Area

Keywords : Advanced Practice Nurse, Role Identification, Implementation, Geriatrics, Dunkirk Region, Expectations, Barriers

Context : In response to the aging population and difficulties in accessing healthcare, the profession of Advanced Practice Nurse (APN) was established in France by the decree of July 18, 2018. However, the number of APNs remains low, particularly in the geriatric services of the Dunkirk region. This study explores the influence of physicians' knowledge on the deployment of APNs in these services.

Method : Through semi-structured interviews conducted with 12 physicians in geriatric services in the Dunkirk area, qualitative and quantitative data was collected to assess physicians' knowledge, perceptions, and expectations regarding APNs.

Results : The APN profession is still underrepresented in the geriatric services of Dunkirk. Physicians have a positive view of APNs, associating them with key roles such as managing multi-pathological patients and conducting geriatric assessments. However, barriers such as physician resistance and integration within paramedical teams persist. Proposed solutions include improved communication and experience sharing to facilitate APN deployment.

Discussion and Conclusion : This study raised awareness among physicians about the APN profession. While interest in this profession is encouraging, it remains insufficient for full deployment. Leveraging the identified solutions is crucial to enhancing the integration of APNs in geriatric services.

Memory Director : Doctor NUNKESSORE Oumashankar