



**Master 2<sup>ème</sup> année**  
**Management Sectoriel, Parcours « Management des Organisations Soignantes »**

Améliorer la coordination des nouveaux métiers au bénéfice de l'expérience patient dans son parcours en Onco-Hémato avec l'introduction du métier d'IPA

ECUE 7.2

Mr FARNAULT – Mr DESSERPRIT

**Céline ROUSSEAU**

Année 2022/2023

Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne



### **Note aux lecteurs**

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

Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

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

## Remerciements

Je tenais à remercier le DMU ORPHé de m'avoir financé cette formation et ainsi me permettre de continuer mon évolution professionnelle. Je souhaite adresser mes plus sincères remerciements à Mme TOUDIC Perrine pour son accompagnement, ses relectures et nos échanges qui m'ont permis de faire évoluer et grandir ce travail.

Je souhaite remercier Sophie et Florence, mes collègues de travail, pour leur accompagnement, leur bienveillance et leur soutien tout au long de cette année de formation.

Merci à l'ensemble de mes collègues de promotion de ce master 2 MOS. Notre entente a été un soutien et une aide précieuse durant les dix mois de la formation.

Merci à l'ensemble de ma famille, toujours présente qui m'a permis de m'évader de ce travail durant les week-ends. Merci à Mélanie, ma meilleure amie depuis 35 ans, « un texto pour un resto » a été bien utilisé cette année !

Un merci particulier à mes parents, qui s'occupent au quotidien de mes filles. Votre présence et notre complicité m'ont permis, encore une fois, de vivre cette année de façon sereine malgré les absences des maîtresses et les épisodes de varicelle.

Je ne peux conclure ces remerciements sans une tendre pensée pour mon mari et nos filles, Manon et Charlotte. Vous avez été d'un grand soutien et d'une patience qui ont été essentiels pour moi. Je n'aurais pas pu réussir cette aventure sans vous.

*Merci !*

« J'ai décidé d'être heureux  
parce que c'est bon pour la santé. »

Voltaire

## Table des matières

<b>INTRODUCTION</b>	<b>4</b>
<b>1 CONTEXTE D'EMERGENCE</b>	<b>6</b>
1.1 EPIDEMIOLOGIE DU CANCER EN FRANCE	6
1.2 PRISE EN CHARGE DU CANCER AU SEIN DE L'APHP	8
1.3 LE GHU SORBONNE UNIVERSITE, UN ACTEUR MAJEUR EN CANCEROLOGIE	9
1.4 LE DMU ORPHE (ONCOLOGIE-RADIOTHERAPIE-SOINS PALLIATIFS-HEMATOLOGIE)	10
<b>2 CADRE CONCEPTUEL ET REGLEMENTATION</b>	<b>11</b>
2.1 DEFINITION DE L'IPA	11
2.2 LES MODELES ETRANGERS DE LA FONCTION IPA	12
2.2.1 <i>La naissance des IPA aux États Unis</i>	12
2.2.2 <i>Une implantation des IPA en cours dans de nombreux pays</i>	13
2.3 LOIS ET DECRETS SUR LA PROFESSION D'IPA EN FRANCE	13
2.4 L'EMERGENCE DES IPA	15
2.4.1 <i>En France</i>	15
2.4.2 <i>Au sein de l'APHP</i>	16
2.4.3 <i>Au sein du GHU Sorbonne Université</i>	16
2.5 LES DIFFICULTES RENCONTREES PAR LES IPA	17
<b>3 PRESENTATION DU TRAVAIL REALISE</b>	<b>17</b>
3.1 PRESENTATION DU PROJET ET DU ROLE DE CHEF DE PROJET	17
3.1.1 <i>Présentation et cadrage du projet</i>	17
3.1.2 <i>Retour d'expérience en dehors du DMU ORPHÉ</i>	18
3.1.3 <i>Leadership et positionnement en tant que chef de projet</i>	20
3.2 STRATEGIE DE LA COMMUNICATION ASCENDANTE ET REPORTING	21
3.3 CHOIX DE LA CONDUITE DU CHANGEMENT MENEÉ	22
3.3.1 <i>Définition de la conduite de changement</i>	22
3.3.2 <i>Choix de la méthode de conduite de changement</i>	22
3.3.3 <i>Conduite de changement selon les 8 étapes de John P. Kotter</i>	23
<b>4 MISE EN PLACE DE LA CONDUITE DU CHANGEMENT SELON JOHN KOTTER</b>	<b>24</b>
4.1 CREER UN SENTIMENT D'URGENCE : ÉTAT DES LIEUX ACTUELS DES IPA SUR LE DMU ORPHE	24
4.2 REUNIR L'EQUIPE DE PILOTAGE	25
4.2.1 <i>Choix des participants du COPIL</i>	25
4.2.2 <i>Analyser les risques du projet</i>	26
4.3 DEVELOPPER LA VISION ET LA STRATEGIE DE CHANGEMENT :	27
4.3.1 <i>Planification et déclinaison en groupes de travail</i>	27
4.3.2 <i>Planification sous forme de diagramme de GANTT</i>	27
4.3.3 <i>Définir des indicateurs pour évaluer le déroulement du projet</i>	28
4.4 COMMUNIQUER POUR FAIRE COMPRENDRE ET ADHERER	29
4.4.1 <i>Groupe 1 : Création et animation d'un club IPA</i>	29
4.4.2 <i>Groupe 2 : Connaissances des professionnels et attentes des patients</i>	29
4.4.3 <i>Groupe 3 : Protocoles d'organisation</i>	30
4.5 DONNER AUX AUTRES LE POUVOIR D'AGIR : ENCOURAGER CHACUN A AGIR ET FAIRE ADVENIR LA VERITABLE INNOVATION	31
4.5.1 <i>Groupe 1 : Création et animation d'un club IPA</i>	31
4.5.2 <i>Groupe 2 : Connaissances des professionnels et attentes des patients</i>	32
4.5.3 <i>Groupe 3 : Protocoles d'organisation</i>	35

4.6	PRODUIRE DES VICTOIRES A COURT TERME : CREER DES SUCCES VISIBLES LE PLUS RAPIDEMENT POSSIBLE	36
4.6.1	<i>Groupe 1 : Création et animation d'un club IPA</i>	36
4.6.2	<i>Groupe 2 : Connaissances des professionnels et attentes des patients</i>	37
4.6.3	<i>Groupe 3 : Protocoles d'organisation</i>	44
4.7	PERSEVERER : RENFORCER ET ACCELERER LE MOUVEMENT APRES LES PREMIERS SUCCES	45
4.7.1	<i>Groupe 1 : Création et animation d'un club IPA</i>	45
4.7.2	<i>Groupe 2 : Connaissances des professionnels et attentes des patients</i>	47
4.7.3	<i>Groupe 3 : Protocoles d'organisation</i>	50
4.8	CREER UNE NOUVELLE CULTURE : SOUTENIR LES NOUVEAUX COMPORTEMENTS ET VEILLER A CE QU'ILS SOIENT PRODUCTIFS	52
4.8.1	<i>Groupe 1 : Création et animation d'un club IPA</i>	52
4.8.2	<i>Groupe 2 : Connaissances des professionnels et attentes des patients</i>	53
4.8.3	<i>Groupe 3 : Protocoles d'organisation</i>	55
4.9	ANALYSE DES INDICATEURS IDENTIFIES	55
4.9.1	<i>Nombre de personnes présentes aux groupes de travail</i>	56
4.9.2	<i>Taux de personnes interrogées qui connaissent le rôle de l'IPA</i>	56
4.9.3	<i>Nombre d'intervention pour communiquer sur leur métier</i>	57
4.9.4	<i>Nombre de médecins qui adressent des patients aux IPA</i>	57
4.9.5	<i>Nombre d'IPA au sein du DMU</i>	57
4.9.6	<i>Nombre de cotations réalisées par les IPA</i>	58
4.9.7	<i>Bilan des indicateurs identifiés</i>	58
<b>5</b>	<b>ANALYSE CRITIQUE DE CE PROJET</b>	<b>58</b>
5.1	RESSOURCES AU COURS DE CE PROJET	58
5.1.1	<i>Une volonté et une implication des IPA</i>	58
5.1.2	<i>Un accompagnement DMU et GHU</i>	59
5.1.3	<i>Les apports théoriques des enseignements dispensés</i>	60
5.2	DIFFICULTES RENCONTREES	60
5.2.1	<i>Le management à distance</i>	60
5.2.2	<i>Maintenir l'intérêt de tous les membres du COPIL</i>	61
5.2.3	<i>Des nouveaux outils à appréhender</i>	62
5.2.4	<i>Réaliser le travail avec PM et PNM</i>	62
<b>6</b>	<b>PROPOSITION D'AXES D'AMELIORATION</b>	<b>63</b>
6.1	UNE ORGANISATION HIERARCHIQUE MIEUX DEFINIE	63
6.2	UN PLAN DE COMMUNICATION GHU	64
6.3	RENFORCER L'EXPERIENCE PATIENT	65
<b>7</b>	<b>POSITIONNEMENT CADRE SUPERIEUR</b>	<b>66</b>
7.1	LES MISSIONS DU CADRE SUPERIEUR DE SANTE	66
7.2	LA CONDUITE DE PROJET	67
7.3	LA RECONNAISSANCE AU TRAVAIL	68
7.4	L'INTELLIGENCE COLLECTIVE	69
	<b>CONCLUSION</b>	<b>71</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>73</b>
	ANNEXES	76
	ANNEXE 1 : LETTRE DE MISSION	77
	ANNEXE 2 : EXEMPLE DE COMPTE RENDU D'UNE REUNION	80
	ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE GOOGLE FORM	81
	ANNEXE 4 : GUIDE ENTRETIEN PATIENT	85
	ANNEXE 5 : MEMO D'INTEGRATION	86

## Listes des abréviations

ADN : Acide Désoxyribonucléique  
AMA : Assistante Médico Administrative  
APHP : Assistance Publique – Hôpitaux de Paris  
ARS : Agence Régionale de Santé

CDU : Commission Des Usagers  
CFX : Hôpital Charles Foix  
CLAN : Comité de Liaison Alimentation et Nutrition  
CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales  
CME : Commission Médicale d'Établissement  
CNO : Complément Nutritionnel Oral  
CNS : Clinical nurse specialist  
CPTS : Communauté Professionnelles Territoriales de Santé  
CRUQ-PC : Commission des Relations avec les Usagers et la Qualité de la Prise en Charge  
CSS : Cadre Supérieur de Santé

DE : Diplômée d'Etat  
DU : Diplôme Universitaire  
DMU : Département Médical Universitaire  
EIPA : Etudiant Infirmier de Pratique Avancée

GHU : Groupement Hospitalo-Universitaire

HAS : Haute Autorité de Santé  
HDJ : Hôpital de Jour

ICS : Infirmier Clinicien Spécialisé  
INCA : Institut Nationale contre le CAncer  
IP : Infirmier Praticien  
IPA : Infirmier en Pratiques Avancées  
IRM : Imagerie par Résonance Magnétique  
IUC : Institut Universitaire de Cancérologie

MERM : Manipulateur en ElectroRadiologie Médicale

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economique  
OEI : Organisation of European Cancer Institutes  
ORPHé : Oncologie – Radiothérapie – soins Palliatifs – Hematologie

PEPPA : Participary, Evidence-based, Patient-focused process for advanced practice nursing role development  
PIA : Pratique Infirmière Avancée  
PM : Personnel Médical  
PNM : Personnel Non Médical  
PSL : Hôpital de la Pitié Salpêtrière

SAT : Hôpital Saint Antoine

TEP : Tomographie à Emission de Positron  
TNN : Hôpital Tenon

## Introduction

De formation initiale Préparatrice en pharmacie, j'exerce en tant que cadre de santé dans le service d'hématologie clinique et thérapies cellulaires de l'hôpital Saint Antoine et plus précisément dans le secteur d'hospitalisation de greffe de moelle osseuse depuis 5 ans. Assurer l'encadrement hors de sa filière métier m'a permis d'appréhender la dimension managériale avec une vision plus élargie.

Le management des équipes pluri professionnelles au sein du service d'hématologie a constitué un environnement propice pour me permettre d'asseoir ma position de leader en faisant appel à un ensemble de savoir-faire déjà acquis : communiquer, valoriser et donner du sens. Aujourd'hui, les organisations de santé sont de plus en plus complexes dans un environnement davantage contraint. De ce fait, les besoins en responsables dirigeants formés aux techniques de la gestion et au management des services de santé, dans le respect de l'éthique médicale et soignante apparaissent plus qu'évident.

Dès 2021, le projet de soins des activités paramédicales d'AP-HP Sorbonne Université pour les 5 années à venir est introduit en référence à la loi de modernisation [1] du système de santé qui rappelle que l'hôpital d'aujourd'hui doit « accompagner le virage ambulatoire nécessaire à une meilleure gradation des prises en charges en lien avec l'ensemble des acteurs ambulatoires et la permanence des soins ». Il est important d'avoir une vision partagée d'une prise en soins globale du parcours de soins du patient en intégrant les différentes étapes du parcours du patient de l'accueil lors de son séjour jusqu'à sa future sortie préparée en lien avec les professionnels des services d'aval ou de ville.

Eu égard à ce contexte, mon projet managérial s'inscrit pleinement dans cette optique d'évolution de la prise en soins. Le vieillissement de la population, les progrès technologiques, les innovations thérapeutiques notamment dans le domaine de la cancérologie et l'arrivée du numérique dans le monde de la santé ont considérablement modifié les besoins des patients mais aussi les approches en matière de soins et par conséquent la formation des professionnels. Les nouvelles générations de professionnels sont en attente d'un travail plus collaboratif et en attente de perspectives pour diversifier leurs parcours et leurs évolutions professionnelles.

Aussi, en réponse à ces besoins, le législateur a prévu par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 [1] l'émergence de la pratique avancée infirmière avec notamment un domaine d'expertise clinique reconnu sur l'oncologie et l'hémato-oncologie. Pour le patient, cela permet d'améliorer la qualité de sa prise en soins, d'améliorer sa prise en soins pluri professionnelle et de permettre de mieux coordonner et diversifier le parcours de santé ville/hôpital pour le rendre plus fluide. Pour le personnel médical, cette pratique avancée permet une collaboration médecins/soignants qui est renforcée et sécurisée. Et pour les soignants, il s'agit d'une reconnaissance et d'une autonomie qui leur permettent d'être valorisés grâce à des compétences nouvelles pouvant inclure des activités dérogatoires.

C'est ainsi que la notion de démocratie sanitaire est renforcée : Il s'agit d'une démarche qui vise justement à associer l'ensemble des acteurs du système de santé : usagers, professionnels, institutionnels, etc... dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé dans un esprit de dialogue et de concertation. La loi



d'Organisation et de Transformation du Système de Santé, publié en juillet 2019, a permis de réaffirmer la volonté à faciliter de nouvelles modalités de partage d'activité entre professionnels de santé qui avait été initié par la loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire de 2009 [2].

Dans le domaine de l'onco-hématologie, le virage ambulatoire dans le parcours de soins est déjà réalisé dans la prise en charge de certaines hémopathies malignes tout comme en oncologie médicale. L'innovation thérapeutique apportée par les thérapies cellulaires ciblées, qui se présentent sous forme orale ou avec une administration sous cutanée, permet le maintien à domicile de plus en plus de patients et diminue les besoins en temps d'hospitalisation. Cette externalisation des soins est un objectif partagé par les acteurs du soin et par les patients eux-mêmes, c'est un gain en termes de qualité de vie pour les patients, cela permet de diminuer le nombre de patients pris en charge dans les services d'hospitalisation et le temps d'attente des patients pris en charge sans omettre le gain financier que cela représente pour le système de santé.

Au regard du contexte actuel sur le virage ambulatoire et la démocratie sanitaire, le DMU Orphé, associée à la direction des soins Sorbonne Université, souhaite porter un projet managérial qui a pour objectif d'**Améliorer la coordination des nouveaux métiers au bénéfice de l'expérience patient dans son parcours en oncologie-hématologie au sein du DMU avec l'introduction du métier d'IPA** dans nos services depuis 2021. Je suis nommée chef de ce projet par la cadre paramédicale du DMU Orphé. Mon rôle va être d'organiser et fédérer les ressources, aussi bien matérielles, humaines que temporelles afin d'atteindre les objectifs fixés.

Ainsi, je propose, dans une première partie, de faire une revue d'épidémiologie du cancer en France et au sein de l'APHP, puis une présentation du DMU et des services dans lesquels notre travail portera en développant le contexte d'émergence. Une seconde partie me permettra de m'interroger sur le cadre réglementaire du métier d'IPA et de m'intéresser sur les expériences des différents pays ayant introduit le métier d'IPA avant la France. J'exposerai le travail réalisé, au sein d'une troisième partie, qui permettra de décrire la gestion du projet mené durant 10 mois. Enfin, une quatrième partie me permettra de faire une analyse critique en me questionnant sur la gestion de ce projet, et en y détaillant les ressources et les difficultés que j'ai pu rencontrer. Pour conclure, je ferais des propositions d'axes d'amélioration pour la poursuite de ce travail en m'interrogeant sur mon positionnement en tant que futur cadre supérieur de santé.

# 1 Contexte d'émergence

## 1.1 Epidémiologie du cancer en France

Le cancer est une maladie décrite depuis l'Antiquité. C'est le médecin grec Hippocrate qui, en comparant les tumeurs à un crabe, leur ont donné pour la première fois les noms grecs de « karkinos » et « karkinoma ». La comparaison est justifiée par l'aspect de certaines tumeurs, dont les prolongements rappellent les pattes de l'animal.

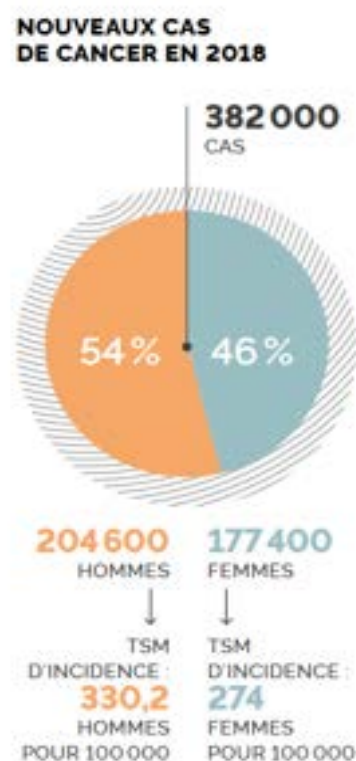
Longtemps, le cancer a été une maladie incurable. Aujourd'hui, grâce aux progrès de la médecine, de nombreux cancers peuvent être guéris.

Sur le plan biologique, le cancer résulte de la survenue d'un dysfonctionnement au niveau de certaines cellules de l'organisme. Celles-ci se mettent à se multiplier de manière anarchique et à proliférer, d'abord localement, puis dans le tissu avoisinant, puis à distance où elles forment des métastases.

Sur le plan médical, le mot « cancer » désigne en fait un groupe de maladies très différentes les unes des autres. C'est pourquoi on ne devrait pas parler du cancer, mais des cancers, au pluriel.

Selon l'Institut National du Cancer (INCA), le nombre estimé de nouveaux cas de cancer en 2018 s'élève à 382 000 en France (54 % chez l'homme, 46 % chez la femme). Le nombre de décès par cancer est en 2018 chiffré à 157 400 (57 % chez l'homme, 43 % chez la femme). L'âge médian au diagnostic était de 68 ans chez l'homme et de 67 ans chez la femme [3].

Chez l'homme, le cancer de la prostate reste de loin le plus fréquent (50 400 nouveaux cas en 2015), devant le cancer du poumon (31 200 cas en 2018) et le cancer colorectal (23 000 cas en 2018). Chez la femme, le cancer du sein se situe en tête (58 500 cas en 2018), devant le cancer colorectal (20 100 cas) et le cancer du poumon (15 100 cas).

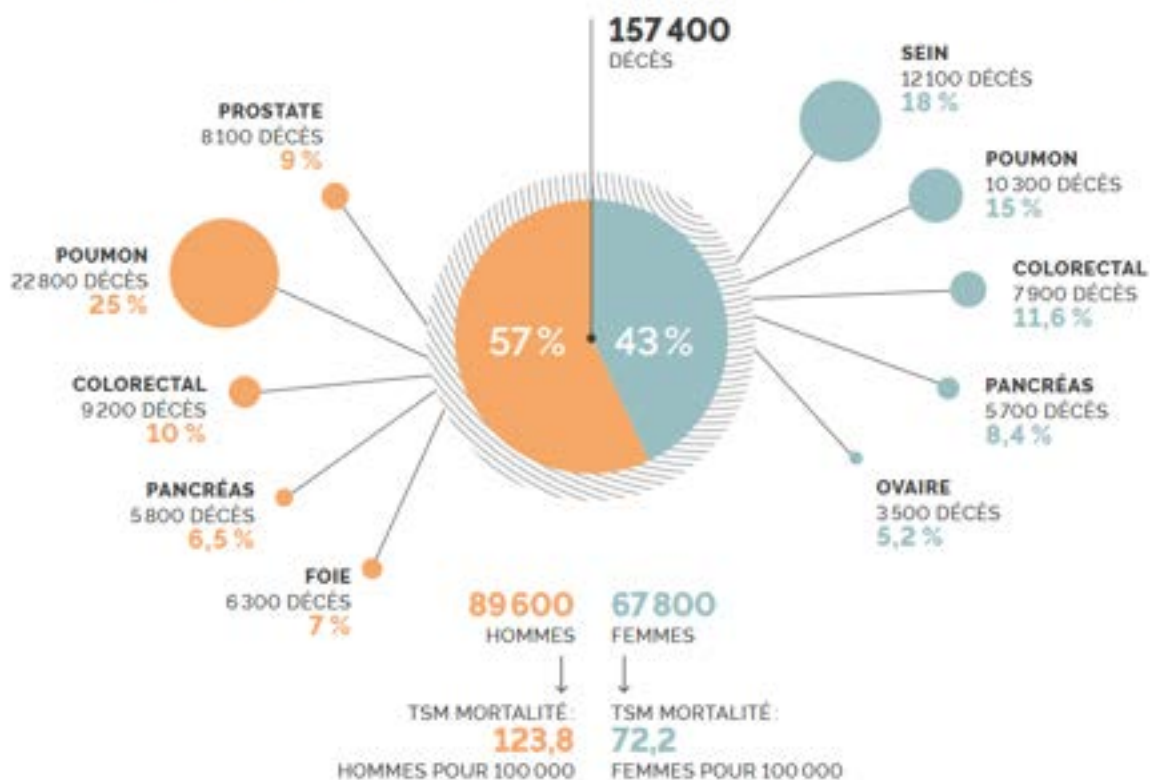


Entre 2010 et 2018, le nombre de nouveaux cas de cancer a augmenté de 6 060 chez l'homme et de 23 053 chez la femme, mais le taux d'incidence standardisé a baissé chez les hommes (-1,4 %) et tend à se stabiliser chez les femmes (+0,7 %).

Les deux cancers dont le taux d'incidence a le plus augmenté entre 2010 et 2018 sont le mélanome cutané chez les hommes (+3,4 %) et le cancer du poumon chez les femmes (+5 %).

En termes de mortalité, le cancer du poumon se situe au premier rang chez l'homme (22 800 décès en 2018), devant le cancer colorectal (9 200 décès) et le cancer de la prostate (8 100 décès). Chez la femme, le cancer du sein est la première cause de décès par cancer (12 100 décès en 2018), devant le cancer du poumon (10 300 décès) et le cancer colorectal (7 900 décès) [3].

### NOMBRE DE DÉCÈS EN 2018



La diminution globale de la mortalité est le résultat de diagnostics plus précoces et d'avancées thérapeutiques importantes, notamment parmi les cancers les plus fréquents.

La prise en charge des cancers en France a également été structurée avec l'appui des différents plans Cancer qui se sont succédés au fil des années. Lancé le 24 mars 2003 par le Président de la République Jacques Chirac, le Plan cancer 2003-2007 [4] a impulsé une dynamique décisive dans la lutte contre le cancer en France et dans la prise en charge des malades. Il a permis de structurer le paysage de la cancérologie française et de garantir une qualité et une sécurité minimale des soins apportés aux patients à travers l'ensemble du territoire français.

Le second plan Cancer 2009-2013 [5] met, quant à lui, l'accent sur une personnalisation des prises en charge et sur le déploiement des innovations thérapeutiques. Il a également abordé la lutte contre les inégalités face à la maladie. Ce dernier point sera au cœur du troisième plan Cancer 2014-2019 [6].

En effet, le plan cancer 2014-2019 décline trois objectifs majeurs qui sont : la diminution de l'incidence des cancers, la baisse de la mortalité et l'amélioration de la qualité de vie des patients atteints de cancer.

Alors que le troisième Plan cancer touchait à sa fin en 2019, l'Institut national du cancer s'est vu confier par la loi du 8 mars 2019 [7] la mission de « proposer, en coordination avec les organismes de recherche, les opérateurs publics et privés en cancérologie, les professionnels de santé, les usagers du système de santé et autres personnes concernées, une stratégie décennale de lutte contre le cancer, arrêtée par décret ». La stratégie décennale de lutte contre le cancer 2021-2030 [8] voit alors le jour.

En prenant la suite des Plans cancer successifs, la stratégie décennale poursuit la mobilisation collective instaurée autour de la lutte contre le cancer. À la demande de la ministre des Solidarités et de la Santé, Mme Agnès BUZYN, lors des Rencontres de l'INCA le 4 février 2019, cette stratégie s'articule pour cette stratégie décennale autour de trois priorités qui sont : Améliorer la prévention, Limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie et lutter contre les cancers de mauvais pronostic.

## 1.2 Prise en charge du cancer au sein de l'APHP

L'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (APHP) est un centre hospitalier universitaire à dimension internationale.

En quelques chiffres, voici une présentation de l'APHP qui regroupe 38 hôpitaux et regroupe près de 100 000 professionnels au service des patients (environ 12 200 médecins, 4 000 internes et près de 55 000 personnels soignants, paramédicaux et socio-éducatifs) [9].



Chiffres clés de l'APHP  
2021

Le cancer est au cœur de la mission de service public de santé de l'AP-HP qui prend en charge un tiers des patients d'Île-de-France suivis pour un cancer. Les différents hôpitaux soignent tous les cancers, à tous les stades, pour tous les types de population. En 2018, 61 844 patients, dont 38 975 nouveaux patients, ont été pris en charge pour un cancer à l'AP-HP.

L'objectif premier de l'AP-HP est de permettre à toutes les personnes malades, indépendamment de leur situation sociale ou de leur niveau de ressources, d'avoir les chances les plus élevées de guérir et de réduire le plus possible les conséquences négatives de la maladie sur leur vie quotidienne.

L'AP-HP s'est notamment engagée à garantir des rendez-vous dans des délais rapides pour qu'il n'y ait pas de perte de chances pour les patients. Ainsi, plusieurs centres de diagnostic rapide (sein, colon, poumon, foie, pancréas) ont également été ouverts sur les différents sites de l'AP-HP.

Les innovations thérapeutiques sont au cœur de la prise en charge : Chirurgie (ex : ambulatoire, robots), thérapies ciblées (après analyse de l'ADN de la tumeur) immunothérapie, chimiothérapie intraveineuse et orale, radiologie et endoscopie interventionnelle, radiothérapie ... Ces dernières années, 24M€ ont été investis pour moderniser les équipements de radiothérapie (up-grading des équipements, gamma knife, cyberknife) ou d'imagerie (TEP, IRM).

Depuis le 3 juillet 2019, l'AP-HP a mis en place une nouvelle organisation qui se décline autour de 6 Groupes Hospitalo Universitaire (GHU), composés chacun de plusieurs hôpitaux. L'AP-HP permet ainsi aux groupes hospitalo-universitaires créés de renforcer leurs liens avec les Universités, leurs territoires et leurs partenaires et ainsi de renforcer la qualité des soins et de la recherche pour tous les patients.



### 1.3 Le GHU Sorbonne Université, un acteur majeur en cancérologie

L'Institut Universitaire de Cancérologie AP-HP Sorbonne Université est l'un des acteurs territoriaux majeurs en cancérologie en Ile de France. Il fédère près de 90 équipes impliquées dans la prise en charge du cancer sur les sept sites hospitaliers ainsi que des équipes d'enseignement et de recherche de la Faculté de Médecine et des autres facultés de Sorbonne Université.

Chaque année, ce sont plus de 10 000 nouveaux patients de l'enfant à l'adulte qui sont pris en charge pour tous types de cancers dans les hôpitaux du GHU Sorbonne Université, hématologiques comme solides. Plusieurs centaines de professionnels de

santé et étudiants sont formés chaque année en cancérologie. Un programme de formation des patients partenaires est aussi déployé en collaboration avec l'Université des Patients. Le groupe hospitalier est par ailleurs impliqué dans tous les domaines de la recherche en cancérologie.

Le groupe hospitalier APHP Sorbonne Université est donc constitué de 7 sites : Armand Trousseau, Charles Foix, La Roche Guyon, Pitié Salpêtrière, Rothschild, Saint Antoine, Tenon. Le groupe hospitalier APHP Sorbonne Université comprend 13 Départements Médico-Universitaires (DMU) répartis sur les différents sites.



#### 1.4 Le DMU ORPHé (Oncologie-Radiothérapie-soins Palliatifs-Hématologie)

Le Département Médico-Universitaire ORPHé regroupe les activités d'Oncologie, de Radiothérapie, d'Hématologie clinique et les soins palliatifs qui sont répartis sur 7 sites (Hôpitaux Tenon, Charles Foix, Saint Antoine, Pitié Salpêtrière, Rothschild, Trousseau et La Roche-Guyon).

Ce projet managérial a donc pour objectif d'améliorer la coordination des nouveaux métiers au bénéfice de l'expérience patient dans son parcours en onco-hémato au sein du DMU avec l'introduction du métier d'IPA avec un périmètre d'action qui s'étend des services d'hématologie HDJ des hôpitaux de Saint Antoine et Pitié Salpêtrière jusqu'aux services d'oncologie médical HDJ des hôpitaux de Tenon et Pitié Salpêtrière.

Ce travail s'inscrit également dans un contexte très ancré sur la qualité des soins et la justification de l'excellence des services de cancérologie. En effet, après avoir été certifié V2020 sur chacun des sites (PSL, TNN et SAT), l'Institut Universitaire de Cancérologie (IUC) a souhaité s'inscrire dans une démarche de Labellisation Comprehensive Cancer Center par l'Organisation of European Cancer Institutes (OECI), ce qui a amené le DMU ORPHé à y contribuer.

Cette démarche facilite la mise en œuvre du projet médical hospitalo-universitaire 2021-2025 : "Une démarche d'accréditation européenne (Labellisation Comprehensive Cancer Center) qui permet la diffusion des pratiques d'excellence en matière de soins, de recherche et d'organisation des processus innovants et l'accès aux protocoles de recherche au bénéfice des patients". Après une visite des experts de l'OECD les 9 et 10 mars 2022 sur les différents sites du GHU, un rapport a été émis en juillet 2022. Suite à cette visite, coordonné par l'IUC, un manque d'harmonisation et de coordination entre les différents sites a été mis en avant.

Les 3 points qui ont fait l'objet de réserve concernent :

- La gouvernance (rôle et la visibilité de l'IUC à faire émerger)
- La recherche (coordination de l'effort de recherche au sein du GHU en cancérologie)
- La démarche qualité (recueil et analyse de satisfaction patient et homogénéisation des formations soignants).

Une seconde visite a eu lieu le 28 avril 2023 et a permis d'aboutir avec succès à cette labellisation pour l'ensemble du GHU.

Je vais maintenant présenter le cadre conceptuel et la réglementation en lien avec la pratique avancée en partant des modèles étrangers pour mieux appréhender le modèle actuel en France.

## 2 Cadre conceptuel et réglementation

### 2.1 Définition de l'IPA

L'IPA est défini selon le Conseil International des Infirmiers de la façon suivante :  
« L'infirmier exerçant en pratique avancée est un infirmier diplômé qui a acquis des connaissances théoriques, le savoir-faire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de sa profession. Les caractéristiques de cette pratique avancée sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmier sera autorisé à exercer » [10].

Un IPA est un infirmier avec minimum 3 ans d'exercice, ayant obtenu son diplôme d'État d'IPA précisant la mention choisie et reconnu au grade universitaire de master.

La pratique avancée est donc l'accroissement de l'expertise métier et l'acquisition de compétences médicales spécifiques par le biais d'un diplôme précisant la mention choisie, permettant de gérer des situations cliniques complexes en plus grande autonomie :

- Pathologies chroniques stabilisées et polyopathologies courantes en soins primaires
- Oncologie et héματο-oncologie
- Maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale
- Psychiatrie et santé mentale
- Urgences

La pratique avancée a pour objectif d'optimiser le système de soins, de régulariser des pratiques existantes non reconnues, et d'apporter une légitimité et une reconnaissance aux IDE. La pratique avancée est un nouveau métier émergent en réponse à la transformation des soins primaires, à l'accroissement des besoins et à

l'inégalité en santé, aux pathologies chroniques et au manque de prise en charge lié à la diminution de la démographie médicale en France. Certaines régions sont ainsi qualifiées de déserts médicaux.

Les compétences et les responsabilités élargies des IPA s'exercent en lien avec un médecin, en équipe de soins coordonnée par un médecin, ou en assistance d'un spécialiste, et recouvrent :

1. Des activités d'orientation, éducation, prévention ou dépistage
2. Des actes d'évaluation et conclusion clinique, techniques et de surveillance cliniques et paracliniques
3. Des prescriptions de produits de santé non soumis à obligation de prescription médicale, d'examens complémentaires et des renouvellements ou adaptations de prescriptions.

Dans une forme innovante de travail interprofessionnel, l'IPA assure le suivi des pathologies de patients confiés par le médecin, en fonction de conditions de collaboration définies dans un protocole d'organisation. Il pourra prescrire des examens complémentaires, des actes de suivi et de prévention, renouveler ou adapter des prescriptions médicales. Il interagit de manière étroite avec le médecin, et il ré-orientera le patient vers le médecin lorsque les limites de son champ de compétences seront atteintes ou lorsqu'il constatera une dégradation de l'état de santé d'un patient nécessitant un ajustement de la prescription.

La valeur ajoutée de l'IPA s'articule donc autour de deux axes : le premier est celui de la contribution à un meilleur accès aux prestations de soins tout en préservant leur aspect qualitatif. Le second est la participation aux processus de réduction des coûts, tout en intervenant auprès d'une population nécessitant des soins complexes.

## 2.2 Les modèles étrangers de la fonction IPA

### 2.2.1 La naissance des IPA aux États Unis

La pratique avancée est apparue aux États Unis, en 1954, à partir d'un cadre conceptuel élaboré par Hidegarde Peplau<sup>1</sup>. Cette dernière introduit les termes de « pratique avancée » et crée le premier programme de maîtrise en soins psychiatriques. Elle sera à l'origine du concept d'infirmière clinicienne spécialisée (Clinical nurse specialist ou CNS) au sein de la Rutgers University, dans le New Jersey.

Il y a plus de 4 millions d'infirmières aux États Unis avec une formation de niveau licence (4 ans de formation). En 2018, 12% d'entre elles avaient suivi une formation en pratiques avancées.

Il existe 4 types d'IPA aux États Unis qui ont un niveau bac +6/master et un examen national obligatoire pour certification. Nous pouvons les différencier ainsi :

- Infirmière praticienne pour 69% des IPA dont 90% sont certifiées en soins primaires et autres domaines, y compris les urgences et les maladies aiguës
- Infirmière clinicienne spécialisée pour 20% des IPA certifiées pour exercer auprès des populations adultes, pédiatriques ou néonatales
- Infirmière anesthésiste pour 9% des IPA
- Infirmière sage-femme diplômée pour 2% des IPA

---

<sup>1</sup> Docteur en éducation, théoricienne des soins infirmiers (1909-1999)



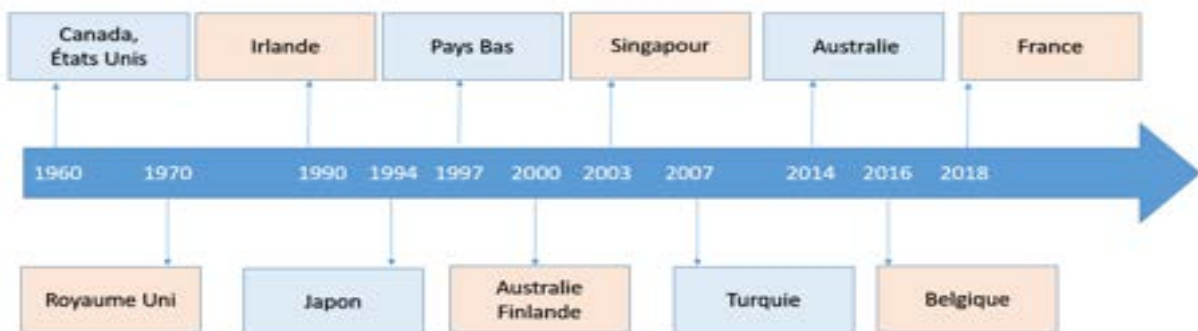
Aux États unis, l'objectif actuel des IPA est d'obtenir le grade de doctorat de la pratique avancée pour être doctorate of nursing practice [11].

## 2.2.2 Une implantation des IPA en cours dans de nombreux pays

D'après un rapport de l'Organisation de Coopération et de Développement Économique (OCDE) [12], la pratique avancée est en perpétuelle évolution. On dénombre environ 330 000 IPA dans le monde répartis dans 25 pays. Le rapport de l'OCDE, émis en 2010, examine l'expérience de 12 pays : Australie, Belgique, Canada, Chypre, États Unis, Finlande, France, Irlande Japon, Pologne, République Tchèque et Royaume Uni. Ils étaient tous volontaires pour fournir l'ensemble des informations nécessaires pour réaliser une comparaison. La proposition de loi n°4837 (enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 21 décembre 2021) visant à redéfinir la pratiques avancées infirmière nous permet d'avoir une vision de la pratique avancée dans différents pays à travers le monde [13].

L'ensemble de ces pays est à un stade différent de développement des IPA. Dans les pays anglo saxons, par exemple, les Advanced practice nurses, l'équivalent des IPA, sont présentes dans l'accompagnement des patients, notamment ceux souffrant de pathologies chroniques, depuis les années 1960.

L'infirmière clinicienne spécialisée (ICS) et l'infirmière praticienne (IP) sont les deux catégories d'IPA les plus mentionnées à l'échelle de la planète. Le concept de la pratique avancée est suffisamment intégrateur et souple pour tenir compte des différences entre les systèmes de soins de santé, les dispositifs réglementaires et les formations des infirmières d'un pays à l'autre.



L'émergence de la pratique avancée à travers le monde

## 2.3 Lois et décrets sur la profession d'IPA en France

Les IPA existent déjà depuis plusieurs années dans de nombreux pays, comme nous avons pu l'évoquer précédemment. La France évolue donc dans un contexte international marqué par l'évolution des soins primaires.

Un premier rapport publié par le professeur BERLAND [14], en 2003, faisait déjà état d'un constat alarmant relatif à la démographie des professions de santé, et plus particulièrement, à la densité des médecins dans les régions de France, avec des perspectives de fortes baisses dans les 20 ans à venir. C'est dans ce contexte qu'un second rapport, par le Pr BERLAND en octobre 2003 [15] a été réalisé pour étudier les potentielles coopérations entre professionnels de santé à mettre en œuvre entre médicaux et non-médicaux, avec une identification des transferts de tâches et de

compétences à opérer pour répondre aux besoins de santé de la population française.

En 2004, la loi française autorise une première évolution des missions de l'infirmier avec des expérimentations, mises en œuvre entre 2004 et 2007, et qui concernaient des actes à visée diagnostique, de pratique à visée thérapeutique (suivi de chimiothérapie ou de parcours en neuro-oncologie, suivi de la dialyse en centre, etc...), d'interventions ciblées en prévention et dépistage (prévention, éducation à la santé et thérapeutique d'un infirmier libéral en cabinet médical, etc...). L'évaluation des expérimentations a montré des bilans positifs, qui ont conduit d'une part à l'établissement d'une recommandation de pratique clinique sur le transfert de compétences, et d'autre part, l'entrée dans la loi de coopération entre professionnel de santé, permettant une dérogation d'acte entre les champs de compétences de deux professionnels de santé, correspondant à un besoin local.

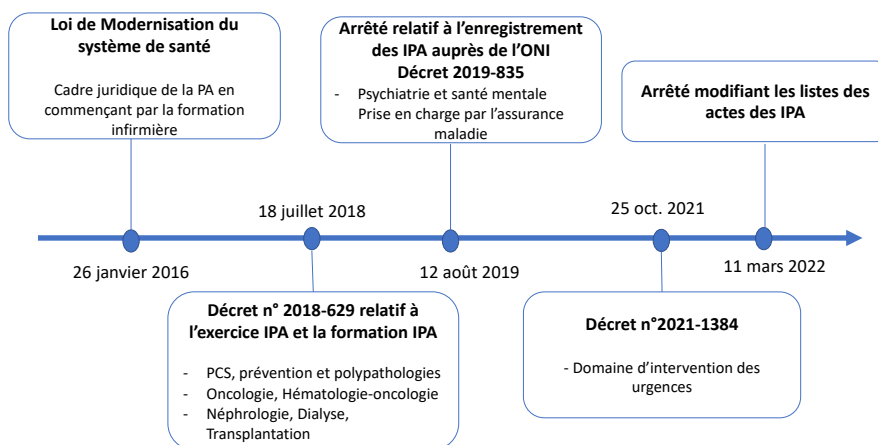
En 2015, un rapport d'évaluation des protocoles de coopération [16], mené par l'HAS sur l'évaluation de 2014 sur le territoire français, a mis en avant plusieurs limites à ce dispositif : d'un point de vue administratif, il est lourd et chronophage pour les équipes qui souhaitent y recourir ; le dispositif n'est pas forcément financé, notamment dans la médecine de ville ; la formation des professionnels et les conditions d'exercice sont des points critiques d'attention ; l'évolution ou la modification des décrets d'actes des professions concernées pourraient répondre à l'évolution des techniques de soins.

En 2016, au lieu de transférer un acte spécifique entre deux professionnels de santé, une nouvelle réflexion est menée avec la création de professions intermédiaires en santé en cernant le champ des nouveaux métiers. Ces métiers se différencieraient des métiers socles par un niveau élevé de compétences, de qualification master, conduisant à une prise de responsabilité identifiée.

La loi de modernisation du système de santé français de 2016 [1] proposait « d'élargir les compétences de certaines professions au service des grandes priorités de santé publique », par le biais, notamment de la reconnaissance du statut d'infirmier en pratique avancée, rendu effectif en 2018 [17].

Pilier de « Ma Santé 2022, un engagement collectif » [18], ce renforcement des compétences vise un accès plus large aux soins. La nouvelle profession d'IPA doit permettre d'assurer le suivi des malades chroniques. Les premières infirmières de pratique avancée ont été diplômées en 2019.

Si nous devons simplifier la mise en place des IPA sur le territoire français, elle serait ainsi représentée par une évolution sur 6 ans selon le calendrier suivant :



Après avoir définie et fait le contexte juridique et règlementaire de la mise en place des IPA, nous allons nous intéresser plus précisément aux chiffres correspondants au métier d'IPA en partant d'un constat sur le territoire français pour ensuite l'affiner au sein de l'institution de l'APHP et du GHU sur lequel mon travail est mené.

## 2.4 L'émergence des IPA

### 2.4.1 En France

Les IPA sont un nouveau métier dont on entend beaucoup parler depuis plusieurs mois avec la réticence affichée des médecins libéraux notamment. La création des IPA répond à un double enjeu : mieux répondre aux besoins de santé de la population et permettre aux IDE diplômées d'acquérir de nouvelles compétences en entrant dans une formation Master.

L'arrêté du concours sur titre fixant les règles d'organisation générale, la composition du jury et la nature des épreuves du concours de recrutement pour l'accès au corps des auxiliaires médicaux exerçant en pratique avancée de la fonction publique hospitalière est paru au Journal Officiel le 27 décembre 2020 [19]. Il prévoit l'évaluation des candidats sur un dossier soutenu au cours d'un oral de 25 minutes. Le jury d'évaluation est composé d'un directeur d'établissement et d'un praticien hospitalier.

Le décret n°2022-293 du 1<sup>er</sup> mars 2022 [20] publié au Journal Officiel, instaure à partir du 1<sup>er</sup> avril 2022, le versement d'une prime pour les auxiliaires médicaux en pratiques avancées de la fonction publique hospitalière. Un arrêté fixe le montant de cette prime à 180 euros brut par mois. Cette prime avait été annoncée en janvier 2022 par Olivier VERAN, ministre des Solidarités et de la Santé, aux représentants des IPA lors d'une rencontre organisée à la suite du rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales sur la pratique avancée.

Si le bilan affiché en février 2023 indique 1712 IPA diplômés avec une prévision de 700 IPA diplômés chaque année, ces chiffres sont loin de l'objectif, affiché par le gouvernement, qui est d'avoir 5000 IPA en 2024 sur le territoire français.

Des leviers sont toutefois en place pour développer l'activité des IPA :

- Satisfaction patients/professionnels
- Possibilité de faire de la recherche
- Soutien politique et travail collaboratif avec la DGOS
- Perspective PLFSS 2023 avec l'expérimentation de la primo prescription sur 3 régions en France

La proposition de projet de loi RIST est passé au Sénat le 14 février 2023 et elle a pour vocation de permettre d'élargir les missions des IPA avec la primo prescription, l'accès direct dans les structures d'exercice coordonné, la création de deux modèles différents d'IPA.

Après son adoption par l'Assemblée nationale puis par le Sénat, la proposition de loi a fait l'objet d'un examen en commission mixte paritaire le 6 avril 2023. Les députés et les sénateurs ont pu trouver un compromis afin de faire adopter la proposition de loi « Amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé ». Parmi ce qui figurent dans l'adoption de la loi, nous pouvons noter l'accès direct de la population vers les IPA et la primo prescription. En ce qui concerne la question de la réintégration des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) dans

les structures d'exercice coordonné permettant l'accès direct aux IPA, une expérimentation a été proposée dans 6 départements dans un premier temps.

Le parlement a définitivement adopté mercredi 10 mai la proposition de la loi Rist<sup>2</sup> qui comprend notamment un accès direct à certains professionnels sans passer par un médecin traitant. Le texte a obtenu la quasi-unanimité de l'Assemblée nationale avec 226 voix contre 1, après un vote du Sénat favorable le 9 mai. Les IPA ne pourront « exercer leur art » sans prescription médicale préalable que dans le cadre d'un exercice coordonné strict excluant l'échelon CPTS. Les IPA pourront par ailleurs « prescrire certains médicaments » [21].

#### 2.4.2 Au sein de l'APHP

L'APHP a investi de façon importante, avec l'aide au financement apportée par l'ARS (via le fonds d'intervention régional) dans la formation en IPA en finançant les IDE qui souhaitent évoluer vers cette fonction. Ils étaient 85 IPA en janvier 2023 et 36 étudiants en formation. Selon les chiffres fournis par la collégiale de l'APHP, il y aura donc 121 IPA diplômés en juin 2023.

Selon un sondage réalisé, par la Collégiale des IPA de l'APHP (données non publiées), sur 45 IPA soit 80% de la totalité des IPA, recensés à l'APHP en décembre 2021, nous pouvons définir l'IPA à l'APHP de la façon suivante :

Il s'agit d'une femme (95%), d'âge moyen de 41 ans (distribution entre 31 et 58 ans) et qui exerce en tant qu'IPA avec la mention Pathologies Chroniques Stabilisées (58%, puis onco hémato à 30%, Néphrologie-transplantation rénale à 7% et Psychiatrie Santé mentale à 5%).

Ses motivations pour évoluer vers la fonction IPA étaient : l'acquisition de nouvelles compétences (95%), améliorer le suivi des patients (79%), l'évolution de carrière (79%) et enfin pour correspondre au projet de service/d'établissement (21%).

L'objectif affiché par le directeur général de l'APHP est d'atteindre 170 IPA diplômés à l'horizon 2025. Il est clairement affiché dans les « 30 pistes d'action pour les 12 prochains mois » [22] publié en septembre 2022 de donner l'envie aux jeunes IDE de faire carrière à l'hôpital. Les IPA sont ainsi mentionnés dans le levier identifié n°4 qui souhaite pouvoir tirer parti « des possibilités nouvelles offertes par les protocoles de coopération, les postes d'IPA et la recherche paramédicale, alors même qu'elle a largement participé à leur création et à l'impulsion donnée au niveau national ».

#### 2.4.3 Au sein du GHU Sorbonne Université

Comme nous l'avons présenté précédemment, l'APHP se décline en 6 GHU composé chacun de plusieurs hôpitaux depuis le 3 juillet 2019. Le DMU ORPHé appartient au GHU Sorbonne Université.

En 2022, 13 IPA diplômés étaient répartis sur 3 sites : 9 sur le site de PSL, 3 sur le site de TNN et 1 sur le site de SAT. En juillet 2022, 4 IPA ont été diplômés pour rejoindre le GHU pour atteindre le chiffre de 17 IPA.

---

<sup>2</sup> Stéphanie RIST, rhumatologue et députée qui a porté une proposition de loi portant amélioration de l'accès aux soins

En juillet 2023, 5 IPA supplémentaires devraient être diplômées et rejoindre le GHU dont une IPA sur la filière onco-hémato qui intégrera le DMU ORPHé au sein de service d'onco gériatrie du site de Charles Foix.

D'ici 2024, le GHU Sorbonne université devrait accueillir un total de 29 IPA toutes filières confondues.

## 2.5 Les difficultés rencontrées par les IPA

Cependant, ces dernières alertent déjà sur l'avenir même de leur profession naissante. Les difficultés rencontrées sont le manque de reconnaissance mais également le manque d'information des médecins, le manque de recul sur la formation, une méconnaissance de l'acronyme IPA et un métier encore peu connu des patients et des professionnels.

Selon la présentation faite au premier congrès des IPA à l'APHP qui s'est déroulé le 3 février 2022, les limites rencontrées pour les IPA peuvent être réparties en plusieurs niveaux :

- Limite d'accès aux patients : orientation médicale exclusive, patients déjà atteints d'une pathologie chronique.
- Limite de prescription : pas de possibilités d'adapter ni renouveler les prescriptions de Compléments Nutritionnels Oraux (CNO), transports, liste restrictive d'actes biologiques
- Choix politique avec la mise en place d'un modèle économique inadapté : grille indiciaire fonction publique hospitalière peu attractive, avenant 7 de la convention nationale infirmier inadapté pour les IDE libéraux qui ont un salaire moyen de 800 euros mensuel
- Formation : accès difficile notamment pour les IDE libéraux, hétérogénéité de la formation sur le territoire
- Difficulté liée aux créations de postes : rendu de poste attendu pour une création de poste IPA, non remplacement des IPA parti en formation

Au regard de ces difficultés, le travail mené dans le cadre de ce master 2 prend tout son sens et son intérêt. L'accompagnement de ces professionnels qui exercent ce nouveau métier IPA, au bénéfice de l'expérience patient, est un challenge que j'ai mené au cours des mois de formation et qui sera présenté dans la suite de ce travail.

## 3 Présentation du travail réalisé

### 3.1 Présentation du projet et du rôle de chef de projet

#### 3.1.1 Présentation et cadrage du projet

Une lettre de mission (Annexe 1) en amont de ce projet a été travaillée et validée avec la cadre paramédicale du DMU ORPHé afin de clarifier les attendus de ce projet et les attentes vis-à-vis de mon positionnement dans ce projet managérial.

Cette lettre de mission me permet d'être nommée comme porteur de ce projet aussi appelé **chef de projet**. J'aurais un rôle de chef d'orchestre autour de ce projet et des différents intervenants qui vont être sollicités. Je n'aurais pas de liens hiérarchiques

avec les participants et je vais m'entourer d'experts qui seront réunis régulièrement en Copil.

Mon objectif est d'avoir un rôle fédérateur tout au long de ce projet, en lien avec les experts et les différents intervenants, afin d'atteindre les objectifs fixés qui sont :

- Accompagner au sein du DMU les évolutions médicales et technologiques des spécialistes des tumeurs solides et des hémopathies ainsi que des services associés aux soins en prenant en compte le développement des nouveaux métiers et des évolutions organisationnelles et aspirationnelles issues de la pandémie du coronavirus.
- Avoir une vision à l'échelle du DMU pour la prise en soins globale du parcours de soins du patient en intégrant les différentes étapes du parcours patient en lien avec les professionnels et notamment les nouveaux métiers comme les IPA.

Une présentation de ce projet a été réalisée le 7 décembre 2022 lors d'une réunion d'encadrement du DMU. Elle a été l'occasion de donner des données chiffrées, de présenter le contexte d'émergence, les enjeux et objectifs de ce travail. Lors de cette réunion, une première rencontre, sous forme de Copil, avec les cadres des secteurs d'HDJ a été planifiée le 13 décembre 2022.

Afin de pouvoir préparer ce travail dans des conditions idéales, il m'a semblé essentiel d'avoir un retour d'expérience sur une mise en place réussie d'une IPA.

### 3.1.2 Retour d'expérience en dehors du DMU ORPHÉ

Afin d'amorcer ce travail, j'ai pu rencontrer et échanger avec une IPA, diplômée en 2019 qui exerce actuellement en oncologie gériatrique sur le site de Saint Antoine. Il s'agit d'une **démarche de Benchmarking** qui me paraissait essentielle avant de commencer à mener ce travail au sein du DMU. Initialement utilisée dans l'industrie comme une méthode de comparaison des coûts de production sur un même secteur, le benchmarking est désormais utilisé comme une méthode d'amélioration continue de la performance quel que soit le secteur d'activité [5].

L'IPA rencontrée ne dépend pas du DMU sur lequel mon projet va porter. Elle a un parcours d'IDE « plaie et cicatrisation » sur l'établissement dans lequel elle exerce depuis 10 ans. En 2018, afin de renforcer son poste en mission transversale, elle envisage de faire un master en gériatrie. Le quart des patients dont elle s'occupe sont suivis en oncologie sur l'établissement. Sur les conseils de la direction des soins de l'établissement, elle s'oriente finalement vers le master IPA.

Au regard de son parcours, elle accède directement en deuxième année de Master. Au cours de cette formation, elle réalise un stage de 4 mois dans un institut privé de cancérologie. En sortant de formation, elle admet qu'il a été difficile de trouver sa place au sein du service clinique. Pour elle, l'accord et la volonté médicale sont primordiales pour permettre à une IPA d'exercer dans de bonnes conditions.

Elle a ainsi pu travailler en collaboration avec un oncologue gériatre. L'IPA assure une consultation dédiée une matinée par semaine, puis intervient selon les besoins et demandes des patients sur des créneaux dédiés chaque semaine. Ces consultations sont adaptées aux besoins du patient, en relais de l'HDJ de soins de support ou en post hospitalisation. Elle peut se faire en présentiel ou en téléconsultation.

Le suivi de l'IPA est fait en alternance avec l'oncologue pour les patients âgés de plus de 75 ans. Un oncologue est toujours présent dans le service si l'état du patient nécessite un avis médical immédiat. Toutes les consultations de l'IPA font l'objet d'un compte rendu visible dans le dossier médical informatisé du patient.

Au regard de la confiance établie entre le médecin et l'IPA, un second médecin a confié une cohorte de patients stables à l'IPA également. Le travail d'évaluation de la prise en charge, réalisée par l'IPA, permet un gain de temps médical.

Elle est actuellement la seule IPA sur l'établissement mais accueille de nombreux futurs IPA en stage grâce à un parcours précis d'intégration. Elle relève néanmoins que la volonté médicale est un facteur déterminant pour permettre l'intégration d'une IPA dans un service de soins.

Au cours de sa formation, les différents IPA diplômés ont pu trouver des places sur les établissements publics, des cliniques et hôpitaux privés et également dans des maisons de santé. Il est difficile pour les IPA de trouver leur place en arrivant diplômé dans un service. Il est nécessaire que les modalités de prise en charge par l'infirmier exerçant en pratique avancée définissent clairement les patients qui vont lui être confiés.

Nous avons évoqué ensemble le parcours d'un IPA au sein de ce même établissement dans le service d'hématologie qui est parti au bout de 8 mois d'exercice. Arrivé diplômé, le profil patient pris en charge a été défini. Néanmoins, aucune véritable collaboration médicale n'a pu être établie. Au fur et à mesure, les missions qui lui ont été confiées ne se sont pas insérées dans un cadre suffisamment structurant : il assurait un rôle de rédaction dans les renouvellements de prescriptions et dans les demandes d'examens médicaux sans vraiment avoir la possibilité de suivre en consultations des patients.

Au regard de ces expériences discordantes, nous avons rencontré le médecin oncologue qui travaille en collaboration avec l'IPA sur l'onco gériatrie pour connaître son positionnement face à cette nouvelle profession.

Lors de la création de la plateforme de soins de support sur le service d'oncologie, les médecins avaient envisagé la place d'une IPA. Au sein du service, aucune IDE ne souhaitait évoluer vers le métier d'IPA.

Le service d'oncologie connaissait déjà l'IDE « plaie et cicatrisation » qui intervenait régulièrement dans le service d'oncologie au regard de sa spécialité. Lors de la fin de son master 2 pour évoluer vers le métier d'IPA, elle a fait la démarche de prendre contact avec les médecins du service. Elle a su expliquer son rôle et ses attentes en tant que future IPA. Elle avait envie de continuer de travailler avec les patients pris en charge en onco gériatrie.

L'activité d'onco gériatrie est très importante au sein de ce service. Elle nécessite de nombreux tests, de nombreuses évaluations et beaucoup de demandes émanent également d'autres services pour des évaluations suite à des découvertes de cancers chez des patients âgés.

Il faut prendre en compte que le service d'oncologie a mis en place un protocole de coopération entre médecins et infirmiers sur les chimiothérapies orales depuis 2012. Il y avait donc une certaine connaissance que les IDE peuvent assurer des missions

transversales comme celles qui assurent leurs fonctions au sein du PAO (Pôle d'Anticancéreux Oraux).

Le médecin qui travaille en collaboration avec l'IPA ne voit que des avantages à cette nouvelle fonction. Il assure qu'il est ainsi en capacité d'augmenter le nombre de patients qu'il prend en charge. L'IPA soulage énormément son temps de consultation. Le travail d'évaluation étant fait par l'IPA, cela permet au médecin de diminuer le temps d'une consultation et ainsi voir plus de patients. Il estime qu'elle « allège beaucoup le travail », elle « potentialise mon activité ».

A ce jour, aucun patient n'a refusé le parcours de soins établi avec l'IPA. Le fait d'être appelé et convoqué directement par l'IPA permet de créer directement un lien avec le patient. Les patients ont la sensation d'avoir un interlocuteur privilégié qui facilite le parcours patient au sein du service d'oncologie.

Le service d'oncologie accueille chaque année des étudiants IPA en première ou deuxième année de Master sur la filière Onco-Hémato. Au regard des expériences des anciens étudiants IPA (EIPA), ils semblent compliqués pour beaucoup au moment de leur prise de poste de trouver leur place avec de nombreux projets qui n'aboutissent finalement pas.

Afin de préparer l'arrivée d'un IPA au sein d'un service, un modèle d'implantation peut être proposé aux services souhaitant intégrer des IPA dans leurs équipes. Ce document a été construit à partir du modèle international conçu par Denise Bryant-Lukosius<sup>3</sup> et Alba DiCenso<sup>4</sup> : le modèle PEPPA (Participatory Evidence-based Patient-focused process for Advanced Practice Nursing role development) [24]. Il s'agit d'un modèle participatif, fondé sur les preuves, dans un processus centré sur le patient, pour le développement des IPA.

Nous finirons ce retour d'expérience en disant que pour une collaboration réussie entre le médecin et l'IPA, il est nécessaire d'avoir un projet clairement et précisément défini entre un médecin identifié (déléguant) et une IPA. Il s'agit d'une activité nouvelle, qui nécessite beaucoup de communication et une vision partagée dans les modalités de prise en charge. Il est important que chacun puisse trouver sa place tout au long du parcours de soin du patient pour que cela soit bénéfique pour ce dernier. Nous finirons par la voix du médecin qui affirme que l'IPA, « c'était comme un cadeau ! ».

Après cet échange d'expérience et avant de commencer ce projet, il me semble nécessaire de réfléchir à mon futur positionnement en tant que chef de projet.

### 3.1.3 Leadership et positionnement en tant que chef de projet

Comme se questionne Denis Cristol<sup>5</sup> [25], « être leader, ça veut dire quoi ? ». Selon Lao Tseu, « **un leader** est plus efficace quand les gens savent à peine qu'il existe. Quand son travail est fait, son but accompli, ses troupes pensent qu'elles l'ont fait elles-mêmes ».

---

<sup>3</sup> Professeur à l'école des sciences infirmières et membre associé du Département d'oncologie de la Faculté des sciences de la santé de l'Université McMaster

<sup>4</sup> Membre du corps professoral à la retraite et professeur émérite

<sup>5</sup> Coach spécialiste du management et des ressources humaines, directeur de l'ingénierie et des dispositifs de formation du CNFPT, Docteur en sciences de l'éducation



Il a été important de réfléchir au positionnement en tant que chef de projet avant de débiter ce travail. En tant que cadre de santé, il nous est demandé d'être manager d'équipes au plus près des patients, en étant « sur le terrain ». Aujourd'hui, pour mener ce travail à bien, mon positionnement doit évoluer. Comme l'explique Denis Cristol, « Le management c'est quand les autres sont obligés de travailler avec vous. Le leadership c'est quand ils ont envie de le faire ».

Le changement de position n'est pas si aisé. Il me faut apprendre à ne plus être dans l'opérationnel et à créer un sentiment de confiance aux équipes que je vais accompagner durant les 10 mois du projet. Il est important également de réfléchir aux leviers d'influence que je pourrais avoir avec les participants du projet sur lesquels je n'ai pas de lien hiérarchique.

N'ayant pas de lien hiérarchique, il existe 3 piliers d'influence [26] qui sont la position, la personne et la mission transversale. Cela engendre 12 leviers d'influence que je pourrais actionner en fonction des interlocuteurs et des situations rencontrées. Dans ce projet, le levier de persuasion (pour fédérer et faire adhérer) et celui d'interface (se situer à l'intersection de plusieurs univers et travailler sur l'articulation de ceux-ci) sont ceux qui me semblent les plus importants.

Les apports de la formation et différentes lectures m'ont permis de réfléchir au positionnement que je souhaite avoir tout au long de ce projet.

Selon Alain DUBUC<sup>6</sup> et les 4 cercles du leadership [26], le leader doit donner le cap (être porteur d'une vision), influencer dans le sens souhaité, communiquer efficacement auprès des interlocuteurs motivés et enfin rassembler.

Le **leadership** est un talent que chacun peut développer. Il faut alors être ouvert et curieux. Il a été important d'organiser une veille documentaire sur le métier et les fonctions des IPA. J'ai dû rester à l'écoute de l'actualité qui a été riche et évolutive tout au long de la réalisation de ce projet. Ces recherches m'ont également permis de développer ma vision de ce nouveau métier. J'ai ainsi pu définir quelques objectifs concrets à réaliser rapidement. La réalisation de ces objectifs a permis de repérer les personnes enthousiastes au projet et de les associer tout au long de ce travail. Nous avons ainsi suscité la motivation des autres participants et enfin avons pu communiquer sur les réussites collectives. La communication efficace est restée un atout durant ce projet.

## 3.2 Stratégie de la communication ascendante et reporting

Selon Hugues Marchat, le **reporting** comprend toutes les actions de communication vers les acteurs du projet [27]. Il s'agira principalement de faire un bilan de l'état d'avancement du projet. Il s'agit d'une communication opérationnelle du projet lors des différentes étapes de celui-ci.

Il est établi avec la cadre paramédicale de DMU, commanditaire de ce projet, que je lui ferais des remontées d'informations régulièrement. Chaque copil et réunion en lien avec ce projet feront l'objet d'un compte rendu (Annexe 2) qui sera envoyé aux participants ainsi qu'au commanditaire du projet après relecture et validation de chacun des participants.

---

<sup>6</sup> Professeur associé à HEC Montréal

Les comptes rendus des réunions seront l'occasion de faire un rappel des rencontres précédentes, de détailler le déroulement de la réunion et de consigner les décisions prises ou les travaux à réaliser pour la prochaine étape à mener.

Parallèlement au reporting écrit, des rencontres mensuelles sont organisées pour faire un bilan sur le suivi des actions en lien avec le diagramme de GANTT, réalisé lors de la première rencontre du Copil du projet.

Une présentation au bureau de DMU est d'ores et déjà planifiée en fin de projet ainsi qu'un retour à l'ensemble de l'encadrement du DMU lors d'une réunion planifiée en juin 2023.

### 3.3 Choix de la conduite du changement menée

#### 3.3.1 Définition de la conduite de changement

Le monde hospitalier est en perpétuelle évolution depuis de nombreuses années. La notion de conduite de changement est partout et pourtant il n'est pas si facile de trouver une définition qui fasse consensus. Selon David Autissier<sup>7</sup> et Jean Michel Moutot<sup>8</sup>, la conduite du changement est « un ensemble de méthodes et d'outils pour faire adhérer des bénéficiaires aux objectifs d'un projet » ou encore « méthode consistant à organiser le changement afin de le faire réussir » [28].

Pour ces auteurs, les 3 objectifs de la conduite du changement sont : l'adhésion des principaux acteurs du projet, une transformation réussie et une évolution finale. Il nous faudra alors trouver une méthode de conduite de changement pour arriver à cette finalité.



Ces premiers apports sur la conduite de projet va me permettre de choisir la conduite du changement qui sera la plus appropriée au projet que je mène.

#### 3.3.2 Choix de la méthode de conduite du changement

Afin de mener notre travail à bien, je me suis intéressée aux différentes méthodes de conduite du changement à travers les grands concepts proposés par David Autissier, Isabelle VANDENGEON-DERUMEZ<sup>9</sup> et Alain VAS<sup>10</sup>. Dans leur ouvrage, « Conduite du changement : concepts clés » [29], ils distinguent 4 types de changements qui sont : les changements continus, les changements proposés, les changements dirigés et les changements organisés.

Au regard des définitions de chaque type de changements, le projet mené dans le cadre de ce projet managérial correspond à un **changement dirigé**. En effet, ce modèle est défini par les auteurs de la façon suivante : « l'impulsion du changement est donnée par la direction de manière injonctive avec une contrainte de réalisation

<sup>7</sup> Maître de conférences à l'IAE Gustave Eiffel de l'Université de Paris Est Créteil, Directeur de la chaire ESSEC du changement et de la chaire ESSEC Innovation Managériale et Excellence Opérationnelle

<sup>8</sup> Ingénieur, docteur HEC en gestion, professeur de management et responsable de la majeure Business Development à Audencia Nantes

<sup>9</sup> Professeur à l'université Paris Saclay, coordonne le groupe de recherche MACCA Management

<sup>10</sup> Professeur en stratégie et gestion du changement à la Louvain School of Management

forte et une marge de négociation assez faible. L'état d'urgence (appelée *Burning Platform*) est utilisé pour justifier un changement rapide qui privilégie l'action, à la discussion et au compromis ».

Notre travail a pour objectif d'améliorer la coordination des nouveaux métiers au bénéfice de l'expérience patient dans son parcours en Onco-Hémato avec l'introduction du métier d'IPA. Les IPA sont déjà en place sur certains secteurs, voir ont déjà quitté leur nouvelle fonction comme nous le verrons lors de l'état actuel des IPA au sein du DMU. Il me faut mener une conduite du changement en prenant en compte ce qui est déjà en place et améliorer rapidement la coordination pour que cela devienne un bénéfice dans la prise en charge des patients.

John P. Kotter<sup>11</sup> avance, dans son livre *Leading and change* (1996), l'idée que les changements ne se jouent pas dans les projets mais par l'attitude et la posture des managers au quotidien. Il remet le manager au cœur du changement qu'il voit comme relai opérationnel du changement. Sans remettre en cause les leviers de conduite du changement traditionnel, il affirme que « tout se joue dans la capacité d'incarnation du changement par les managers de première ligne » [30].

John P. Kotter a finalement été l'un des premiers à s'intéresser aux managers et à leur rôle de relais et de constructeur du changement. En tant que futur cadre supérieur de santé, cette vision de la conduite de changement m'a interpellé et donné envie de l'approfondir.

Toutefois, au cours de ce travail, d'autres concepts de conduite du changement pourront être utilisés et venir compléter la vision de John P. Kotter en fonction des évolutions du projet.

### 3.3.3 Conduite de changement selon les 8 étapes de John P. Kotter

Afin de pérenniser mon choix, il m'a semblé important de relire « Alerte sur la banquise ! » de John Kotter et Holger Rathgeber [31]. Ce livre se présente sous la forme d'une fable qui nous fait partager la vie d'une colonie de manchot qui vont mener une conduite du changement sans le savoir.

Cette lecture m'a permis de valider mon choix de méthode et préparer en amont le travail à mener. J'ai ainsi pu suivre une méthodologie pour améliorer le parcours patient en y intégrant les IPA selon **les 8 étapes de John Kotter** :

1. Créer un sentiment d'urgence : aider les autres à percevoir la nécessité du changement, favoriser une dynamique de l'action
2. Réunir l'équipe de pilotage : confier la responsabilité du pilotage à un groupe soigneusement sélectionné
3. Développer la vision et la stratégie de changement : préciser en quoi l'avenir sera différent et comment cet avenir peut devenir réalité
4. Communiquer pour faire comprendre et adhérer : veiller à ce que le plus grand nombre de personne comprenne et accepte la vision et la stratégie mise en place
5. Donner aux autres le pouvoir d'agir : encourager chacun à agir et faire advenir la véritable innovation

---

<sup>11</sup> Professeur à la Harvard Business School, considéré comme une autorité sur le leadership et le changement

6. Produire des victoires à court terme : créer des succès visibles le plus rapidement possible
7. Persévérer : renforcer et accélérer le mouvement après les premiers succès
8. Créer une nouvelle culture : soutenir les nouveaux comportements et veiller à ce qu'ils soient productifs

## 4 Mise en place de la conduite du changement selon John Kotter

### 4.1 Créer un sentiment d'urgence : État des lieux actuels des IPA sur le DMU ORPHÉ

Afin de mener à bien ce projet managérial, j'ai centré mon attention sur le positionnement des IPA au sein des 4 hôpitaux de jour du DMU. Le DMU est une entité administrative mais avec des fonctionnements, des organisations et des ressources différentes d'un site à l'autre, d'un service à l'autre. Ce manque de cohérence nous a d'ailleurs été reproché lors de la demande de labellisation européenne.

Le site de Pitié Salpêtrière accueille 2 IPA au sein du DMU ORPHÉ : en oncologie et en hématologie. Au sein du service d'oncologie sur PSL, l'IPA est arrivée en 2020. Au regard de la crise sanitaire liée à la pandémie de la COVID-19, elle assurait des missions d'IDE en HDJ et n'a pas pu prendre ces nouvelles missions d'IPA. Elle travaille depuis 1 an avec un protocole d'organisation rédigé. Son positionnement a été difficile à trouver notamment avec l'équipe médicale. Elle a eu du mal "à trouver sa place" avec un métier et des missions qui demeurent flous vis à vis de ses collègues IDE malgré sa grande expertise au sein du service. L'hématologie de PSL a accueilli une IPA en septembre 2022. Elle vient alors juste d'obtenir son concours sur titre et débutera son activité d'IPA en janvier 2023. Son installation n'est pas encore finalisée. Le protocole d'organisation est en cours d'écriture et devra être finalisé au cours de l'année 2023.

Sur le site de Tenon, une IPA est arrivée sur les services d'oncologie médicale et radiothérapie en octobre 2021. Arrivée en 2007, elle a travaillé au sein de ces 2 services avant de participer à la création du poste d'infirmière d'annonce. Après sa diplomation IPA, elle a facilement trouvé sa place au sein du service de radiothérapie qui, par son activité très règlementé, travaille selon les protocoles et règles établies. Elle a toutefois des difficultés pour effectuer ses missions au sein du service d'oncologie médicale en raison du non adressage des patients, définis dans le protocole d'organisation, par les médecins du service.

Sur le site de Saint Antoine, le service d'hématologie a connu une première expérience de mise en place d'un IPA. Après 8 mois d'activité, le positionnement de l'IPA n'a pas été satisfaisant et il a décidé de quitter son poste pour partir vers un poste dans une autre structure. Les missions qui lui ont été confiées ont certainement été mal définies. N'étant pas issu de l'équipe initiale du service, cette problématique de légitimité a également été semblablement amplifiée. L'autonomie nécessaire pour exercer la fonction d'IDE IPA rend plus complexe son suivi et son encadrement. Un

manque de connaissance de son rôle et activité au sein du service ne lui a pas permis d'accéder à des repères. Aucun protocole d'organisation n'a été rédigé.

A travers cet état des lieux, j'ai pu m'apercevoir le sentiment d'isolement rencontré par les IPA et les difficultés que chacune rencontre sur son site et qui finalement sont semblables à toutes. Le rapport de l'OECl, qui a signifié un manque d'harmonisation et de coordination entre les sites, s'en ressent également au niveau de l'organisation des IPA au sein du DMU.

## 4.2 Réunir l'équipe de pilotage

### 4.2.1 Choix des participants du COPIL

Les experts de ce projet sont les cadres de santé ou faisant fonction de cadre des services d'HDJ dans lesquels les IPA travaillent déjà ou les services du DMU dans lesquels des IPA ont déjà exercés. Les experts seront donc au nombre de 5 (3 cadres de santé et 2 FFC) au cours de ce projet. Ils accompagnent les IPA dans leurs missions et assurent la gestion des services d'HDJ dans lesquelles les IPA interviennent au quotidien.

Les experts ont été choisis en fonction de leurs missions mais aussi de leurs **compétences managériales** sur l'accompagnement des professionnels. Selon Michel BARABE<sup>12</sup> et Olivier MEIER<sup>13</sup>, dans leur ouvrage « Manager, tout le management à l'ère digital » [32], « une compétence peut se définir comme un processus, où interviennent des capacités (faculté à réaliser différentes activités), des aptitudes (talents innés applicables dans le travail) et des connaissances (informations spécifiques sur un sujet) générées par un manager afin de répondre sous forme de rôle aux demandes formulées par son environnement».

Selon les travaux d' Elihu KATZ<sup>14</sup>, les compétences managériales peuvent se décliner en trois groupes :

- Les compétences techniques

Ce sont les outils et les techniques que le manager maîtrise et qui lui sont nécessaires pour exercer son travail. Elles sont le fruit de connaissances acquises en formation initiale (IFCS pour les cadres de santé) ou continue (pour les faisant fonction qui ont suivi des formations en management), d'aptitudes et de capacités.

- Les compétences humaines ou relationnelles

Les cadres impliqués dans ce projet ont des qualités de leadership et notamment des capacités à motiver, à mobiliser et à entraîner leurs équipes autour d'objectifs en lien avec ce projet. Je pourrais ainsi m'appuyer sur eux pour avoir une dynamique de projet autour de ce sujet.

- Les compétences conceptuelles ou cognitives

Il s'agit d'un savoir-faire interprétatif qui vont leur permettre d'interpréter les tendances dans leur organisation ou leur environnement.

---

<sup>12</sup> Maître de conférences à l'Université Paris-Est et professeur affilié à Sciences Po Executive Education

<sup>13</sup> Professeur des Universités en stratégie et management à l'Université Paris Est, Paris Dauphine et Sciences Po

<sup>14</sup> Psychosociologue et universitaire américain

Ne connaissant ni les services, ni les professionnels qui exercent et qui vont intervenir tout au long de ce projet, le choix de l'équipe pilotage est primordial. Je pourrais ainsi m'appuyer sur leurs compétences tout au long de ce projet.

La première réunion du COPIL m'a permis de définir clairement les attendus du projet pour atteindre les objectifs définis, auprès et avec les experts du projet. Les échanges avec les experts permettent, lors de cette première rencontre, de lister les grandes tâches du projet et de les décliner en actions à entreprendre de manière détaillée sur une planification de type GANTT (présenté dans la partie 4.3.2).

#### 4.2.2 Analyser les risques du projet

L'analyse des risques est un élément indispensable à la gestion de ce projet. Nous avons donc fait une analyse des risques lors de la première réunion du COPIL.

Nous avons listé, avec les cadres experts, les éléments qui pourraient avoir un impact sur le projet notamment en termes d'atteintes des objectifs dans les délais impartis :

- Adhésion des médecins
- Délimitation de façon claire et précise du champ des compétences et d'action des IPA
- Positionnement de l'équipe

Afin d'affiner les risques, je souhaite réaliser **un SWOT**. Il s'agit d'un outil d'analyse qui permet de faire le point sur le projet sous un angle stratégique. Il va m'aider à mieux préparer la conduite de ce projet en m'appuyant sur les forces identifiées et les opportunités. Les menaces identifiées vont me permettre d'adapter la conduite à venir. Je prendrais en compte les faiblesses identifiées afin qu'elles ne deviennent pas des menaces supplémentaires.



L'analyse de ces risques nous permet de réfléchir et d'accentuer l'importance de la communication que nous devons avoir tout au long de ce projet, que ce soit auprès des IPA qui seront directement concernés, des équipes médicales ou que ce soit

auprès des professionnels qui travaillent en collaboration avec les IPA comme les infirmières de coordination (IDEC) ou les IDE d'annonce.

## 4.3 Développer la vision et la stratégie de changement :

### 4.3.1 Planification et déclinaison en groupes de travail

Au regard des échanges, les membres du COPIL et moi-même proposons la constitution de **3 groupes de travail**, dont les objectifs seront détaillés dans la partie suivante, qui vont s'intituler de la façon suivante :

Groupe 1 : Création et animation d'un club IPA

Groupe 2 : Connaissances des professionnels et attentes des patients

Groupe 3 : Protocoles d'organisation

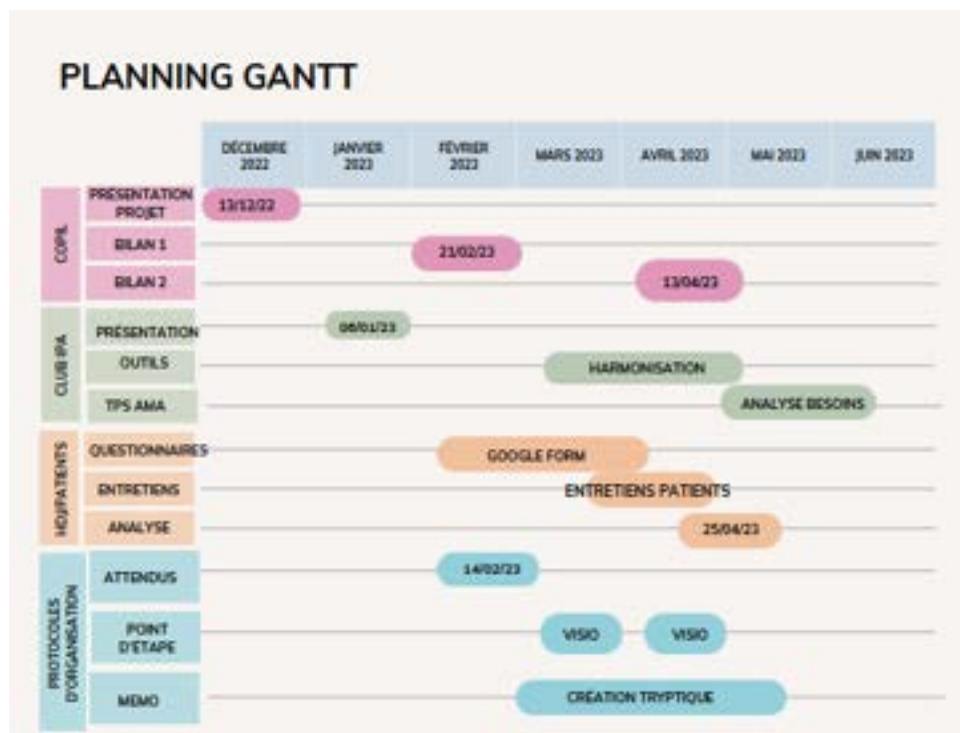
Le Copil estime que 3 réunions par groupe permettront de mener à bien ce travail en travaillant entre les différentes dates des rencontres. Je propose qu'un binôme de cadres experts assure la gestion de chaque groupe. Les experts choisissent leur groupe en fonction de leur expertise et de leur appétence sur les différentes thématiques.

Les participants, qui sont associés à chaque groupe, sont déterminés lors du premier COPIL afin de pouvoir les informer dès que possible au regard du délai assez court du lancement du projet.

L'échelle de ce projet étant au périmètre du DMU, il s'étend sur plusieurs services et plusieurs sites ce qui peut compliquer la mise en place du projet dans l'organisation des réunions des différents groupes de travail. Afin de faciliter l'organisation, chaque groupe pourra définir pour ces différentes dates de rencontres le lieu de la rencontre ou la possibilité d'utiliser des liens pour faire des réunions en visio.

### 4.3.2 Planification sous forme de diagramme de GANTT

Un **diagramme de GANTT** est réalisé pour permettre une visualisation de la déclinaison du projet. Il est présenté et validé par le commanditaire du projet. Le diagramme de GANTT est un outil efficace pour suivre visuellement l'avancement du projet. Toutefois, il ne s'agit pas d'un planning figé et il évoluera en fonction du projet et notamment des retours des différents groupes de travail.



#### 4.3.3 Définir des indicateurs pour évaluer le déroulement du projet

Selon la définition de la Haute Autorité de Santé (HAS), « un indicateur de qualité et de sécurité des soins permet de mesurer un état de santé, une pratique ou la survenue d'un évènement, et ainsi d'évaluer la qualité des soins et ses variations dans le temps» [33].

Les caractéristiques d'un indicateur qualité de qualité et de sécurité des soins, toujours selon la HAS doivent aux critères suivants : pertinence, validité, fiabilité et reproductibilité, faisabilité et acceptabilité du recueil et de la mesure.

Cette définition, associée aux critères, a permis d'établir des indicateurs qui vont permettre de mesurer l'impact de ce travail. Au regard du délai court (temps du projet sur 10 mois), certains critères nous permettront de faire le constat de l'état actuel et de préciser les attendus selon une échelle de temps défini.

Les indicateurs qualités choisis pour mesurer la pertinence de ce travail sont au nombre de 7. Ils sont présentés dans le tableau ci-dessous :

Indicateur	Constat	Action	Attendu
Nb de personnes présentes aux groupes de travail	Montre l'adhésion des participants	Garder la motivation	Nb qui stagne ou augmente
Taux de personnes interrogées qui connaissent le rôle de l'IPA	Montre la méconnaissance des professionnels	Réaliser des flyer	Refaire l'enquête 6 mois après la diffusion des flyer
Nb d'intervention pour communiquer sur leur métier	Demande des professionnels d'avoir de l'information	Plan de communication	Améliorer le critère précédent
Nb de médecins qui adressent des patients aux IPA	Permet de mesurer l'impact de l'intégration de l'IPA	Améliorer la communication	Augmenter le nb de médecins qui adressent des patients
Nb de patients pris en charge au sein du DMU par les IPA	Permet un suivi de l'activité des IPA	Faire un relevé via <u>Orbis</u>	Augmenter le nb de patients pris en charge
Nb d'IPA au sein du DMU	Permet de mesurer l'attrait du DMU	Mettre un place un dispositif d'accueil	Augmenter le nb d'IPA
Nb de cotations réalisées par les IPA	Permet de valoriser le travail réalisé par les IPA	Communiquer sur les possibilités en terme de cotation	Valoriser le travail effectué par les IPA du DMU



L'analyse de ces indicateurs qualités sera réalisée à posteriori de la conduite de projet et permettra de donner une échelle de temps pour les indicateurs non finalisés.

## 4.4 Communiquer pour faire comprendre et adhérer

Pour chacune des étapes suivantes de la conduite de projet, je déclinerai les actions et résultats pour chacun des 3 groupes de travail.

### 4.4.1 Groupe 1 : Création et animation d'un club IPA

Les objectifs définis pour ce groupe de travail sont de créer une dynamique et un collectif IPA au sein du DMU, afin de permettre la création d'un espace d'échange et de retour d'expérience, donner la possibilité de travailler en commun sur la recherche ou la formation par exemple.

La création d'un "Club des IPA" au sein du DMU permettra de **créer un collectif** et d'asseoir leur positionnement au sein des équipes médicales et paramédicales. Définir la stratégie d'implantation des IPA au sein du DMU pourra se faire en établissant une fiche de poste commune et des protocoles d'organisation avec les médecins pour chacune des IPA sur DMU.

Ce groupe sera composé exclusivement des IPA et accompagné par 1 cadre de santé et moi-même. La première réunion est l'occasion d'apprendre à se connaître, d'être à l'écoute de leurs attentes, de leurs difficultés, d'établir le rythme des rencontres et élaborer le contour et les règles de ce club IPA. Les règles consistent à rappeler que l'ensemble des échanges se fera dans la bienveillance et le respect. L'ensemble des discussions au cours de ce club IPA restera au sein de ce groupe. L'objectif étant qu'elles se sentent libres de s'exprimer sans jugement ni crainte de ce qui sera dit ou exprimé.

### 4.4.2 Groupe 2 : Connaissances des professionnels et attentes des patients

Un autre enjeu majeur de ce projet managérial sera l'articulation des différents métiers IDE : IDE d'annonce, IDE de coordination du parcours patient, IPA, etc... La place de ces différents métiers sera centrale dans le dispositif. La vision des patients sera essentielle à prendre en compte car notre objectif, rappelons-le est d'améliorer la coordination des nouveaux métiers au bénéfice de l'expérience patient dans son parcours en oncologie-hématologie au sein du DMU avec l'introduction du métier d'IPA.

Nous devons, dans un esprit de dialogue et de concertation, convier **un patient partenaire** et/ou un représentant des usagers à réfléchir avec nous aux orientations stratégiques du service notamment pour ajuster la cible et les propositions en matière de soins de support. Il est important que les soins de support fassent partie intégrante du parcours du patient en accord avec les différents plans cancers nationaux. Au-delà de la prise en charge médicale, il me semble essentiel aujourd'hui de pouvoir répondre aux attentes des patients avec une prise en charge globale. L'IPA pourra également accompagner les patients en leur proposant un accompagnement en thérapie sportive, une prise en charge nutritionnelle afin de prévenir une dénutrition souvent rencontrée dans ce type de pathologie ou un accompagnement par des socio esthéticiennes.

Ce projet managérial s'inscrit dans une logique d'efficience. Une fluidification du parcours ambulatoire des patients permettra de recentrer l'hôpital sur son plateau technique et son expertise sur une prise en charge des pathologies les plus complexes. Éviter les hospitalisations inappropriées et les ruptures de prise en charge, mieux maîtriser l'amont et l'aval en lien avec la médecine de ville et améliorer le circuit patient permettront de répondre de façon efficiente aux besoins de la population atteinte de cancer.

Les objectifs de ce groupe de travail sont de faire d'élaborer et de conduire un minimum de 30 **questionnaires à destination des personnels médicaux et paramédicaux des HDJ** dans lesquels travaillent les IPA et de réaliser à minima 10 **entretiens patients** pour permettre de connaître le retour et les attentes des patients en termes de parcours patient ainsi que leur connaissance sur les différents acteurs rencontrés tout au long de leur prise en charge.

Le groupe 2 est composé des IPA du DMU, des IDE de coordination du parcours patient de 2 sites. Un patient expert ou des représentants des usagers rejoindront le groupe de travail pour les réunions qui auront pour objectif d'analyser les retours des entretiens avec les patients. Le travail finalisé sera présenté à la **commission des usagers** (CDU).

Les missions de la CDU sont de s'impliquer, au nom des usagers, dans l'organisation de l'établissement de santé, de contribuer à l'amélioration de la vie quotidienne du patient mais aussi de faire du lien entre les patients et les professionnels de santé dans le respect de ses droits.

L'article R.1112-81 [34] du code de la santé publique indique que la CDU est composée du représentant légal de l'établissement ou la personne qu'il désigne à cet effet, de deux médiateurs et leurs suppléants (article R.1112-82) désignés par le représentant légal de l'établissement et deux représentants des usagers et leurs suppléants (article R. 1112-83), désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé. Les représentants des usagers sont choisis pour une durée de mandat de 4 ans, ils sont bénévoles et issus des associations agréées (article L. 1114-1). Ils suivent une formation de base délivrée par les associations de représentants des usagers. Cette formation donne droit à une indemnité versée au représentant des usagers par l'association assurant la formation. Le représentant légal de l'établissement arrête la liste nominative des membres de la commission qui sera alors affichée au sein de l'établissement. Elle est également transmise au directeur de l'Agence Régionale de Santé (ARS) et est remise à chaque patient avec le livret d'accueil.

#### 4.4.3 Groupe 3 : Protocoles d'organisation

L'objectif de ce groupe est d'aider et de porter une réflexion à la rédaction ou l'élaboration des protocoles d'organisation de chaque site ayant ou souhaitant avoir une IPA au sein du DMU. Une présentation commune est envisagée avec une déclinaison qui sera différente selon la cohorte de patients suivis.

Comme précisé dans le cours de Dominique Letourneau<sup>15</sup> intitulé « Coopérations professionnelles et pratiques avancées », *« le droit français ne mentionne pas le transfert de compétences en tant que tel, mais la coopérations entre professionnels de santé. Ce choix linguistique s'explique par les conséquences juridiques qui en*

---

<sup>15</sup> Professeur associé des Universités Faculté de médecine de Créteil

découlent. Le transfert de compétences en droit impliquerait une évolution des statuts respectifs des catégories de professionnels de santé ».

L'article 51 de la loi HPST [2] vise à étendre le principe de coopération. Il permet aux professionnels de santé, selon la loi, « d'opérer entre eux des transferts d'activités, ou d'actes de soins, ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient. » Dans le cadre de la pratique avancée, la prise en charge globale du patient est assurée par un médecin tout comme la conduite diagnostique et les choix thérapeutiques. L'IPA participe à la prise en charge des patients dont le suivi lui est confié par un médecin en apportant son expertise et en organisant les parcours de soin.

Dans le cadre de ce travail en coopération entre le médecin et l'IPA, un protocole d'organisation doit être établi en précisant :

- Le ou les domaines d'intervention concernés
- Les modalités de prise en charge par l'IPA des patients qui lui sont confiés
- Les modalités et la régularité des échanges d'information entre le médecin et l'IPA
- Les modalités et la régularité des réunions de concertation pluriprofessionnelles destinées à échanger sur la prise en charge des patients concernés
- Les conditions de retour du patient vers le médecin.

Le protocole d'organisation doit être signé par le ou les médecins et l'IPA. Il est porté à la connaissance de l'ensemble de l'équipe de soins.

Toutefois, un projet managérial qui s'inscrit à l'échelle d'un DMU sera probablement confronté à quelques obstacles. La **résistance au changement** sera certainement rencontrée à cause notamment d'un cloisonnement des services et des organisations très hiérarchisées. Il me faudra trouver des outils managériaux afin d'éviter de me retrouver face à des identités professionnelles avec des délimitations strictes des rôles impartis : notamment de la part de l'équipe médicale des différents services tout en prenant en compte les différents profils IDE qui interviennent autour du patient.

## 4.5 Donner aux autres le pouvoir d'agir : encourager chacun à agir et faire advenir la véritable innovation

### 4.5.1 Groupe 1 : Création et animation d'un club IPA

Lors de la première rencontre de ce groupe de travail, cela a été l'occasion pour les 3 IPA déjà en poste de se présenter en détaillant leur parcours professionnel et leur positionnement actuel dans son service. Je mène ce groupe de travail en l'absence du second cadre de santé, référent de ce groupe de travail.

Il a été rapidement l'occasion de discuter, de s'ouvrir et de pouvoir s'exprimer sur les difficultés qu'elles pouvaient rencontrer chacune au sein de leur service. Elles abordent assez rapidement la collaboration parfois difficile avec les IDE d'annonce et de parcours patients. Elles soulignent le fait de l'importance de bien définir le rôle et place de chacun afin de « ne pas se marcher dessus ». Au regard de cette expression, il semble que le deuxième groupe de travail trouvera tout son sens au cours de ce projet.

Elle m'explique que certains médecins orientent occasionnellement les patients indiqués aux IPA et que les protocoles d'organisation ne sont pas rédigés pour certaines ou pas totalement respectées pour d'autres. De la même façon, il

semblerait que le troisième groupe de travail proposé par le Copil soit pertinent afin de diminuer les difficultés rencontrées liées aux protocoles d'organisation.

Elles expriment la difficulté de positionnement en arrivant en tant qu'IPA, car elles passent d'experte (en tant qu'IDE) à novice (en tant qu'IPA). Elles ont un sentiment de solitude pour trouver leur organisation et pour rédiger des outils du quotidien.

Je les encourage à définir leurs attentes vis à vis de ce club IPA, que c'est elles qui vont le faire vivre et pourront ainsi aider les futurs IPA qui rejoindront le DMU ORPHÉ. Elles sont ravies à l'idée de pouvoir avoir un temps dédié entre elles pour partager, échanger et discuter. Elles me proposent de créer un espace partagé numérique de travail pour mettre en commun leurs outils créés par chacune afin d'avoir des documents communs au DMU pour avoir une identité plus forte en tant qu'IPA. Elles souhaitent également adapter les dates en fonction de leur disponibilité et établissent de nouvelles dates et horaires de rencontres en partant sur un temps de rencontre tous les 2 mois.

Elles me sollicitent pour participer aux autres groupes de travail car elles sont intéressées par les thématiques. Je leur explique qu'elles sont les bienvenues en fonction de leur disponibilité et de leur planning. Le but n'étant pas de les submerger de réunions ni de travail mais que ce groupe est le leur, que l'ensemble de ce travail a pour but de faciliter l'intégration du métier d'IPA pour en faire bénéficier les patients. Elles doivent donc garder une liberté d'agir qui me semble essentielle au bon fonctionnement de ce projet.

Elles ont une volonté d'agir qui m'amène à confirmer que cela va constituer une dynamique positive pour ce projet. Elles sont très motivées, très impliquées et viendront solliciter les cadres experts tout au long du projet. Elles me proposent d'inclure, à ce groupe de travail, une étudiante IPA qui arrive en stage de 6 mois sur le service d'oncologie de PSL en février 2023. Cette dernière prendra un poste en sortie de master IPA en juillet 2023 dans le service d'onco gériatrie de l'hôpital Charles Foix et rejoindra ainsi les IPA du DMU ORPHÉ. L'implication des IPA va participer à la réussite du projet.

#### 4.5.2 Groupe 2 : Connaissances des professionnels et attentes des patients

La planification Gantt initialement proposé, s'est avérée, du point de vue du groupe de travail 2 trop distant en terme de temporalité. Ils souhaitent pouvoir amorcer les questionnaires et les diffuser afin de faire une première analyse lors de la réunion prévue en mars 2023. Ainsi, sous l'impulsion des pilotes du groupe, les délais ont été ajustés.

L'IPA d'hématologie de PSL se propose de rédiger une première version du questionnaire destinés aux professionnels des secteurs d'HDJ. Il nous semble, en effet, plus facile de travailler et échanger sur une base déjà rédigée. Le questionnaire réalisé est envoyé par mail aux différents intervenants, réajusté et validé.

Une discussion a lieu autour de la difficulté à donner la version papier notamment aux équipes médicales. Il est décidé de réaliser une version **numérique**, qui finalement sera utilisée par tous (Annexe 3). Il semble plus facile d'impliquer les répondants à répondre via une version accessible sur Smartphone ou ordinateur plutôt que sur la version papier.

Un des pilotes de ce projet vient nous interpellé au cours de la diffusion sur la pertinence d'informer les responsables de secteurs avant la diffusion du questionnaire. Même s'il est vrai que ce travail a été présenté à l'ensemble des cadres de santé du DMU, lors de la présentation de décembre 2022, je trouve que l'idée proposée a toute sa légitimité. Il est donc décidé de demander à chaque cadre de prévenir le chef de service avant de distribuer les questionnaires. Ce travail doit se faire en toute transparence et inclure aussi bien les équipes paramédicales que médicales qui auront aussi toute leur importance dans la réussite de ce travail.

En ce qui concerne la réalisation des guides d'entretien à destination des patients, ils ont amené beaucoup de questions restées sans réponses au cours de cette réunion de travail. Les pilotes de ce groupe, 2 cadres d'HDJ (l'un en hématologie, l'autre en oncologie), proposent chacun une version du guide d'entretien. Les participants à la réunion de travail se questionnent alors beaucoup sur la façon d'interroger les patients et surtout quelle sémantique utilisée.

## L'ENTRETIEN DIRECTIF

Vous vous entretenez avec une personne autour d'un thème spécifique avec une série de questions précises dont vous suivez l'ordre.

TEMPS DE PRÉPARATION	TEMPS TERRAIN	MATÉRIEL
Moins d'une demi-journée	De 30 mn à 1h	Carnet, stylo, grille d'entretien

### AVANT L'ENTRETIEN

- Recrutez les personnes concernées par votre sujet.
- Présentez l'objectif : comprendre leur vécu, sans jugement ni évaluation.
- Préparez votre grille d'entretien qui guidera les échanges.

### LE JOUR

- 1 Invitez les personnes interviewées dans un espace neutre. Privilégiez une installation l'un à côté de l'autre, plutôt que face à face, pour indiquer qu'il n'y a pas de hiérarchie.
- 2 Introduisez la session en commençant par des questions générales sur la vie et le parcours de la personne. Puis, reprenez l'échange autour des thématiques identifiées.
- 3 Suivez votre grille d'entretien, en respectant l'ordre des questions.
- 4 Assurez-vous de noter exactement ce que la personne dit, et non ce que vous pensez qu'elle veut dire. Soyez attentif au langage corporel et aux réactions des personnes.
  - Si la personne est d'accord pour enregistrer la session, comptez vos notes à posteriori.
- 5 Concluez en remerciant la personne et en lui demandant si elle accepte d'être recontactée.

### DATAUT PERFORMANCE

Avec ce type de recueil, les résultats sont facilement comparables, puisque la grille d'entretien est commune.

### MODÈLES ET Outils

- Grilles d'entretiens
- Fiches Posture et Éthique de l'entretien, questions et réponses types

Téléchargez ces modèles sur [www.anap.fr/consultation/actualites](http://www.anap.fr/consultation/actualites)

Les méthodes de recueil de l'expérience patient s'utilisent de manière combinatoires et complémentaires.

Pour recueillir l'expérience patient, les observations ne semblent pas suffisantes. Le choix des questionnaires semble plus approprié.

L'ANAP différencie :

- L'entretien semi-directif
- L'entretien directif
- L'entretien en contexte
- Le focus groupe

Après présentation des différentes méthodes, le groupe prend la décision de mener des entretiens directs.

Comment définir les professionnels qui interviennent tout au long de leur parcours de soins ? Est-ce que le « jargon médical » va leur parler ? Comment arriver à les interroger sans les influencer sur les IPA, les Ide d'annonce, les Ide de coordination du parcours patients ? Au travers des discussions, il est évoqué pour les identifier : IDE spécialisées, IDE d'accompagnement du parcours de soins, différentes fonctions des IDE en HDJ.

Ne trouvant pas de consensus, il est décidé de réfléchir à la façon de rédiger le guide d'entretien d'ici la prochaine rencontre prévue afin d'ensuite le valider. Les pilotes de ce groupe proposent de retravailler dessus ensemble afin de pouvoir continuer à échanger avec les participants entre les réunions.

Avec le recul de quelques semaines, une nouvelle réunion est ajoutée au cours de laquelle le guide d'entretien à destination des patients est finalisé. Après de nombreuses discussions et échanges, une approche moins centrée sur les IPA est trouvée afin de pouvoir laisser plus facilement les patients s'exprimer.

Le guide d'entretien (Annexe 4) reprend les questions suivantes :

- Savez-vous ce que signifie IPA ?
- Bénéficiez-vous d'une IPA dans votre prise en charge ?
- Rencontrez-vous une IDE parcours de soins au cours de votre prise en charge ?
- Si oui, savez-vous son prénom ?
- Qui vous a adressé à elle ?
- Quelles sont ses missions auprès de vous ?
- Qu'en avez-vous pensé ?
- Avez-vous des attentes particulières ou des améliorations à proposer ?

Le groupe fait le choix de demander aux patients le prénom des IDE qui interviennent au cours de leurs parcours de soins. En effet, que ce soit pour les IPA ou les IDE du parcours patients qui ont participé à la rédaction de ce guide d'entretien, toutes pensent que les patients les connaissent avec leur prénom plutôt que leur fonction. Elles disent elles-mêmes se présenter auprès des patients avec leur prénom et finalement ne pas mettre en avant leur fonction.

La phase d'entretien s'est déroulée sur les deux premières semaines du mois d'avril. Les entretiens ont été menés par les pilotes du groupe de travail dans les salles d'attente des services HDJ. Le sujet a été présenté aux patients et leur accord a été demandé avant de mener l'entretien qui durait entre 10 et 15 minutes.

Les résultats des entretiens patients ont été analysés le 25 avril en présence d'une **patiente partenaire** qui exerce au sein du GHU Sorbonne Université et seront présentés dans la partie 4.7.2. Elle a un DU Patient partenaire et référent en rétablissement en oncologie délivré par l'Université Des Patients (UDP) à Sorbonne Université, une formation diplômante de 40h (Education Thérapeutique du Patient chronique), une Masterclass « s'outiller pour sécuriser le parcours de soins et réduire les risques liés aux médicaments sous surveillance (Plan de Gestion des Risques) », un DU Démocratie en santé : s'outiller pour construire l'expertise en santé (en cours) à l'UDP Sorbonne Université, une formation en cours pour devenir Patient partenaire formateur à l'UMDPC en santé Université de Bourgogne et une Masterclass en cours mission patient partenaire dans le cancer du sein métastatique à l'UDP Sorbonne Université. Elle exerce à mi-temps sur l'ensemble des sites du GHU Sorbonne Université. Son regard « différent et complémentaire », comme elle le dit, sera un atout pour analyser le retour des entretiens patients.

Selon, Catherine Tourette-Turgis, professeure et fondatrice de **l'Université des patients-Sorbonne Université** et chercheuse au Cnam, un patient expert ou patient partenaire: « partage l'expérience vécue de la maladie et collabore comme membre à part entière de l'équipe de soins. Mais pour être partenaire... il doit avoir été formé sur les composantes médicales et thérapeutiques des maladies, l'ingénierie des projets de recherche, et les compétences relationnelles liées à l'accompagnement des malades ».

L'Université des patients-Sorbonne Université a formé plus de 300 patients depuis 2010. À l'issue de ces formations, plus de 10 % d'entre eux ont été recrutés et salariés dans des services de soin, notamment en oncologie. On parle de moins en moins de patient expert, quand la notion de patient partenaire met l'accent sur la nécessité d'une approche collaborative entre soignants et patients, qui s'impose d'autant plus que les approches ambulatoires du soin sont de plus en plus fréquentes.

#### 4.5.3 Groupe 3 : Protocoles d'organisation

Après quelques échanges de mail, les deux cadres référents m'ont demandé un entretien téléphonique en amont de la date du groupe de travail. Ils m'informent en avoir discuté entre eux et qu'ils ne perçoivent pas leur rôle en tant que cadre de santé dans ce groupe de travail.

Ils ne se sentent pas légitimes pour travailler sur les protocoles d'organisation. Pour eux, seul le binôme IPA/médecin du service peut travailler sur le protocole en lui-même. Effectivement, la présence d'un médecin est essentielle dans la rédaction d'un protocole d'organisation. L'idée de ce groupe était plutôt de créer un guide d'aide à la réalisation du protocole avec ce qui pouvait être commun, les documents utiles et la méthode utilisée pour faciliter sa rédaction. Ce travail avait pour objectif que le cadre facilite et accompagne l'IPA dans la rédaction de son protocole d'organisation et fasse du lien avec l'équipe médicale et plus particulièrement le médecin qui travaillera avec l'IPA.

La réflexion se porte donc sur la place du cadre de santé dans la rédaction du protocole et dans l'encadrement même de l'IPA. Les cadres assurent avoir la possibilité d'apporter une relecture mais ils considèrent les IPA en missions transversales comme étant parfois complémentaires aux missions du cadre.

En tant que chef de projet, cet avis et positionnement me questionnent. Est-ce que la délimitation de ce groupe de travail n'est pas le bon ? Est-ce que mes attentes en tant que chef de projet mettent en difficulté l'équipe de cadre en place ?

Il me semble alors important de réfléchir à la place du **lien hiérarchique** qu'il peut exister ou pas entre un cadre de santé dans un service et un IPA. Pour ce faire, j'ai pu échanger avec les IPA du DMU en partant d'un article, issu de la Revue de la Pratique Avancée, présenté sous la forme de regards croisés intitulé « Vers la collaboration IPA-Cadre de santé » [35].

Dans cet article, les regards croisés sont vraiment différents selon l'IPA ou le cadre de santé qui sont interviewés. L'IPA interrogé pense que le cadre de santé et l'IPA ne peuvent pas s'inscrire dans une relation hiérarchique. Il estime que l'IPA dispose d'une telle autonomie et un tel champ d'intervention qu'un cadre de santé ne serait pas légitime pour encadrer un IPA. Un IPA peut effectivement intervenir sur différents services, avec des activités également de veille scientifique, d'enseignement ou de recherche. Le fait que l'IPA définisse et signe son protocole d'organisation directement avec le ou les médecins référents de semble pas laisser de place à un management par le cadre de santé d'après l'IPA interrogé. Il lui semble plus pertinent d'envisager la création d'un coordonnateur IPA au sein d'un pôle ou même d'un établissement selon la taille de la structure de soins. Ce coordonnateur IPA devrait, selon lui, être rattaché à la direction des soins et permettrait la formulation d'un lien spécifique avec les commissions médicales d'établissement (CME). Il est important de

noter, qu'à ce jour, seuls les médecins et pharmaciens peuvent siéger au sein de la CME.

D'un autre côté, la vision du cadre de santé dans cet article est tout autre. En tant que cadre de santé, elle considère que l'IPA reste un agent de la fonction publique et de ce fait a des droits et des obligations qui sont vérifiés par une personne en position hiérarchique comme le cadre de santé. Pour elle, il ne faut pas confondre l'autonomie que l'IPA a, dans sa pratique et son périmètre d'exercice, et la notion d'indépendance qui signifierait que l'IPA peut se passer de toute forme d'autorité. Elle rejoint toutefois l'IPA interrogé sur la nécessité d'avoir une personne encadrante dédiée pour les IPA. Elle précise toutefois que l'encadrement de l'IPA ne doit pas forcément, selon elle, être assuré par un IPA. Elle prend l'exemple des cadres médico technique qui assurent l'encadrement de services cliniques pour illustrer ces propos.

Les IPA du DMU que j'accompagne au cours de ce travail semblent partager la vision de l'IPA interviewé. Et finalement, les doutes exprimés par les pilotes de ce groupe de travail nous montrent bien que la place hiérarchique du cadre de santé vis à vis des IPA ne semble pas si évidente. J'entends qu'ils ne se sentent pas légitimes pour travailler sur les protocoles d'organisation.

En tant que chef de projet, il n'était pas envisageable que cette difficulté devienne bloquante. Il me semblait essentiel de rester à leur écoute pour garder leur confiance dans ce projet et de savoir adapter mes demandes en fonction des difficultés exprimées. Je fais donc le retour de cette problématique lors d'un moment de reporting avec le commanditaire du projet. Son relai sur cette problématique permet de rapidement envisager une solution.

Il sera alors décidé de poursuivre ce groupe de travail sous un angle un peu différent qui va permettre de ne pas rester bloquer uniquement sur les protocoles d'organisation. Il est alors convenu que les pilotes de ce groupe de travail vont, à travers leur réunion, permettre de créer les outils facilitant le parcours d'intégration pour l'arrivée d'un IPA dans un nouveau service avec la création d'une check list et d'un flyer pour faciliter et guider les IPA pour la création du protocole d'organisation.

## 4.6 Produire des victoires à court terme : créer des succès visibles le plus rapidement possible

### 4.6.1 Groupe 1 : Création et animation d'un club IPA

Dans le cadre de ce travail d'accompagnement à travers le club IPA du DMU ORPHÉ, le commanditaire du projet me propose, lors d'un moment de reporting, de rencontrer la directrice des soins qui a pour mission transversale la coordination des IPA sur le GHU. La rencontre a eu lieu mercredi 22 février.

J'ai pu lui présenter mon projet managérial et la déclinaison avec les 3 groupes de travail que je coordonne à travers ce projet. Elle souhaiterait, à terme, que l'on puisse travailler par filière, oncologie-hématologie dans notre cas, ce qui lui semble plus cohérent qu'au niveau du DMU. Il y a 2 IPA de filière onco hémato qui exercent dans un autre DMU (axé sur des services de digestifs) que le DMU ORPHÉ. Elle dit que cela permettrait d'avoir plus de cohérence avec le projet institutionnel.



Elle m'a conseillé de prendre rendez-vous avec l'IPA désignée comme référente des IPA dans le cadre de l'OECl, et avec le président de la collégiale des IPA. Elle souhaite que nous puissions tous travailler ensemble et que mon travail puisse être valorisé par une **cohérence au sein du GHU**. Ces rencontres nous permettront de présenter mon travail afin de vérifier que nous ne faisons pas des choses similaires mais qu'au contraire cela soit constructif et complémentaire.

Dans la poursuite de l'animation du groupe de travail sur le Club IPA, les rencontres s'effectuent au rythme prévu tous les 2 mois. Chaque rencontre s'effectue en changeant de site, cela permet à chacune de connaître l'environnement de travail de ses collègues. Il est l'occasion de faire l'état des lieux des modalités de fonctionnements et matérielles. Il apparaît des écarts sur les outils mis à leur disposition. Ce constat fait l'objet d'un compte rendu relayé auprès de l'encadrement permettant une démarche d'harmonisation.

La question du temps AMA dédié est soulevée et fait l'objet d'un point à l'ordre du jour lors d'une réunion de l'exécutif du DMU afin de clarifier cette question et ainsi l'uniformiser au sein du DMU. Ainsi les modalités sont déclinées : il est décidé d'accorder du temps AMA à chaque IPA sur la base de leur activité médicale déléguée uniquement. L'objectif de la prochaine rencontre sera alors de déterminer les activités qui nécessitent du temps AMA et de l'objectiver en nombre d'heures afin que je sollicite officiellement un temps déterminé d'AMA pour chaque IPA.

#### 4.6.2 Groupe 2 : Connaissances des professionnels et attentes des patients

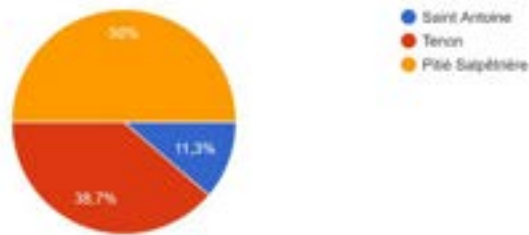
Les questionnaires sur la connaissance des professionnels sur le métier d'IPA ont été mis à disposition des différentes équipes d'HDJ durant 1 mois. Nous avons effectué deux relances envoyés par mail aux médecins et tous les paramédicaux intervenants dans les hôpitaux de jour de notre projet. Cette stratégie de communication nous a permis de dépasser l'objectif du taux de réponses (fixé à 30 questionnaires).

Au 31 mars, date limite diffusée, **62 questionnaires** ont été remplis. Nous nous étions fixé un minimum de 30 retours pour en faire l'analyse. Le résultat, au-delà de nos attentes, montre bien l'intérêt des professionnels médicaux et paramédicaux sur le rôle et la place des IPA dans le parcours de soins des patients. Nous avons eu un taux de participation qui s'élève à 79% (62 questionnaires sur 78 envoyés). Ce résultat est aussi le travail des différents participants des groupes de travail qui ont fait deux relances suite à l'envoi du questionnaire et ont su mobiliser les équipes pour y répondre.

L'ensemble des sites a participé aux questionnaires. Nous retrouvons le site de PSL à 50% avec 2 services sur les 4, le site de Tenon puis le site de Saint Antoine. Ce dernier a moins répondu mais il s'agit du seul site qui n'a pas d'IPA en poste actuellement.

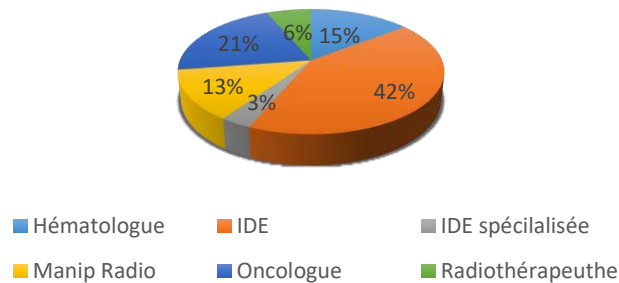
Le choix a été fait de ne pas diffuser le questionnaire aux équipes de l'hôpital Charles Foix (CFX). L'arrivée de l'IPA prévue en juillet 2023 n'est pas encore préparée. Nous allons l'accompagner à travers ce travail et feront un état des lieux à travers le même questionnaire 6 mois après le début de son activité.

Sur quel site exercez vous  
62 réponses



Après avoir déterminé le profil des personnes ayant répondu, nous pouvons faire le constat que 42% des personnes ayant répondu sont du personnel médical (21% d'oncologue, 15% d'hématologue et 6% de radiothérapeute). Notre questionnaire a donc permis de recueillir les avis des personnels médicaux et paramédicaux intervenant dans les services d'HDJ.

### Répartition par métier



Nous pouvons faire le constat que la définition de l'acronyme IPA est connu à 98%. Une seule personne (interne en médecine) n'a pas su définir correctement le terme d'IPA.

Par contre, lorsque nous interrogeons les professionnels sur les champs de compétences, les notions de « clinique », « recherche » et « consultation et conseils » semblent se détacher des autres notions. Il est à noter que pour 24% des répondants, les IPA font du management d'équipe et pour 33,9%, les IPA ont des missions de supervision. Nous pouvons à travers cette question nous apercevoir que les champs de compétences des IPA ne sont pas si clairs pour la plupart des professionnels qui les côtoient au quotidien.

Selon vous quel(s) est/sont le/les champs de compétences de l'IPA ?  
62 réponses



En ce qui concerne le niveau d'études des IPA, à savoir l'obtention d'un master 2, n'est pas connu de tous. Beaucoup de confusions peuvent exister entre le DE du métier d'infirmière et les différents diplômes existants.



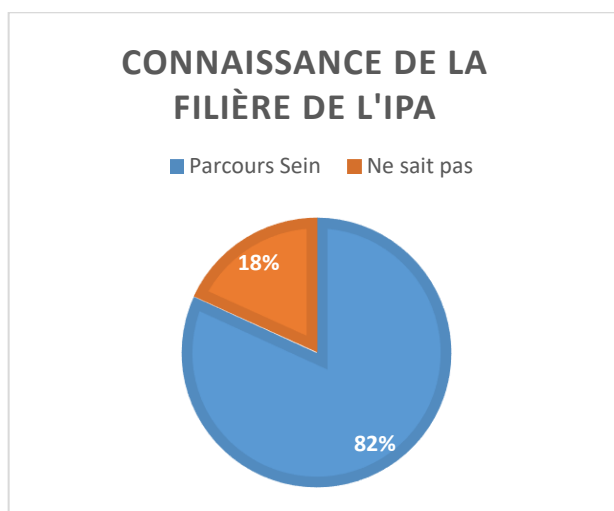
Pour la suite de l'analyse des questionnaires, il me semble pertinent de faire une analyse en différenciant les sites. En effet, chacun des sites a accueilli ou pas une IPA entre 2020 et janvier 2023. Afin de voir si la connaissance du métier d'IPA est proportionnelle à l'ancienneté de l'IPA dans le service, l'exploitation des données suivantes sera différenciée par site et par service.

### Service d'Oncologie PSL

Commençons par le service d'oncologie de PSL qui a été le premier service à accueillir une IPA en 2020.

Sur 11 répondants, seulement deux personnes interrogées n'ont pas pu répondre que l'IPA est positionné sur le parcours patient de la prise en charge du cancer du sein.

Il s'agit de deux IDE qui ont de l'expérience mais qui ont affirmé ne jamais avoir eu l'occasion de travailler avec l'IPA.



Lorsque nous sollicitons les personnes interrogées sur les avantages et le partage d'expérience qu'ils peuvent avoir avec l'IPA du service, nous pouvons citer certains retours :

- « Un réel partenaire de travail permettant une prise en charge complète et optimale des patients »
- « Mise en place d'un parcours cancer du sein très structuré avec grâce à l'IPA un allègement de la charge des consultations médicales »
- « Le suivi effectué par l'IPA est d'un excellent niveau clinique »
- « Les patients ont eu du un interlocuteur compétent plus disponible qu'un médecin »
- « Les médecins peuvent ainsi avoir plus de temps dédié à la prise en charge de nouveaux patients, aux problématiques complexes »

- « Collaboration fluide avec la coordination du service, échange simple et facile concernant les patients »
- « Pour ma part un(e) IPA a un rôle clé dans la prise en charge du patient suivi pré thérapeutique, suivi des toxicités, alerter le clinicien plus tôt en cas de signe de progression clinique, aide à la détection de symptômes nécessitant une prise en charge en soins de support (nutrition, douleur etc), dans le cas des parcours le nécessitant expertise trachéotomie, GPE, pansement plaie tumorale »
- « Validation des traitements, communication simplifiée concernant les patients, discussion thérapeutique »

Au regard de ces retours, il nous semble pouvoir affirmer que l'IPA a un rôle bien défini dans ce service et présente un véritable avantage dans la prise en charge médicale des patients. Il est quand même remonté qu'elle est la seule IPA du service pour 4 oncologues de cette spécialité et qu'il est dommage de ne pas avoir d'autres IPA sur d'autres parcours de soin.

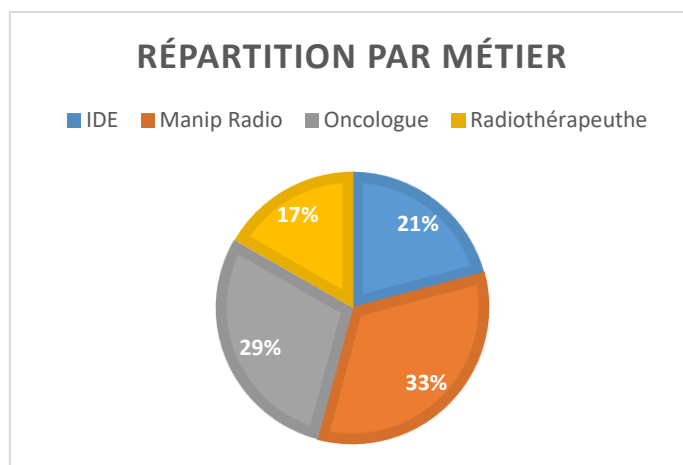
Quant aux améliorations proposées par les participants, elles consistent en 2 idées principales à savoir : réaliser des présentations du métier d'IPA et passer 1 journée avec l'IPA pour découvrir son activité.

Nous pouvons conclure que l'IPA est clairement identifiée avec un rôle bien défini malgré son sentiment d'avoir eu du mal à se faire accepter notamment par l'équipe médicale lors de son arrivée dans le service. Les professionnels continuent, tout de même, de solliciter davantage d'informations sur ce nouveau métier et de le découvrir en passant du temps en présence de l'IPA.

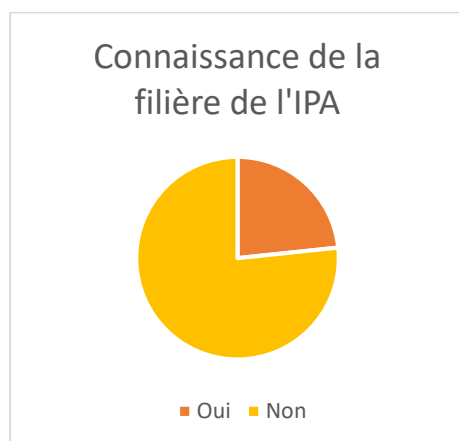
### Service d'oncologie de Tenon

Intéressons-nous maintenant au service d'oncologie de Tenon, qui accueille une IPA depuis octobre 2021. Elle travaille dans deux services qui sont l'oncologie médicale et la radiothérapie. Nous avons donc pu, à travers ce questionnaire, interroger 4 types de professionnels : oncologue, radiothérapeute, IDE et les manipulateurs en électroradiologie médicale (MERM), que nous pouvons penser être moins aguerris sur la notion d'IPA.

Nous avons eu un retour de 24 questionnaires répartis de la façon suivante :



Deux IDE ne savaient pas qu'une IPA était présente dans leur service. Quant à la filière des patients pris en charge, nous pouvons faire le constat d'une grande diversité des réponses.



Il est intéressant de remarquer que les 7 réponses correctes pour la filière des patients pris en charge par l'IPA ont été données uniquement par des médecins (oncologue et radiothérapeute).

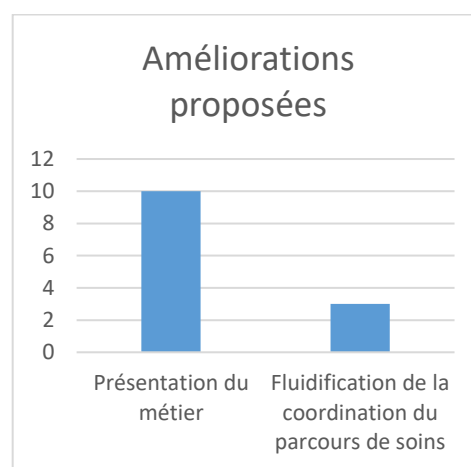
Aucun personnel paramédical n'a pu apporter une réponse correcte sur la filière prise en charge. Les réponses se sont contentées de préciser qu'il s'agissait de patients d'oncologie ou suivi en radiothérapie sans en connaître plus de précisions.

Néanmoins, ils soulignent les échanges et l'accessibilité de l'IPA comme facilitant la prise en charge des patients. Le gain de temps médical et une amélioration de la communication envers le patient sont mis en avant dans les réponses.

Les freins relevés, dans le cadre de la collaboration avec l'IPA dans ce service, semble être des rôles mal définis et un parcours patient pris en charge en consultation mal défini. Même si les interactions sont de bonne qualité avec l'IPA, certains aimeraient voir plus de lien avec les IDE du service et pouvoir faire bénéficier ses collègues de ses connaissances.

Dans le service d'oncologie et radiothérapie du site de Tenon, les retours peuvent nous laisser penser que le rôle et la place de l'IPA semblent moins bien définis. Une présentation du métier est demandée par les professionnels du service tout comme une fluidification de la coordination du parcours de soins.

La multiplication des parcours et des lieux d'intervention ne semble pas faciliter son positionnement et son activité au sein du service.



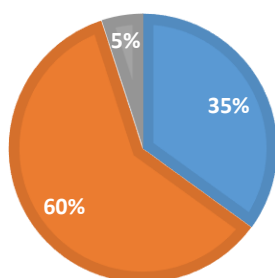
### Service d'hématologie de PSL

Pour le troisième service analysé, nous allons regarder le retour des questionnaires du service d'hématologie de PSL. L'IPA de ce service est diplômée de son master 2 en septembre 2023. Elle est donc la dernière arrivée au sein du DMU.

Nous avons eu 20 retours de questionnaires répartis de la façon suivante :

## RÉPARTITION PAR MÉTIER

■ Hématologue ■ IDE ■ IDE spécialisée



Les professionnels soulignent déjà « une collaboration étroite et de confiance » ainsi qu'un « travail collaboratif permettant une prise en charge globale du patient et plus individualisée. Les patients ont plus de temps et n'hésitent pas à poser des questions ».

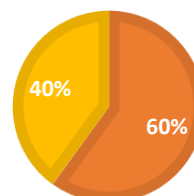
Certains soulignent néanmoins que le recul n'est pas suffisant et qu'ils n'ont pas encore eu le temps de travailler avec l'IPA.

La totalité des personnes interrogées connaissent l'existence de l'IPA au sein du service.

La connaissance de la filière est parfaitement identifiée par 12 personnes. Les autres participants vont citer que son champ d'action concerne l'HDJ sans connaître précisément les patients pris en charge par l'IPA.

## CONNAISSANCE DE LA FILIÈRE DE L'IPA

■ Parcours Myélome ■ Ne sait pas

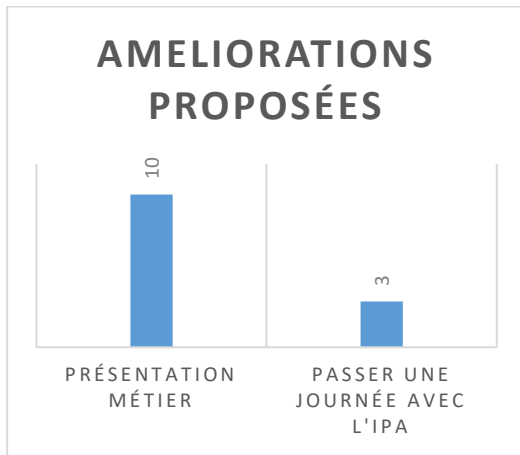


Après quelques mois de collaboration, puisque l'IPA a commencé à être positionné en janvier 2023 et voir les patients en autonomie en mars 2023, nous pouvons déjà voir que les professionnels ont une vision positive de son activité à travers les retours suivants :

- « Gain de temps pour les médecins, un plus pour les patients »
- « Facilité d'organisation, communication aisée »
- « Facilite le suivi et la prise en charge »
- « Expertise différente. Complémentarité »
- « Prise en charge holistique et privilégiée avec un point de vue infirmier. L'ipa peut en plus de sa compétence clinique apporter son expérience et son rôle propre infirmier. Relation plus fluide avec les ides comparées à certains médecins »
- « Plus de temps auprès du patient. Une approche d'infirmière et un point de vue soignante, connaissances théoriques plus poussées »
- « Lien avec le patient et le médecin. Elle nous transmet des choses que le médecin n'avait pas forcément le temps de transmettre/voir »

A travers ces verbatim, nous pouvons voir que l'IPA semble être complémentaire pour les professionnels exerçant dans ce service et que le bénéfice pour la prise en charge des patients est visible pour tous.

Il nous semblait très intéressant de voir les propositions d'amélioration proposées par cette équipe soignante qui a bien accepté le positionnement récent de l'IPA.



Quel que soit le positionnement de l'IPA et son ancienneté dans le service, nous pouvons faire le constat que les professionnels sont intéressés pour avoir des présentations du métier d'IPA.

Ils sont en attente de découvrir vraiment ce métier en sollicitant de passer du temps avec l'IPA pour observer cette nouvelle fonction.

### **Service d'hématologie de SAT**

Nous avons fait le choix de solliciter pour ce questionnaire le service d'hématologie de SAT même s'ils n'ont pas d'IPA actuellement. Ils ont eu une expérience de travail avec un IPA durant 8 mois avant qu'il ne quitte son poste. L'IPA recruté n'était pas issu du service et est arrivé juste après l'obtention de son diplôme. Nous avons eu 8 retours : 5 IDE et 3 internes.

Les professionnels ont souligné l'intérêt dans l'interface patient/médecin pour améliorer la collaboration au bénéfice du patient. Un médecin du service déclare que l'IPA « nous aide surtout à faire des prescriptions ». En effet, certains font remonter que parfois cela entraîne « plusieurs intervenants pour un même sujet ».

Une IDE du service déclare qu'il faut « redéfinir chaque mission des postes transversaux afin de mieux connaître le rôle de chacun ». Effectivement, après quelques échanges avec le cadre de service sur cette expérience de quelques mois, nous pouvons penser que le manque d'information et le manque de clarté dans le positionnement de l'IPA n'ont pas permis de rendre cette expérience efficiente.

J'ai été sollicité par une infirmière d'hospitalisation de l'hématologie de SAT qui se questionne sur l'envie d'évoluer vers le métier d'IPA. Les deux années de formation et l'investissement demandé la questionne. Je lui propose d'aller passer une matinée avec une IPA en poste pour se projeter ou pas dans cette nouvelle fonction. Elle était ravie de cette proposition qu'elle a acceptée. Il est prévu qu'elle aille passer une matinée à la fin du mois d'avril avec l'IPA en oncologie de Tenon.

### **Conclusion de l'analyse des questionnaires des professionnels**

Suite à l'analyse de ces questionnaires, le groupe de travail s'aperçoit que beaucoup de professionnels connaissent l'IPA mais sont en demande d'informations sur ce métier.

Il est décidé de créer des flyers de présentation du métier d'IPA à destination des patients, qui seront à disposition dans les salles d'attente des HDJ du DMU. Pour les professionnels, les participants du groupe de travail pensent qu'un poster présentant

les différents intervenants dans le parcours patient serait plus adapté. Ce poster serait mis dans les postes de soins.

Un plan de communication doit être réfléchi pour communiquer davantage sur ce métier : présentation en réunion de service, information dans la revue d'information du DMU, présentation en réunion Cadre/direction des soins, commission des usagers... La programmation des entretiens des patients a été réalisée sur la première quinzaine du mois d'avril par les deux cadres pilotes du groupe de travail. L'analyse des entretiens patients sera réalisée à la prochaine réunion du groupe de travail.

#### 4.6.3 Groupe 3 : Protocoles d'organisation

Après la réorientation de ce groupe de travail, les pilotes de ce groupe ont établi une check list à destination des cadres de santé qui doivent travailler sur l'implantation d'une IPA dans leur service.



J'ai demandé un rendez-vous fin mars à l'EIPA, en stage dans le service d'oncologie de PSL de février à juin 2023. Elle prendra son poste dans le service d'onco gériatrie sur le site de Charles Foix et réintégrera par cette occasion le DMU ORPHé.

Comme mentionné précédemment, les IPA ont souhaité pouvoir l'inviter à participer aux prochaines réunions du Club IPA. J'ai souhaité la rencontrer en amont pour pouvoir présenter le travail en cours et avoir un échange sur son ressenti à quelques mois de sa prise de poste.

Elle me confie être anxieuse car son protocole d'organisation n'est pas finalisé. Le médecin, qui doit travailler avec elle, a annoncé son départ à la retraite dans un délai assez court après sa prise de poste. Aucun autre médecin ne semble intéressé pour travailler avec une IPA sur la prise en charge des patients. Elle se questionne sur son positionnement vis-à-vis de ses collègues et appréhende sa réintégration dans l'équipe. Il est d'ailleurs prévu qu'elle reprenne un poste comme IDE d'HDJ de juillet à décembre 2023 pour être ensuite positionnée sur sa mission IPA à partir de janvier 2024. Elle est très inquiète sur la façon de préparer sa prise de poste comme IPA et se demande si elle va trouver sa place avec sa nouvelle fonction.



Elle me dit être rassurée de savoir qu'elle ne sera pas seule et qu'elle va être accompagnée. Elle est ravie d'avoir la possibilité de rencontrer, à travers l'activité du Club IPA, les autres IPA du DMU qui pourront être un soutien en cas de question lors de sa prise de poste. Je lui mentionne la check list et que son arrivée sera l'occasion de tester sa pertinence et son utilité.

Au cours de la discussion, je lui demande si elle a déjà échangé avec la cadre de santé sur son arrivée d'un point de vue logistique. Elle me confie être en lien avec l'équipe médicale mais qu'effectivement elle ne s'est pas du tout rapprochée de l'encadrement de proximité, « je n'y avais même pas pensé ». Je l'informe que je vais prendre contact avec sa cadre de santé, au cours du mois de mai pour lui présenter la check list établie dans le cadre de ce travail. Il sera alors l'occasion pour elle aussi de prendre contact avec la cadre du secteur HDJ.

Cet échange et ce positionnement de l'IPA vers la cadre de santé me questionnent de nouveau sur l'encadrement de ce nouveau métier et la place du cadre de santé entre l'IPA et le médecin qui signe le protocole d'organisation.

Le **flyer** pour faciliter l'intégration des IPA est réalisé par les cadres pilotes de ce groupe de travail. De la même façon, l'arrivée de cette nouvelle IPA sera l'occasion de tester les outils proposés. N'étant pas sur le même site, je reste en lien avec les cadres pilotes de ce groupe de travail par mail et leur demande de m'envoyer un compte rendu de leurs rencontres pour me permettre de les accompagner et de réajuster si nécessaire le travail réalisé.

Après quelques échanges de mails et une validation par le commanditaire du projet, le flyer est validé et prêt à être proposé aux futurs IPA du DMU. Il a été présenté aux IPA déjà en poste afin d'avoir leur avis sur la pertinence des informations et de la présentation. Elles sont ravies de la création de ce document et l'une d'entre elles affirme que si « je l'avais eu à ma prise de poste, je me serais sentie moins seule et cela aurait été plus facile de trouver ma place ». Je trouve que cela montre parfaitement la valeur ajoutée du travail réalisé pour les futurs IPA du DMU.

Ce retour a été envoyé aux cadres pilotes de ce groupe, j'ai ainsi pu les remercier de leur travail et leur implication dans ce projet. J'ai donné ma validation pour faire tester ce flyer sous forme de triptyque auprès de l'EIPA qui rejoindra le DMU en juillet prochain. Le flyer est intitulé : « IPA Mémo d'intégration : Formalisation de votre protocole d'organisation » (Annexe 5). Il permet de présenter toutes les ressources nécessaires à une IPA au moment de sa prise de poste au sein du DMU et toutes les informations nécessaires pour l'aider dans la rédaction de son protocole d'organisation.

## 4.7 Persévérer : renforcer et accélérer le mouvement après les premiers succès

### 4.7.1 Groupe 1 : Création et animation d'un club IPA

Suite à ma rencontre avec la directrice des soins en responsabilité des IPA sur le GHU, elle m'avait proposé de rencontrer l'IPA qui a été désigné comme Head Nurse dans le cadre de la labellisation OECl.

Le rendez-vous a été pris au début du mois d'avril. Je l'avais déjà rencontré en amont de ce travail, lorsque je faisais des recherches sur le métier d'IPA et le fonctionnement des protocoles d'organisation. J'ai ainsi pu, lors de cette nouvelle rencontre, lui présenter le travail en cours.

Elle me sollicite pour l'aider à incrémenter les documents en prévision de la visite de l'OECI dont la date est à venir. Une partie des éléments de preuve demandés pour le label européen correspond aux actions menées dans le cadre de ce travail. En effet, il nous faut démontrer un travail en collaboration et une uniformisation des pratiques sur chacun des sites où des patients sont pris en charge dans des parcours de cancérologie. Il est également demandé par les experts une méthode de satisfaction des patients. Les questionnaires réalisés par le 2<sup>ème</sup> groupe de travail répondront à ces attentes.

La date de visite, prévue avant l'été, entraîne une accélération de la répercussion du travail mené au sein du DMU ORPHÉ. Il est important de pouvoir partager ce travail qui nous permet d'augmenter notre implication au sein du GHU à travers le partage du travail mené depuis plusieurs mois.

Parmi les éléments de preuve demandé par l'OECI, il faut fournir le domaine d'expertise de chaque IPA et les activités annexes. Dans le cadre de ce travail, un tableau a été réalisé avec ces éléments. Ce tableau va servir, lors de notre prochaine rencontre du Club IPA, à définir le plus précisément les activités de chacune des IPA.

Nom IPA	Domaine d'expertise	Activités cliniques	Activités annexes
IPA Onco PSL	Parcours cancer du sein phase précoce et métastatique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultations initiales (équivalentes d annonce)</li> <li>- Consultations de suivi des patients avec validation des chimiothérapies, immunothérapies, thérapies ciblées IV</li> <li>- Mise en place de la consultation IPA dans le cadre du PPAC</li> <li>- suivi des patientes métastatiques sous Thérapies orales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Projet recherche DÉCLIC éducation thérapeutique douleurs pour recrutement des patients</li> <li>- Coordination des réunions de soins de support (1 fois / mois)</li> <li>- Participation aux groupes de travail du projet GOSSET 2025 (GT coordination, GT parcours, GT soins de support)</li> <li>- Projet tutorat « Chimiothérapie » dans le cadre de l' OECI</li> </ul>
IPA Hémato PSL	Suivi des patients atteints de myélome multiple	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patients sous chimio-immunothérapies à tous les stades de leurs parcours</li> <li>- Consultations initiales et de suivi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participation au « Comité Patient<sup>®</sup> » de l'UIC</li> <li>- Projet tutorat « Chimiothérapie » dans le cadre de l'OECI</li> <li>- Participation au conseil d'administration de l'AFITCH Or (Association Française des infirmiers de thérapie cellulaire, hématologie, oncologie et radiothérapie)</li> <li>- Programme ETP "Je chante mon myélome"</li> <li>- Dispensation de cours sur " Le parcours vaccinal du patient atteint de cancer" : programme ONCOH-VAX (en lien avec IDE suivi thérapie orale et pharmacien)</li> <li>- "référénte hors protocole" dans un protocole de recherche sur les prévention des infections à <i>C. difficile</i> par vancomycine per os chez les patients pris en charge pour une allogreffe de CSH. (En lien avec IDE recherche clinique)</li> </ul>
IPA Onco TNN	Parcours cancer du sein adjuvant et métastatique sous thérapie orale et IV et en radiothérapie les cancers gynéco et digestifs (uniquement des femmes) et parcours ORL	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultations initiales et de suivi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation sur les plaies et cicatrisation pour les plaies tumorales complexes</li> <li>- Rédaction d'un article sur les troubles de la sexualité des cancers pelviens</li> <li>- Implication dans la recherche paramédicale</li> <li>- Projet tutorat « Chimiothérapie » dans le cadre de l'OECI</li> </ul>

Notre objectif est de comptabiliser chaque activité de façon hebdomadaire. Cet exercice va permettre de déterminer, le plus précisément possible, le temps dédié aux activités médicales pour ainsi déterminer le temps en AMA que nous allons pouvoir solliciter pour chacune. En effet, afin de ne pas engendrer de conflit avec les autres IDE en missions transversales, il est clairement défini que le temps AMA dédié aux IPA se fera uniquement en lien avec les activités médicales : pour les envois des comptes rendus des consultations effectuées, pour la gestion du planning des rendez-

vous des consultations, pour l'envoi des documents comme les ordonnances ou tout autres documents nécessaires à la prise en soins des patients.

Pour ce faire, chaque IPA en poste au sein du DMU, lors d'une rencontre du groupe de travail création et animation du club IPA, a dû remplir un tableau détaillant le découpage d'une semaine type de travail.

Une fois que le temps nécessitant du temps AMA sera déterminé pour chacune des IPA, une rencontre avec le cadre administratif est organisée pour valider les volumes d'activité et déterminer le temps AMA accordé. Un rendez-vous est ainsi prévu par la suite avec l'encadrante des AMA sur le DMU pour la mise en place et la répartition de ces nouvelles missions aux AMA présentes.

#### 4.7.2 Groupe 2 : Connaissances des professionnels et attentes des patients

Au regard de l'analyse des questionnaires des professionnels des secteurs HDJ de chaque site, le constat est le même : il faut clarifier le rôle et les missions de chacun des intervenants au sein des HDJ. Tous ces professionnels se connaissent et travaillent ensemble au quotidien sans pour autant véritablement se connaître.

Le choix a été fait par les participants au groupe de travail de réaliser un poster décrivant les missions de tous ceux qui accompagnent les patients en HDJ. Nous nous sommes vite aperçus que l'appellation même des professionnels est différente par site. Il est donc défini que chaque service aura un poster, défini sur le même modèle de présentation, et adapté en regard des professionnels qui y travaillent.

J'ai pu réaliser et présenter un modèle type de présentation qui est ensuite confié à un professionnel de chaque service pour l'adapter et le décliner sur leur site. Il m'a semblé important de proposer ce travail à des personnes ayant des missions différentes selon les sites. Ce **regard croisé** pour la réalisation de ce travail permet d'amorcer aussi le dialogue et amène les professionnels à communiquer et s'intéresser au rôle et missions de leurs collègues.

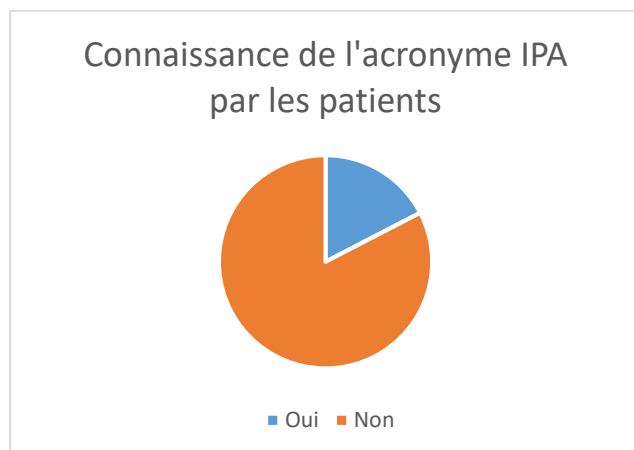
La réalisation du poster est donc confiée à :

Hématologie SAT	IDE de coordination du parcours patient
Hématologie PSL	IDE clinicienne spécialisée
Oncologie PSL	IDE d'annonce et de suivi des thérapies orales
Oncologie TNN	IDE de coordination

Après la validation de ce poster, il me semble essentiel de mettre en place un plan de communication. En effet, il paraît important que l'affichage du poster dans chaque poste de soins soit l'occasion de faire une présentation des missions de chacun.

Une prise de contact a été faite avec le service communication du GHU au début du mois d'avril. Nous attendons le retour des modèles institutionnels de présentation pour ainsi décliner les flyers par métier. Nous commencerons par celui d'IPA central dans ce travail. Toutefois, les participants aux groupes de travail ont émis la volonté de le décliner sur tous les métiers présents en HDJ. La déclinaison des flyers sur les autres métiers sera donc effectuée avec les professionnels et permettra de communiquer et de faire du lien entre les différents intervenants du patient.

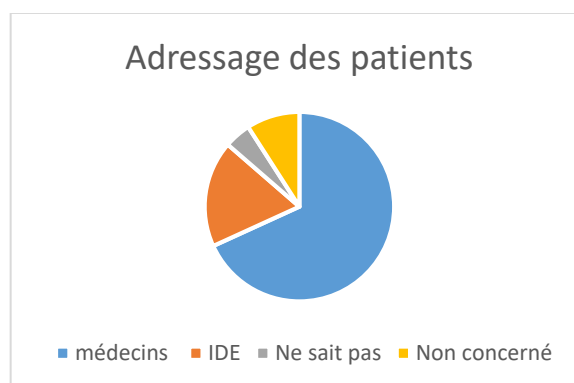
**L'analyse des entretiens patients** a eu lieu le 25 avril en présence d'une des patientes partenaires du GHU, en plus des participants de ce groupe de travail. Nous avons eu un retour de 23 questionnaires réalisés sur 3 services : Hématologie SAT, Hématologie PSL et Oncologie PSL.



Sur les 23 patients rencontrés, seulement 4 patients connaissent ce que signifie IPA, soit 17%.

Parmi les patients rencontrés, 12 d'entre eux sont accompagnés par une IPA soit 52%. Ils sont également accompagnés par une IDE d'accompagnement du parcours de soins pour 11 d'entre eux soit 48%. Il est important de savoir que certains patients peuvent au cours de leur parcours de soins être accompagnés par une IPA et d'une IDE d'accompagnement du parcours de soins en même temps. Les IDE d'accompagnement du parcours de soins peuvent être : IDE de parcours et d'annonce, IDE de thérapies orales, IDE de recherche clinique, IDE spécialisée clinicienne, etc...

Les patients ont été adressés aux IPA et IDE d'accompagnement du parcours de soins par leurs médecins référents pour 15 d'entre eux. Quatre patients expliquent que l'IDE est venue se présenter elle-même. Trois patients ne sont pas concernés car ils n'ont eu aucune IDE transversale au cours de leur parcours de soins



Au regard des réponses des patients, il semblerait que même si la sémantique utilisée n'est pas connue, les missions de chaque professionnel qui intervient soient connues.

Missions définies selon le retour des patients	
IPA	IDE d'accompagnement du parcours de soins
rôle coordinatrice suivi patient et corps médical	Écoute/conseils/réconfort/suivi quotidien
explique les traitements, elles prescrit des traitements et renouvelle des ordonnances	évaluation intercure
connait les résultats de bilan, communique avec le médecin, ausculte, m'interroge sur la douleur,	Donne des informations. Répond si j'ai des questions

apporte les informations sur les traitements.	
interroge sur les effets secondaires des traitements qu'elle peut avoir ; lui demande comment elle va	L'IDE d'annonce m'appelait une fois par semaine pour savoir pour savoir si ça allait.

Pour l'ensemble des retours sur ce qu'ont pensé les patients de leur accompagnement, il n'y a eu que des retours positifs sur leur disponibilité avec une impression de suivi personnalisé qui est très apprécié. L'IPA semble être la première personne que le patient appelle en cas de questions ou de doutes, « car le médecin n'a parfois pas trop le temps, cela soulage le médecin. On peut rester plus longtemps avec l'IPA, c'est bien d'avoir plus de temps. S'il y a un problème, elle se déplace, c'est une bonne chose d'avoir une IPA ».

Dans les améliorations proposées par les patients, nous avons été interpellée par plusieurs retours spécifiques des patients sur le service d'oncologie HDJ : « L'IPA est toute seule ». « Elle est débordée. Ce serait bien qu'elle soit aidée ». « Elle est aidée par tout le personnel de soins de support. Mais il faudrait une deuxième IPA ».



Tout au long de ce travail, il me semblait essentiel d'inclure l'expérience patient.

Après avoir observé les parcours des patients en HDJ avec les professionnels exerçant en HDJ, l'analyse de ces entretiens nous ont permis de recenser leur perception, le récit de leurs expériences, leur émotion et recueillir leurs verbatim.

La présence de la patiente partenaire a vraiment été un atout dans la discussion et les échanges. Nous avons échangé sur le fait que les patients ne connaissent pas la signification d'IPA. La patiente partenaire nous explique que même l'acronyme IDE n'est pas connu lorsqu'on est patient, seul l'appellation « infirmier » est connu par les patients.

Cet échange nous permet d'ajuster notre projet. Chaque service va mettre en place une fiche qui regroupera tous les numéros utiles du service. Nous en profiterons pour identifier, sur cette liste, le numéro de la patiente partenaire. Cette fiche va permettre de présenter tous les professionnels présents dans le service et un glossaire des acronymes sera fait au dos.

Nous profitons de ce moment pour présenter à la patiente partenaire l'ébauche de poster réalisé par le groupe de travail. L'idée était de le présenter sous forme de fleur dont le patient était au cœur avec le slogan « le patient au cœur du soin » et les pétales représentaient tous les acteurs du parcours de soins. Elle nous apporte sa vision en disant que maintenant la place du patient n'est plus au centre mais qu'il fait partie intégrante des acteurs du soin. La discussion et les échanges sont riches et intéressants, démontrant toute la plus-value d'intégrer le patient dans nos travaux. Le groupe de travail décide de revoir la présentation des posters pour mieux positionner le patient selon les observations de la patiente partenaire. Ainsi, une prochaine version sera présentée au groupe de travail et à la patiente partenaire.

#### 4.7.3 Groupe 3 : Protocoles d'organisation

La réalisation du flyer d'intégration a pour objectif de permettre aux IPA qui arrivent dans un service du DMU de trouver toutes les informations et les ressources nécessaires pour faciliter leur prise de poste. Effectivement, au regard des expériences de prise de poste des IPA actuelles, nous sommes interpellés par le temps nécessaire à la première prise en charge d'un patient en autonomie.

L'IPA est arrivée en janvier 2023 sur le service d'hématologie de PSL après avoir été diplômée en juillet 2022. Il semble donc qu'une période de retour à son ancien poste est proposée en attendant le concours sur titre. Elle a pu commencer à travailler sur la formalisation de son protocole d'organisation et accompagner le médecin signataire lors des consultations des patients durant ces quelques mois. Toutefois, elle a commencé à recevoir des patients en consultation en toute autonomie à partir du début du mois de mars 2023. Le délai entre la diplomation et l'exercice des missions IPA correspond à 8 mois.

A travers l'enquête [36] publiée le 17 avril 2023 par l'Union Nationale des Infirmiers en Pratique Avancée, j'ai pu faire le constat que cette situation n'était pas isolée. Tout d'abord, au retour de la formation Master, les IPA ont des difficultés à être positionnées directement sur le poste IPA pour des raisons de manque de personnel qui incitent à les repositionner sur des postes IDE, le manque d'organisation des structures qui n'ont pas anticipé le retour de formation de ces professionnelles et l'attente de la mise en place du concours sur titre.

L'objectif de l'accompagnement de l'EIPA, diplômée en juillet 2023, est de réduire ce délai (8 mois en moyenne) et de lui permettre de pouvoir prendre en charge plus rapidement des patients dans les meilleures conditions possibles. Il ne s'agira pas d'un indicateur formalisé au cours de ce travail, au regard du délai, mais il sera pris en compte dans l'analyse de cet accompagnement lors de l'arrivée de chaque IPA au sein du DMU.

Une rencontre est organisée au cours du mois de mai avec l'encadrement du service d'onco gériatrie de Charles Foix au sujet de la prise de poste de l'actuelle EIPA. La rencontre n'a pas pu être anticipée car il nous a été demandé d'attendre la nomination du nouveau chef de service pour commencer le travail.

Au-delà d'accompagner la future IPA, il me semble essentiel aussi d'accompagner l'équipe d'encadrement en place sur ce site. Leur maîtrise et connaissances des différents outils réalisés, dans le cadre de ce travail, leur permettra d'anticiper la prise de poste et de préparer au mieux son arrivée. Notre rôle va consister à être un soutien,

à apporter une ressource en terme de document et pouvoir fournir notre expertise acquise au cours de ce travail. L'objectif est de permettre à cette EIPA d'arriver dans un service préparé et de pouvoir rapidement communiquer à l'ensemble de ses collègues sur ces nouvelles missions en tant qu'IPA.

Il nous faudra rester attentif à la résistance aux changements que semble craindre la future IPA de la part de ces collègues et également de l'équipe médicale. Elle revient, en effet, dans son ancien service après un départ de deux ans en formation, pour la réalisation du Master 2, avec une équipe médicale reconstruite autour d'un nouveau chef de service.

La **résistance aux changements** n'est pas systématique lors d'un changement d'organisation. Toutefois, il semble important de comprendre quelles peuvent en être les causes et de repérer les différentes formes de résistances afin de les anticiper :

- Résistance psychologique,

Liée à l'anxiété du changement comme a pu le décrire Gérard Ouimet<sup>16</sup> et Yvon Dufour<sup>17</sup>

- Résistance identitaire

Liée à une remise en cause de l'identité de l'individu en modifiant la nature de la relation qui le lie à l'organisation comme Olivier Herrbach<sup>18</sup> a pu l'expliquer

- Résistance politique,

Qui relève d'une analyse en termes de jeux de pouvoir comme Michel Crozier<sup>19</sup> et Ehrard Friedberg<sup>20</sup> ont pu le décrire

- Résistance collective,

Qui relève de l'influence du groupe qui va lui-même définir ce qui est souhaitable ou non pour l'individu en question. Il faudra alors à l'individu appréhender le changement par rapport au système social comme l'explique Elton Mayo<sup>21</sup>.

- Résistance culturelle,

Liée à la dimension culturelle qui symbolise la culture propre à une organisation et la différence des autres, notion abordée par Maurice Thevenet<sup>22</sup>. Cette culture tend à conditionner les attitudes et un changement entraîne la volonté de combattre ce qui semble dévier.

- Résistance cognitive,

Concerne la nécessité pour les acteurs en place de faire l'acquisition de nouvelles techniques ou nouvelles méthodes qui ne sont pas forcément maîtrisées. Le travail de

---

<sup>16</sup> Professeur de management de HEC Montréal, docteur en psychologie et en sciences politiques

<sup>17</sup> Maître de conférence en gestion et stratégie, Macquarie Graduate School of Management, Sydney

<sup>18</sup> Professeur des universités, Directeur de l'IAE Bordeaux, Responsable Master management et administration des Entreprises

<sup>19</sup> Sociologue, Directeur de recherche émérite CNRS, Docteur en droit et en lettre, Fondateur du Centre de Sociologie des Organisations

<sup>20</sup> Sociologue autrichien, chercheur au CNRS et professeur de sociologie à Sciences Po Paris

<sup>21</sup> Psychosociologue et sociologue australien, à l'origine du mouvement des relations humaines en management

<sup>22</sup> Professeur au conservatoire national des arts et métiers et à l'école supérieure des sciences économiques et sociales

Lester Coch et John French<sup>23</sup> explique que la difficulté à effectuer de nouvelles tâches peut entraîner un taux d'absentéisme et un sentiment de frustration.

En prenant en compte ces apports théoriques, nous prenons conscience qu'il faudra rester attentif aux premières semaines de prise de poste de cette future IPA. Même si ce n'est pas le cas sur les autres services, il semblerait que l'arrivée au sein de ce service se trouve confrontée à une résistance aux changements que l'on pourrait qualifier de résistance politique, collective et culturelle. Il nous faudra accompagner ce changement de façon très régulière afin de pouvoir proposer rapidement des moyens de contrer cette résistance.

De façon anticipée, il semble que la communication qui sera faite sera primordiale pour lever certaines résistances.

## 4.8 Créer une nouvelle culture : soutenir les nouveaux comportements et veiller à ce qu'ils soient productifs

Cette dernière étape de la conduite de changement selon John Kotter sera réalisée au-delà de ce projet managérial. Après les premiers succès que j'ai pu vous décrire, la création d'une nouvelle culture pourra être évaluée dans un laps de temps plus important.

Toutefois, nous pouvons établir les attentes et les indicateurs qui nous permettront de nous assurer qu'une nouvelle culture est train de voir le jour suite à ce travail.

### 4.8.1 Groupe 1 : Création et animation d'un club IPA

La création et l'animation du club IPA a vraiment été un aspect essentiel de ce travail. Il a permis d'écouter et d'entendre ces nouveaux professionnels. Elles ont chacune exprimé la volonté très clairement de voir perdurer ce travail.

D'après leurs retours, ce moment de partage et de discussion leur permet « de s'arrêter pour réfléchir à leurs pratiques ». Je les ai alors interrogées pour savoir si ce groupe pourrait perdurer entre elles ou si elles estiment avoir besoin d'une personne extérieure pour animer le groupe. Elles sont unanimes sur le fait que c'est bénéfique d'« avoir quelqu'un qui nous écoute et qui nous aide à faire avancer les choses », « on peut dire les choses et on sait que l'on va être entendue ». La notion de reconnaissance du travail sera importante à prendre en compte en tant que future cadre supérieure de santé. Cette notion sera explicitée dans la dernière partie de ce travail.

La question de la poursuite de l'animation de ce groupe est alors posée au commanditaire du projet. Une réponse sera apportée après la prochaine réunion d'encadrement supérieur du DMU. En projection à mes futures fonctions, je me suis positionnée pour continuer l'animation de ce club IPA au-delà de ce travail de projet managérial.

Les prochaines thématiques qui devront être travaillées à travers ces moments d'échange seront la communication à déployer et les **problématiques liées à la valorisation** de leur activité.

---

<sup>23</sup> Chercheurs sur la résistance aux changements en utilisant la théorie de Lewin dans une entreprise de fabrication de textile en Virginie



L'arrêté du 30 décembre 2019 portant approbation de l'avenant n°7 à la convention nationale organisant les rapports entre les infirmiers et l'assurance maladie, signée le 22 juin 2007 prévoit la possibilité de facturer un forfait 1er contact du patient avec l'IPA (consultation dite d'éligibilité facturable 1 fois par an), puis un forfait 1er contact annuel du patient avec l'IPA (forfait 1er trimestre facturable 1 fois par an), puis un forfait de suivi (forfait trimestriel facturable 3 fois par an). Le suivi des dates anniversaires est complexe au sein d'une cohorte de patients pris en charge par une IPA [10].

IPA	PAI 0,62	20,68 €	Forfait éligibilité: Permet à l'IPA de déterminer si le suivi et les soins du patient entreront dans le cadre des forfaits PAI	→ l'examine le patient pour la première fois
	PAI 1,8	58,86 €	Forfait initial annuel	→ l'examine le patient pour la première fois de l'année
	PAI 1	32,70 €	Forfait de suivi : il fait suite au forfait initial.	→ chaque trimestre

Or les IPA ne sont pas accompagnés sur les différents forfaits de facturation de leur activité et ne valorisent pas assez leur activité. De plus, dans les services de soins, les patients viennent à un rythme beaucoup plus fréquent, une fois par mois pour certains patients. Etant limité en terme de facturation, je travaille actuellement avec le cadre administratif afin de faire remonter à la direction financière cette difficulté.

Je souhaiterai pouvoir codifier l'ensemble de leurs actes (consultation au-dessus du nombre prévu d'une par trimestre, l'activité de téléconsultation) sur les logiciels informatiques utilisés. Même si pour le moment, aucune facturation n'en découlera, cela permet de tracer l'activité de chaque IPA. Un bilan annuel sera alors réalisé et nous pourrons ainsi démontrer que cette non facturation entraîne une perte d'argent au regard de l'activité réalisée en réelle par les IPA du DMU.

Pour conclure sur cette nouvelle culture induite par cette conduite de changement, j'aborderai la demande des IPA de faire une **publication** sur l'ensemble du travail réalisé pour ce projet managérial. Elles souhaiteraient pouvoir faire une publication au sein d'un congrès infirmier ou en cancérologie sur la dynamique initiée à travers le club IPA et présenter les impacts que cela a pu avoir pour elles et pour les patients.

#### 4.8.2 Groupe 2 : Connaissances des professionnels et attentes des patients

Nous avons pu avoir, au regard des retours que cela soit en nombre de questionnaires des professionnels des secteurs HDJ ou sur les retours des entretiens patients, que la thématique d'améliorer l'expérience patient avec l'arrivée des nouveaux métiers notamment les IPA, intéresse toutes les personnes que nous avons sollicitées.

Les questionnaires auprès des professionnels ont engendré la création des posters diffusés dans chaque secteur d'HDJ. Ils sont également un vecteur de communication pour diffuser les missions de chaque intervenant au cours du parcours des patients pris en charge.

Les triptyques vont permettre à chaque patient de connaître la fonction de chacun des professionnels qui les accompagne au cours de leur prise en charge.

Afin de voir si ces premiers outils (poster et triptyque) sont utiles et améliorent la connaissance des professionnels et répondent aux attentes des patients, je souhaite pouvoir utiliser les mêmes outils (questionnaires et guide d'entretien) à distance. Nous referons une enquête 6 mois après la diffusion des outils de communication afin d'en **évaluer leur efficacité**.

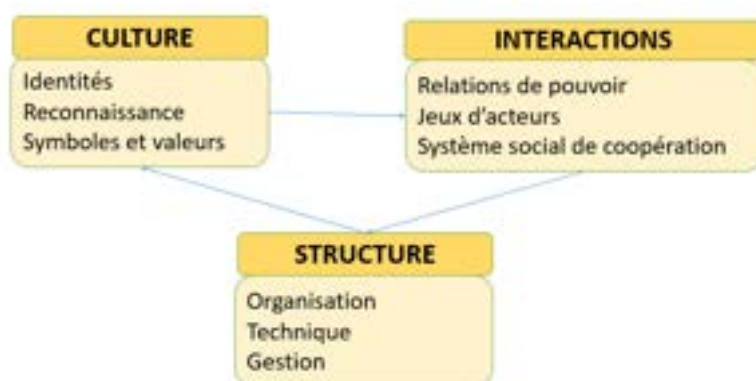
Les différents professionnels en missions transversales, comme les IDE de parcours patients, les IDE d'annonce ou encore les IPA, devront intervenir lors des réunions de service afin de présenter leurs missions et leur rôle au sein du service.

Dans un second temps, l'idée de proposer des « Vis ma vie » d'IPA, comme cela est souvent revenu dans les réponses des questionnaires pour les professionnels des services d'HDJ devra être réfléchi. L'idée sera de proposer aux professionnels qui le souhaitent de s'inscrire sur une liste qui leur permettra d'accompagner l'IPA durant 2 consultations afin de mieux appréhender ce nouveau métier. Il s'agira d'accompagner cette mise en place en lien avec le cadre de santé du service qui devra garantir la continuité des soins tout en maintenant une qualité et une sécurité des soins pendant l'absence du professionnel.

Pour « Transformer les organisations de santé », Mr DUMOND<sup>24</sup> enseigne qu'il est important de prendre en compte les différentes dimensions :

- La **dimension fonctionnelle** : correspond à la contingence des facteurs en définissant notamment les processus, les ressources et les paramètres de contrôle
- La **dimension culturelle** : correspond aux croyances des auteurs en définissant les conceptions, les valeurs et les rituels
- La **dimension politique** : correspond au pouvoir des acteurs

Il est important de prendre conscience que changer une organisation consiste aussi à faire évoluer une culture et ses éléments identitaires. Renaud Sainsaulieu<sup>25</sup> schématise les composantes de l'organisation ainsi :



La culture est véhiculée par les interactions qui se matérialisent par des relations de pouvoir, des jeux d'acteurs et des systèmes de coopération dépendants des identités. Afin de faciliter les relations entre les différents professionnels au sein des HDJ, nous devons être force de proposition.

Ainsi, la proposition de la mise en place des « Vis ma vie » pourra devenir **des situations apprenantes** pour les professionnels des services. La **didactique professionnelle** est une discipline récente dont l'objet constitue les processus de transmission et d'appropriation des connaissances formées et utilisées au cours de l'activité de professionnels en exercice. Selon Pierre PASTRE<sup>26</sup>, au cours de l'activité professionnelle,

<sup>24</sup> Professeur des universités, Enseignant de l'IAE Paris Est, chercheur de l'IRG

<sup>25</sup> Sociologue français

<sup>26</sup> Professeur émérite du CNAM, agrégé de philosophie, titulaire de la chaire de communication didactique du CNAM

« on apprend à y faire, mais on y apprend aussi en faisant » [38]. Pierre PASTRE explique que « Les compagnons du devoir utilisent une distinction très intéressante : ils distinguent apprendre le métier et apprendre par le métier ».

La découverte des différentes missions de l'IPA permettra aux professionnels du service de s'en emparer comme un outil d'apprentissage et pourra mettre en évidence, chez certains d'entre eux, des compétences pour donner envie à ces professionnels d'évoluer vers cette fonction d'IPA.

#### 4.8.3 Groupe 3 : Protocoles d'organisation

La demande initiale dans le cadre de ce projet managérial est d'améliorer la coordination des nouveaux métiers au bénéfice de l'expérience patient dans son parcours en oncologie-hématologie au sein du DMU avec l'introduction du métier d'IPA. Nous avons pu, à travers les 2 premiers groupes de travail, proposer la mise en place de temps et d'outils pour répondre à cet objectif.

Toutefois, même si le métier d'IPA est maintenant arrivé au sein des services de soins depuis 3 ans, les difficultés restent les mêmes pour l'intégration des futurs IPA. Le groupe de travail « Protocole d'organisation » a été réorienté en fonction des échanges et des besoins identifiés.

Bien sûr que la rédaction du protocole d'organisation est essentielle pour permettre l'activité et la coordination du binôme IPA/médecins pour la prise en charge des patients. Cependant, ce travail a permis aux cadres experts et à moi-même d'identifier que les difficultés ne résidaient pas uniquement sur la rédaction de ce protocole qui doit se faire en collaboration étroite avec le médecin.

L'intégration de l'IPA doit s'accompagner avec l'encadrement du service et l'équipe médicale du service. Il est important de créer une procédure d'accueil et d'établir un plan de communication auprès des équipes médicales et paramédicales qui se fera au cours du temps de formation (2 ans du master), au moment de son arrivée et au cours des premiers mois après son arrivée. Ce travail sera réalisé dans les prochains mois.

Il sera important de systématiser les rencontres avec les futurs IPA tous les 6 mois au cours de leurs deux années de formation pour les accompagner et garder un lien avec le service. Ces rencontres permettront aussi de diminuer les craintes et les peurs liées à ce changement d'identité professionnelle. L'identification d'une personne désignée au sein du DMU, avec un positionnement de cadre supérieur, semble également être une solution facilitant l'arrivée d'un nouveau professionnel IPA.

### 4.9 Analyse des indicateurs identifiés

Début mai, je suis à 5 mois du lancement de ce travail. Les indicateurs identifiés ne sont pas tous interprétables en raison du temps trop restreint, mais également car certaines actions ne se sont pas encore concrétisées.

Je vais faire un retour sur chaque indicateur identifié et essayer de donner un délai pour en réaliser l'analyse de façon à continuer de suivre l'efficacité de ce travail.

#### 4.9.1 Nombre de personnes présentes aux groupes de travail

J'ai pu mettre en place au cours de ce projet 3 groupes de travail et des réunions de COPIL. Le nombre de personnes présentes aux différentes réunions est détaillé dans le tableau ci-dessous :

Groupe de travail	Intitulé de la réunion	Nb de personnes présentes (visio et/ou présentiel)
Groupe 1 : Création et animation du club IPA	Présentation du groupe	4
	Outils /Besoins	4
	Tps AMA	3
Groupe 2 : Connaissances des professionnels et attentes des patients	Préparation questionnaire	7
	Guide entretien	4
	Analyse des résultats	6
Groupe 3 : Protocoles d'organisation	Présentation des attendus	3
	Présentation Flyer	4
COPIL	Répartition missions	4
	Présentation avancement	4
	Résultats	4

Ce tableau montre bien que les chiffres sont restés stables tout au long de ce projet. J'ai ainsi pu garder la motivation et l'implication de l'ensemble des personnes qui ont participé à ce projet. Cette adhésion sera à maintenir sur du long terme. Les réunions doivent continuer à un rythme qui permet aux personnes de rester impliquées autour de ce projet.

#### 4.9.2 Taux de personnes interrogées qui connaissent le rôle de l'IPA

Le taux de personnes interrogées qui connaissent le rôle de l'IPA est à séparer selon si les personnes interrogées sont des professionnels de santé ou des patients. Les deux informations sont importantes mais les décisions prises seront différentes selon le public concerné. J'ai fait le choix dans cet indicateur, à ce moment du travail, de regarder uniquement le taux au niveau des professionnels de santé.

Lorsque la communication aura été préparée auprès des patients, nous pourrons étendre l'étude du taux aux deux publics.

Selon le modèle d'Hamric<sup>27</sup>, les compétences attendues pour une IPA sont celles-ci :



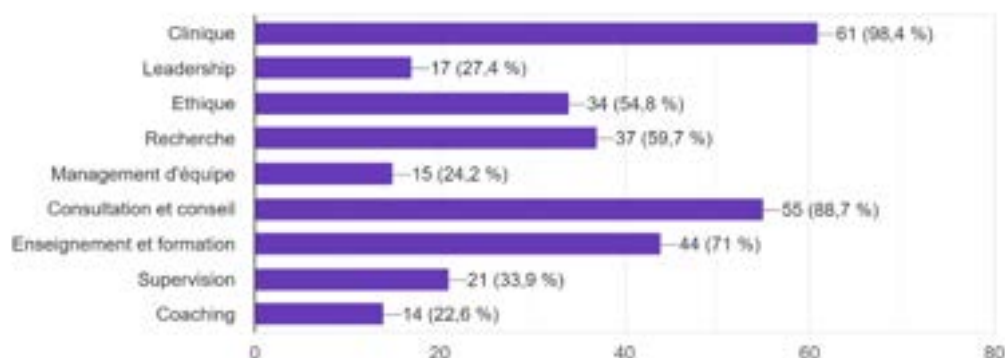
Pour cet indicateur, nous allons reprendre le graphique issu des questionnaires proposés aux professionnels. Dans ce dernier, ils pouvaient cocher quelles étaient,

<sup>27</sup> Professeure et doyenne adjointe à la Virginia Commonwealth University's School of Nursing (USA)

selon eux les compétences des IPA. Nous validons les champs de compétences suivants : clinique, leadership, éthique, recherche, consultation et conseil, enseignement et formation.

#### Selon vous quel(s) est/sont le/les champs de compétences de l'IPA ?

62 réponses



Nous avons 248 réponses correspondantes au modèle de compétence de Hamric sur 298 cases cochées soit un taux de réponses concordant de 82%. L'objectif, avec l'amélioration de la communication via les posters notamment, est d'atteindre 100% pour les professionnels des secteurs HDJ qui travaillent au quotidien avec les IPA.

#### 4.9.3 Nombre d'intervention pour communiquer sur leur métier

Le nombre d'intervention pour communiquer sur leur métier n'est pas exploitable à ce jour. A ce stade du projet, nous sommes en construction du plan de communication à établir auprès des professionnels et auprès des patients.

Il sera important de pouvoir le mesurer à un an de ce projet et d'évaluer si une corrélation existe entre le nombre d'intervention pour faire connaître le métier d'IPA et l'amélioration du taux explicité dans le critère décrit précédemment.

#### 4.9.4 Nombre de médecins qui adressent des patients aux IPA

De la même façon, le travail réalisé ne l'a pas été suffisamment auprès des équipes médicales pour pouvoir interpréter à ce jour cet indicateur. Toutefois, je souhaitais pouvoir le mentionner car il sera à prendre en compte.

Le nombre de médecins qui adressent des patients aux IPA permettra de montrer l'implication de l'IPA au sein du service. Si ce volume est insuffisant ou si certains médecins sont réticents à orienter des patients vers l'IPA, cela nous permettra de revoir la communication auprès de l'équipe médicale ou éventuellement de revoir et retravailler le protocole d'organisation avec les équipes médicales du service concerné.

#### 4.9.5 Nombre d'IPA au sein du DMU

Au début de ce travail en décembre 2022, deux IPA étaient en poste. Une IPA a pris son poste en janvier 2023. Une IPA, actuellement en formation, rejoindra le DMU ORPHÉ en juillet 2023 sur un poste ouvert en onco gériatrie sur CFX. Il reste un poste disponible et ouvert pour un recrutement d'IPA sur le service d'hématologie de SAT.

Une IDE du service semble être intéressée et se questionne sur une évolution de carrière vers le métier d'IPA.

Je lui ai proposé de passer une matinée en immersion avec l'IPA en poste d'oncologie de Tenon. Elle pourra ainsi mieux appréhender ce métier et décider si elle souhaite ou non lancer les démarches pour une inscription en Master 2. Un entretien avec l'encadrement supérieur sera organisé pour échanger sur les motivations de ce projet professionnel. Si elle décide de poursuivre cette voie, elle sera accompagnée avec un dispositif d'intégration et rejoindra le club IPA qui lui permettra de prendre un poste avec plus de sérénité.

#### 4.9.6 Nombre de cotations réalisées par les IPA

Le nombre de cotations réalisées par les IPA est un critère de performance qui sera à évaluer d'ici un an. Je suis en train de travailler avec le cadre administratif du DMU pour communiquer auprès des IPA sur les cotations qu'elles peuvent réaliser via le progiciel en rigueur dans notre établissement de santé.

Comme expliqué précédemment, nous espérons pouvoir obtenir la création de codes permettant de tracer l'ensemble des activités réalisées par les IPA. Cette cotation permettra de valoriser le travail réalisé par les IPA en espérant que l'évolution de ce nouveau métier permettra un jour de facturer l'ensemble des actes réalisées par les IPA auprès des patients et d'en mesurer le volume afin d'adapter les ressources.

#### 4.9.7 Bilan des indicateurs identifiés

Les indicateurs n'ont pas tous pu être exploités à cette étape du projet. Toutefois, les premiers résultats semblent démontrer que ce projet est un sujet d'actualité qui a permis sur un temps de quelques mois d'impliquer de nombreuses personnes.

Nous savons que nous avons une marge de progression possible sur la connaissance des professionnels qui passera par le développement de la communication. Les indicateurs ont été pensés pour permettre l'évaluation des outils créés dans le cadre de cette gestion de projet et pourront être interprétables avec plus de recul.

Il n'est pas impossible que ces indicateurs évoluent au cours du temps. Certains pourront être ajoutés en fonction de l'évolution des besoins et des attentes souhaitées par le commanditaire de ce projet.

## 5 Analyse critique de ce projet

### 5.1 Ressources au cours de ce projet

#### 5.1.1 Une volonté et une implication des IPA

Comme nous avons pu le voir dans le tableau qui présentait le domaine d'expertise et les activités annexes des IPA, elles sont extrêmement sollicitées que ce soit au niveau de leur service, du DMU, du GHU, pour l'OECl et par d'autres intervenants.

Les IPA, présentes dans le DMU, étaient essentielles à la conduite de ce projet. Il était indispensable qu'elles participent au Club IPA qui est créé pour elles et qu'elles vont faire vivre et évoluer. Pour les autres groupes de travail, je leur ai présenté toutefois j'ai

souhaité leur laisser la liberté de choisir d'y participer ou pas. L'une venait de prendre son poste avec tout le travail que cela implique, les deux autres étaient déjà engagées sur de nombreux projets. L'objectif était de les accompagner et non de leur faire augmenter leur charge de travail.

Elles n'ont pas seulement souhaité participer à l'ensemble des groupes de travail, elles ont également été force de proposition, de persuasion envers leurs collègues et j'ai découvert des professionnelles dont l'implication constitue un levier managérial en tant qu'encadrant et en tant que chef de projet.

Elles ont sollicité des dates de rencontres supplémentaires pour pouvoir gagner du temps et permettant de raccourcir les délais. Elles ont participé activement à la création des outils, ont su partager leur travail entre elles et avec leurs collègues des secteurs HDJ.

Aujourd'hui, elles manifestent l'envie de faire des recherches communes sur différentes thématiques. Elles souhaitent faire une **publication** en congrès infirmier en oncologie pour valoriser ce qui a été fait au cours de ce projet managérial. Ce souhait est, en tant que chef de projet, une belle récompense de l'accompagnement mené.

### 5.1.2 Un accompagnement DMU et GHU

Dès les étapes de cadrage de ce projet, j'ai pu échanger avec le commanditaire sur les objectifs attendus de ce projet. J'ai eu, tout au long de ce travail, un véritable **accompagnement** de la part du commanditaire qui représentait l'ensemble de l'exécutif du DMU.

J'ai pu solliciter le commanditaire lors de la problématique rencontrée avec le groupe de travail sur les protocoles d'organisation et qui a ainsi pu aider à réorienter et préciser très rapidement l'attendu.

Les entretiens de reporting ont eu lieu de façon mensuelle. Ils ont été un temps propice à nombreux échanges et m'ont permis de gagner en assurance et d'asseoir mon positionnement de chef de projet tout au long de ce travail. J'ai pu rencontrer différents intervenants qui m'ont permis de mieux appréhender l'ensemble des difficultés rencontrées par les IPA.

Au cours de ce projet, j'ai pu participer à la journée IPA de l'APHP organisée le 3 février 2023, rencontrer la head nurse<sup>28</sup> désignée dans le cadre de la démarche de labellisation de l'OECI, le président de la collégiale des IPA de l'APHP, la direction qualité, le cadre administratif du DMU, une patiente experte qui intervient sur le GHU et la directrice des soins de Tenon en responsabilité des IPA sur le GHU.

Toutes ces rencontres et tous ces échanges m'ont permis d'envisager la conduite de ce projet avec de nouveaux aspects, de nouvelles visions qui n'ont fait **qu'enrichir mes réflexions**.

Une restitution à l'ensemble des cadres du DMU, à l'exécutif du DMU et en bureau de DMU est déjà prévue au début du mois de juin. Ce travail sera également présenté à la commission des usagers lors d'une prochaine réunion.

---

<sup>28</sup> Infirmier chef en anglais, qui correspond au poste de cadre de santé dans le système français

### 5.1.3 Les apports théoriques des enseignements dispensés

La vision et l'ampleur de ce travail a également évolué au fur et à mesure des apports théoriques apportés par les professeurs universitaires et les intervenants professionnels. Ces apports théoriques m'ont permis de mieux structurer mon travail dans la conduite du projet et la conduite du changement.

Au fil des mois et des interventions, des outils nous ont également permis d'apporter une posture réflexive à notre travail. De nombreuses lectures nous ont été conseillées et m'a également permis de compléter mon approche de la conduite du changement.

Selon Yves Clot, « le travail bien fait est le trait d'union entre la santé et la performance » [39]. Il affirme qu'il ne sert à rien de s'occuper de la qualité de vie au travail si on ne s'intéresse pas d'abord à la qualité du travail ». Yves CLOT, professeur émérite de psychologie du travail, m'a permis de me questionner sur ce qu'est le travail bien fait.

Au sein de son ouvrage « Le prix du travail bien fait » [40], il aborde la notion de **coopération conflictuelle**. Il explique que la coopération conflictuelle : c'est faire l'éloge d'un conflit mais pas entre les gens. L'objet du travail peut être lui-même conflictuel parce que les critères de qualité et d'efficacité varient, divergent, s'opposent selon les personnes. Je trouve que cette notion faisait écho avec la complexité de coordonner tous les professionnels qui interviennent dans le parcours de prise en soins du patient. Tous ces professionnels sont animés par la volonté d'accompagner au mieux les patients. Mais ils ont des visions, des idées qui diffèrent et les empêchent de s'articuler correctement autour du parcours de soins. J'ai eu suite, à ces lectures, envisager et appréhender différemment les conflits.

A travers les groupes de travail et les nombreux échanges entre les intervenants, il me semble que les professionnels ont su dépasser les appréhensions et les identités professionnelles très marquées pour certains. Les apports de la formation m'ont permis, avec le recul de ces derniers mois, de comprendre que changer des organisations entraînent parfois des changements culturels qu'il faut accompagner. J'ai eu les apports nécessaires pour le faire et qui m'ont permis d'accompagner les professionnels dans les meilleures conditions possibles.

## 5.2 Difficultés rencontrées

### 5.2.1 Le management à distance

Le travail mené au cours de ce projet managérial m'a permis d'être chef de projet en transversalité sur le DMU. Le fait de devoir accompagner des professionnels sur 4 services répartis sur 3 sites différents m'a fait découvrir une autre façon de manager : le management à distance.

J'ai proposé d'utiliser un **management à distance « partiel »** [41]. J'ai moi-même choisi d'organiser certaines réunions en visio dans un souci d'efficacité, de fluidité et de facilité. Ce management à distance permet plus de souplesse et de liberté d'organisation tout en limitant la fatigue liée aux temps de transports.



J'ai rapidement compris que la distance complexifie la transmission de l'information et l'efficacité de la communication. Ces différents facteurs peuvent entraîner une perte de lien et de motivation pour certains.

La forme employée lors des temps de contacts virtuels a été primordiale. J'ai essayé d'avoir toujours une vision positive, de remercier les participants d'être présent en distanciel, de maintenir une qualité de la relation avec des temps de parole proposé à chaque participant. Je veillais en amont à informer du temps de la réunion et de respecter les délais annoncés. Chaque réunion faisait l'objet d'un compte rendu qui était envoyé à tous les participants et à ceux qui n'avaient pas pu y assister.

Toutefois, le contact et le besoin d'interagir restent essentiels. Il m'a semblé difficile d'appréhender la **communication informelle** à travers un écran. Il a fallu trouver un juste équilibre entre le distanciel et le présentiel. Par exemple, pour l'analyse des entretiens patients avec la patiente partenaire, j'avais décidé d'organiser la réunion en présentiel pour faciliter les échanges et les interactions.

Un membre du groupe de travail a déclaré : « c'est quand même bien de se voir en vrai, ça me fait plaisir de ne pas être derrière l'écran ». Je pense que le management à distance présente des avantages organisationnels mais qu'il est important d'intégrer des temps de rencontres en présentiel pour maintenir du lien et faciliter l'accompagnement vers les objectifs définis.

## 5.2.2 Maintenir l'intérêt de tous les membres du COPIL

Les membres COPIL de ce projet ont été choisis en raison de leurs compétences et de leur positionnement au sein du DMU. Pour rappel, ils sont les 5 en responsabilité des IPA et/ou des IDE en missions transversales sur chacun des secteurs.

Nous nous sommes réunis lors du premier COPIL puis avons organisé les réunions suivantes en distanciel. Il m'a semblé important d'insuffler un climat de proximité pour éviter une démarche trop rationnelle et technocratique. J'ai veillé à avoir une flexibilité dans mes attentes en m'adaptant tout en gardant le contrôle en terme de délais de restitution. Je restais très attentive à garder une **cohésion** dans le groupe en maintenant également une gestion dynamique.

J'ai eu avec deux membres du groupe une difficulté d'incompréhension entre mes attentes du travail et la perception qu'ils en avaient. Un entretien supplémentaire a permis de lever cette difficulté et la suite du travail a été réalisée dans des conditions optimales d'échanges et d'efficacité.

Un membre du COPIL n'a participé à aucune réunion en raison d'absence pour des raisons personnelles et une charge de travail trop importante qui l'empêchait de participer en présentiel ou en visio. J'ai essayé de maintenir le contact au maximum en le mettant dans les destinataires des mails, des comptes rendus et de l'ensemble des échanges.

Cette stratégie n'a pas été efficace car il n'a participé à aucun échange. J'aurais peut-être dû essayer de le rencontrer au sein de son service pour mieux comprendre les **freins** qu'il rencontrait pour intégrer ce travail.

### 5.2.3 Des nouveaux outils à appréhender

Afin de réaliser ce travail, j'ai souhaité utiliser des outils numériques, que je n'avais jamais eu l'occasion de manipuler, pour faciliter l'adhésion des professionnels aux questionnaires proposés. Ce choix a été fait pour faciliter le tri des réponses et l'analyse des données.

Un questionnaire classique a été créé par le groupe de travail sur la connaissance des professionnels au sujet des IPA et j'en ai assuré la mise en forme à l'aide de l'un de ces outils.

Au moment de l'analyse des 62 questionnaires remplis, j'ai réalisé les limites de cet outil que je n'avais pas appréhendé. Les nombreuses questions ouvertes et la possibilité d'apporter une réponse longue ont rendu l'exploitation des données plus difficiles.

Dans les métiers proposés pour identifier les répondants, les MERM ont été oubliés. Le questionnaire avait été vu et validé par l'ensemble du groupe de travail. Cet oubli a pu donner le sentiment d'un manque de reconnaissance envers cette catégorie de professionnels de santé.

Ces difficultés ont servi de rappel à l'importance de tester les outils mis en place pour en avoir une parfaite maîtrise.

### 5.2.4 Réaliser le travail avec PM et PNM

Au départ de ce travail, il était prévu d'intégrer des médecins dans le groupe de travail afin de travailler sur les protocoles d'organisation. Je pensais que la résistance au changement liée à l'arrivée des IPA serait issue de l'équipe médicale. Les intégrer aux groupes de travail permettait de les faire participer et d'amorcer la discussion sur le positionnement des IPA.

Comme cela a pu être constaté assez rapidement lors du démarrage de ce projet, je me suis vite aperçue que la résistance venait principalement des IDE des secteurs HDJ et principalement des IDE en missions transversales qui interviennent aussi lors des parcours de soins des patients.

Il a donc été décidé de travailler d'abord, dans un premier temps avec ces professionnels. Au regard du retour des questionnaires, les équipes médicales connaissent le rôle et les missions de l'IPA de façon assez claire et les retours étaient très positifs dans les services dans lesquelles les IPA sont déjà en poste.

Toutefois, je suis persuadée que pour travailler sur un projet de recrutement d'IPA ou lors du recrutement des IPA, la communication avec les équipes médicales est essentielle pour faciliter son intégration.

Dans les actions que nous allons mener, notamment dans le groupe de travail sur les protocoles d'organisation, la présence médicale est primordiale. Pour réussir l'implantation d'une IPA dans le service, il faut pouvoir interagir aussi bien avec les équipes médicales que les équipes paramédicales. Cette stratégie va être mise en place pour l'arrivée de l'EIPA qui prendra ses fonctions sur le service d'onco gériatrie du site de CFX.

Il est d'ailleurs prévu que je rencontre en amont l'encadrement du service et je vais proposer aux équipes médicales de réfléchir à la file active des patients qui sera pris

en charge par l'IPA lors de son arrivée dans le service. Il sera l'occasion de leur présenter des protocoles d'organisation réalisés dans d'autres services pour leur servir de modèle et permettre de débiter la réflexion de celui qui sera validée avec la future IPA.

Pour réussir, l'implantation d'une IPA, tous les acteurs du service de soins doivent être impliqués que ce soit les équipes paramédicales comme les équipes médicales.

## 6 Proposition d'axes d'amélioration

### 6.1 Une organisation hiérarchique mieux définie

Comme nous avons pu l'aborder précédemment dans ce travail, l'encadrement des IPA par les cadres de santé semble ne pas être optimale.

Il me semble important d'avoir une coordination managériale par un cadre supérieur qui pourra accompagner les professionnels par filière. Il sera l'occasion de pouvoir donner du sens en terme de management et faciliter l'accompagnement des nouveaux professionnels IPA.

A ce jour, aucune recommandation n'est faite pour l'encadrement des IPA au sein des services de soins. Au sein du DMU, chaque IPA est encadrée par le cadre du service d'HDJ dans lequel elle exerce.

Cette question est d'ailleurs abordée dans l' « Enquête UNIPA : Etat des lieux des IPA salariés » [36], publié le 17 avril 2023. Il fait le constat d'une « grande diversité d'offres hiérarchiques ».

Ils ont ainsi pu établir le graphique suivant qui présente l'offre hiérarchique dans l'encadrement des IPA dans le secteur public.



Je souhaite pouvoir apporter une réflexion sur le paragraphe suivant issu du même rapport :

« Parmi les précisions apportées dans les réponses, il semble apparaître des écueils pour les personnes placées sous la hiérarchie des cadres de proximité. En effet, une très grande partie des personnes étant dans cette situation ajoutent qu'elles éprouvent des difficultés avec cette organisation, qui semble restreindre leur champ d'action et leurs missions. Il existe également des méconnaissances concernant les compétences et les missions d'un IPA. Une corrélation semble apparaître entre le

*niveau de hiérarchie et le champ d'action de l'IPA. Les IPA sous la hiérarchie des directions des soins déclarent pouvoir investir un grand nombre de missions transversales au sein de l'ensemble de la structure, ce qui ne semble pas être le cas lorsqu'ils dépendent d'un cadre de proximité.» [36]*

Au cours de mes observations durant ce travail, j'ai pu analyser l'organisation actuelle. L'encadrement des IPA par chaque cadre de santé, au niveau du service, ne leur permet pas de créer une cohésion et un soutien pour ces professionnels qui se sentent isolées en étant seule à assurer cette fonction au sein d'un service.

Les cadres de santé ne semblent pas non plus dans une position qui soit idéale avec les IPA. D'une part, certains ne sont pas à l'aise avec la spécificité des missions des IPA. D'autre part, nous avons pu avoir un échange avec un cadre qui dit que certaines missions de l'IPA sont similaires à celle d'un cadre de santé. Effectivement, dans les missions des IPA, nous pouvons retrouver le leadership, l'enseignement et formation notamment. Il me semble toutefois que les missions de l'IPA et celles du cadre de santé sont assez distinctes et le parcours de formation ne prépare pas aux mêmes activités, davantage centré sur le management pour le cadre.

Pour ma part, je pense qu'une organisation hiérarchique mieux définie avec un encadrement au minimum par DMU voir une coordination par GHU avec un cadre supérieur dédié à cette mission permettrait de faciliter l'implantation de ce nouveau métier. Il y a encore besoin d'accompagner l'implantation de ce nouveau métier en ayant de nombreuses compétences en communication et une maîtrise de la conduite du changement ainsi que des méthodes pour diminuer les résistances du changement.

## 6.2 Un plan de communication GHU

J'ai pu constater lors des premières rencontres avec les IPA du DMU qu'elles avaient chacune un sentiment d'isolement dans leur activité. Chacune exerce ce nouveau métier seule dans un service donné. Il faut alors trouver sa place et se faire connaître. Il s'agit d'un exercice auquel les IPA ne sont pas préparées au cours de leur cursus universitaire.

Il me semble important de pouvoir leur apporter de nouvelles connaissances en terme de communication et de travailler cet aspect au moment de leur prise de poste et tout au long de leur exercice professionnel.

Hugues Marchat définit trois types de communication [27] qui sont :

- La communication opérationnelle, qui va apporter une information détaillée pour faire fonctionner le projet
- La communication décisionnelle, qui va permettre de faire des arbitrages au fur et à mesure du projet
- La communication promotionnelle, qui a un double objectif : faire adhérer et motiver les acteurs du projet.

Il faut développer la **communication promotionnelle** sur le métier d'IPA au sein des services, des DMU et de l'APHP.

Pour David AUTISSIER et Jean Michel MOUTOT [28], la communication a un **rôle central** dans la réalisation d'une conduite de changement. Il va s'agir d'un levier qu'il est indispensable de maîtriser.

A l'heure actuelle, aucun plan de communication existe au sein de l'APHP pour faciliter la place des IPA. Suite à une rencontre avec Pierre Yves BLANCHARD<sup>29</sup>, je peux lui faire part de cette difficulté sur laquelle je souhaite travailler. Il me confie qu'au regard des retours qui ont été fait à la collégiale, ce manque de communication revient souvent. Il m'informe que la collégiale des IPA de l'APHP travaille actuellement sur la création d'une page intranet (réseau interne de l'APHP) qui permettra aux EIPA, aux IPA en poste et aux cadres qui accompagnent les IPA des informations utiles.

En tant que chef de projet, je pense que cet aspect n'a pas été suffisamment bien défini et préparé en amont de la conduite de ce projet. Maintenant que les outils sont en train d'être finalisés (poster, flyer, etc...), je dois en tant que chef de projet redéfinir précisément un plan de communication qui devra être validé par la commanditaire du projet pour pouvoir être exécuté au sein du DMU et peut être à une échelle GHU dans un second temps.

### 6.3 Renforcer l'expérience patient

Selon l'Agence Nationale de la performance sanitaire et médico-sociale (ANAP), la démarche d'expérience patient permet d'améliorer la qualité de la prise en charge des bénéficiaires et la qualité de vie au travail des professionnels de santé.

Dans le cas de ce projet, le partage de l'expérience patient, notamment les échanges avec une patiente partenaire, a été un levier pour favoriser la **transversalité**. En effet, le patient partenaire permet d'apporter un nouvel angle de vue à tous les projets. Il s'agit d'un apport complémentaire à toutes les autres méthodes d'analyse.

Le choix avait été fait d'inviter la patiente partenaire pour la réunion sur l'analyse des entretiens patients. Les échanges et discussions ont eu une telle richesse que nous l'avons conviée à toute la suite de ce projet. Elle a ainsi pu apporter son regard sur les outils créés que nous avons modifiés grâce à ce regard croisé. Les professionnels de santé ont trouvé ces échanges très enrichissants et ont souhaité avoir son avis sur les étapes suivantes de ce projet.

Quant à la patiente partenaire, elle nous a indiqué que c'est la première fois qu'un service venait la solliciter directement pour contribuer à un tel projet. La plupart du temps, ils sont sollicités pour assister à des présentations finalisées.

J'ai trouvé que cela permettait de se questionner et de réfléchir à nos propositions en prenant en compte le regard du patient. Ces échanges ont permis d'apporter une dynamique très intéressante et a été source de motivation dans le groupe de travail.

Dans ce projet, la complémentarité entre les professionnels de santé et l'expérience patiente a été une force et une plus-value pour chacun d'entre nous et pour le livrable final du projet.

---

<sup>29</sup> IPA, président de la Collégiale des IPA de l'APHP

## 7 Positionnement cadre supérieur

### 7.1 Les missions du cadre supérieur de santé

Le cadre supérieur de santé (CSS) conduit des opérations d'amélioration des organisations et des projets transversaux au travers de 4 axes :

- **Conduire des projets de soins** en lien avec la direction des soins : Cette mission consiste à décliner et suivre la mise en place du projet de soins au sein de ses différentes unités. Il élabore, pilote, coordonne et évalue les projets de services et activités paramédicales en lien avec les cadres de santé et chefs de service. Enfin il doit impulser une dynamique managériale dans le domaine de l'innovation et de la recherche.
- **Manager des équipes** : Le CSS supervise, anime et fédère l'équipe de cadres de santé. Il valorise les compétences de ses collaborateurs par une gestion de carrière appropriée en lien avec la Direction des soins et la DRH. Il participe à la construction du plan de formation annuel de son secteur en lien avec les objectifs institutionnels, de soins et personnels de ses collaborateurs.
- **Assurer la qualité des soins et des activités** : Son rôle est d'harmoniser et de contrôler la bonne application des procédures en suivant les indicateurs qualité, car il est un acteur primordial dans le cadre des actions liées à la certification. De ce fait, il participe aux différentes commissions afin d'améliorer les prestations dispensées auprès des patients. Il assure également la communication institutionnelle, réglementaire et sociale auprès des cadres de santé.
- **Assurer la gestion et le suivi des activités** : Le CSS analyse, suit et contrôle l'activité du secteur à l'aide de tableaux de bord et constitue annuellement un rapport d'activité. Il suit les évolutions des recettes et des dépenses puis contribue à la maîtrise de la masse salariale.

A travers la gestion de ce travail en tant que chef de projet, j'ai pu mieux cerner le positionnement du cadre supérieur, notamment dans son rôle de cohésion d'un groupe de cadre.

En effet, j'ai pu appréhender la notion de « posture », à travers les cours dispensés lors de ce master 2, qui permettent d'aborder le cheminement social et cognitif du manager dans son parcours de professionnalisation. La posture professionnelle permet de réfléchir à son positionnement dans l'interaction avec l'autre.

Nous nous devons en tant que futur cadre supérieur de santé réfléchir à une nouvelle approche de cette fonction, avoir une dimension plus politique et une gestion stratégique. Il ne s'agit plus d'être sur le terrain mais d'accompagner les managers.

A travers ce projet, j'ai pu mettre à l'épreuve des capacités essentielles à avoir pour exercer comme cadre supérieur de santé :

- Être organisée et avoir une bonne gestion du temps
- Être dans la communication et la développer

- Savoir négocier et prendre des décisions
- Etre force de propositions
- Accompagner le changement
- Piloter des projets

Il faut passer d'une réflexion à la dimension d'un service à une logique de projet qui vient s'inscrire à l'échelle d'un territoire. Cette nouvelle vision demande d'enrichir les interactions et développer son réseau en s'ouvrant à l'ensemble d'un GHU et interagir avec les partenaires extérieurs à l'établissement. L'ensemble de cette année de formation m'a permis d'acquérir les outils et les connaissances pour parfaire cette vision.

J'ai, à travers ce projet, expérimenté la conduite de projet en m'élevant dans une posture de pilotage et de management, avec des collaborateurs managers, en m'appuyant sur les apports de cette formation.

## 7.2 La conduite de projet

La conduite de projet est une activité managériale incontournable dans la mission de CSS. Les lectures et différents travaux réalisés en cours de master 2 m'ont permis d'acquérir des éléments de repères pour planifier les actions de changement, les accompagner et ainsi lever les résistances.



Fig : Travail de groupe réalisé en cours d'année de Master 2

En tant que cadre de santé, on est amené à mener les projets. En tant que CSS, on prévoit et on met en place la conduite de changement, à une échelle plus stratégique encore, en prenant en compte tous les impacts que ce changement va avoir afin de préparer et lever les résistances.

Les différentes lectures réalisées m'ont permis de mieux appréhender les **concepts clés** dans la conduite du changement [29] et de pouvoir m'appuyer sur des auteurs et des concepts différents (changements continus, changements proposés, changements dirigés, changements organisés) selon les situations. En choisissant d'utiliser les 8 étapes de Kotter dans ce travail, j'ai pu utiliser une méthode de

changement dirigé qui m'a permis de valoriser la place du manager comme un relai opérationnel du changement.

Toutefois, la conduite du changement nécessite aussi d'accompagner les personnes qui seront impactées au cours de ce changement. Il me semble que la reconnaissance des professionnels est un levier important pour réussir la conduite d'un projet.

### 7.3 La reconnaissance au travail

Pour Laure Becker<sup>30</sup>, pratiquer la reconnaissance au travail est la « *clé d'un puissant outil de motivation et de leadership* » [41]. S'il semble difficile de donner une définition de la reconnaissance au travail, car elle est propre à chacun, certains aspects se retrouvent régulièrement. Un individu a besoin d'être reconnu pour ce qu'il est en tant que personne, pour ce qu'il fait au niveau de ses actions, pour ses résultats et ce qu'il a réussi, pour son talent et ses compétences et pour son comportement comme la coopération et l'engagement. Laure BECKER affirme que c'est « *en apprenant à connaître les personnes que l'on arrive à discerner quel type de reconnaissance la personne est le plus sensible* » [42].

Selon Yves CLOT, « *dans les organisations d'aujourd'hui, la coopération, la qualité et la densité des relations sociales sont devenues un paramètre plus important encore que par le passé* » [43].

Je pense qu'il est important d'être attentif à la place de chaque personne au sein d'une organisation. Nous travaillons dans certaines structures qui peuvent compter entre 100 et 150 professionnels réunis dans un seul service. Comme Pascale MOLINIER<sup>31</sup> l'affirme, « *la reconnaissance du travail par autrui joue ainsi un rôle majeur dans la consolidation de l'identité personnelle* » [49]. Nous avons pu voir, au cours de ce travail auprès des IPA, qu'elles ont besoin d'avoir une reconnaissance de leurs pairs pour se construire en tant qu'IPA, tout comme pour les cadres de santé que j'ai encadrés.

Parmi tous les facteurs qui vont motiver un professionnel, le sentiment d'être reconnu est essentiel. Il s'agit pour la personne d'avoir le sentiment d'« être capable de ». Son propre regard ne suffit pas, « *on a besoin du regard des autres, en particulier de celui du leader qui donne du sens à nos objectifs, nous confirme que nous allons dans la bonne direction et nous encourage à continuer à avancer dans ce sens* ». [42] Philippe BERNOUX<sup>32</sup> réaffirme, à son tour, que « *la situation devient intenable, sans aucun soutien des collègues* » [44].

En tant que chef de projet dans le cadre de ce travail et future CSS, j'ai essayé d'adopter un comportement plus adapté, plus efficace et plus épanouissant. J'ai remercié les cadres pilotes pour la gestion de leur mission, pour leur réalisation et pour leur implication tout au long de ce projet.

« *Travailler suppose également de collaborer avec une hiérarchie et des collègues, qu'il va falloir apprendre à connaître et avec lesquels il faudra pouvoir interagir pour atteindre l'objectif de production d'un bien ou d'un service* » [45], selon Isabelle

---

<sup>30</sup> Ingénieur de l'INSA Lyon, diplômée du MBA RH Paris Dauphine

<sup>31</sup> Psychologue et professeure de psychologie sociale à l'Université Sorbonne Paris Nord

<sup>32</sup> Sociologue, Docteur d'état, Directeur honoraire de Recherches au CNRS



GERNET<sup>33</sup> et Christophe DEJOURS<sup>34</sup>. Il me semble qu'en tant que CCS, il est important d'aider son collaborateur à être visible au sein de l'organisation.

Chaque travail réalisé par les cadres de santé pilote de ce projet a été valorisé auprès de la ligne managériale. Même si remercier une personne à travers un e-mail n'est pas équivalent à remercier en personne avec le langage non verbal associé, j'ai tenu à remercier chaque participant à chacun des points d'étapes réalisés.

Pour moi, la vision d'Isabelle GERNET et Christophe DEJOURS est essentielle ; *« la validation du travail par la reconnaissance accordée par les autres contribuent de façon majeure à la construction du sens du travail »* [45]. Je souhaite devenir un CSS qui s'appuie sur la reconnaissance au travail pour permettre à chacun de s'épanouir dans les missions que j'accompagnerai.

## 7.4 L'intelligence collective

De nombreux travaux, au cours de ces dernières années, portent ou se réfèrent à la notion de l'intelligence collective. Selon Olfa GRESELLE-ZAIBET<sup>35</sup> [46], il est possible de définir cette notion ainsi : *« ensemble des capacités de compréhension, de réflexion, de décision et d'action d'un collectif de travail restreint issu de l'interaction entre ses membres et mis en œuvre pour faire face à une situation donnée présente ou à venir complexe »*. Elle nuance, quand même, en concluant qu' *« il ne suffit pas de créer une équipe de travail pour qu'une intelligence collective se crée »* [46].

J'ai donc souhaité m'intéresser à cette notion en recherchant les méthodes pour innover, co construire et accompagner le changement en facilitant cette notion d'intelligence collective. Agathe CREPEL et Chantal NEVE-HANQUET ont donné des pistes de réflexion avec des attitudes à adopter pour faciliter la communication et les questions à se poser pour activer l'intelligence collective [47].

Pour faciliter l'intelligence collective, une personne définie comme un facilitateur a pour objectif de faciliter le processus d'intelligence collective. Je me suis donc intéressée à ce rôle qui peut être incarné par le cadre supérieur de santé.

En effet, je pense qu'en tant que futur cadre supérieur de santé, mon rôle sera de comprendre les individualités de chacun pour permettre de créer une pensée plus large et ainsi une cohésion de groupe. Selon Olfa GRESELLE-ZAIBET, *« dans la rencontre avec un groupe, il y a quelque chose de l'ordre de « l'adoption » réciproque »*. Le CSS doit pouvoir travailler en privilégiant la compétence des personnes qu'il accompagne pour gagner en cohésion.

Le CSS, vu comme un facilitateur, aura aussi un rôle de décideur, puisqu'il lui revient de faire des choix. En expliquant ce qu'il choisit de privilégier, tout en s'appuyant sur le collectif à consulter, le CSS montrera l'importance de son rôle dans les choix à mener. Il sera important pour les équipes de travail et les organisations d'affirmer et de renforcer ce rôle de choix qu'il lui incombe.

Je garderai en mémoire, dans mon futur professionnel, les cinq repères proposés par J-L MORENO [47] :

---

<sup>33</sup> Psychologue clinicienne, maîtresse de conférences en psychologie clinique à l'Université Paris Descartes

<sup>34</sup> Psychiatre, psychanalyste et professeur de psychologie en psychodynamique du travail

<sup>35</sup> Docteur en science de gestion

- La règle de spontanéité ou libre pensée qui favorise l'investissement et l'appel aux initiatives
- La règle de liberté, à l'intérieur des contraintes incontournables, qui permet l'adhésion, la motivation et l'engagement des professionnels dans un projet
- La règle de restitution qui permet d'assurer et d'enrichir le développement d'un processus
- La règle de discrétion qui permet de garder ce qui appartient au groupe
- La règle de ponctualité qui permet de cadrer dans le temps l'accompagnement d'un projet.

Dans toutes les missions du CSS, que ce soit l'animation d'une réunion, la gestion d'un projet ou le management d'une équipe, il sera nécessaire de poser des repères qui permettent à chacun d'avancer en toute confiance.

## CONCLUSION

Au regard du contexte actuel sur le virage ambulatoire et la démocratie sanitaire, le CPDMU et l'exécutif du DMU ORPHé, associé à la direction des soins Sorbonne Université, m'a proposé de porter un projet managérial qui a l'objectif suivant : **Améliorer la coordination des nouveaux métiers au bénéfice de l'expérience patient dans son parcours en oncologie-hématologie au sein du DMU avec l'introduction du métier d'IPA.** Mon rôle est d'organiser et de fédérer les ressources, aussi bien matérielles, humaines ou temporelles afin d'atteindre cet objectif.

Ce travail s'inscrit également dans un contexte très ancré sur la qualité des soins et la justification de l'excellence des services de cancérologie. Le périmètre d'action s'étend des services d'hématologie HDJ des hôpitaux de Saint Antoine et Pitié Salpêtrière jusqu'aux services d'oncologie médical HDJ des hôpitaux de Tenon et Pitié Salpêtrière.

Les IPA sont déjà en place, voire ont déjà quitté cette nouvelle fonction au sein du DMU. Il m'a fallu mener une conduite du changement en prenant en compte l'existant et améliorer rapidement la coordination pour que cela devienne un bénéfice dans la prise en charge des patients.

En tant que future cadre supérieur de santé, la vision de la conduite de changement selon Kotter m'a interpellé et donné envie d'y appuyer mon travail sur les étapes de sa méthode.

A travers l'état des lieux des IPA sur le DMU, j'ai pu m'apercevoir du sentiment d'isolement rencontré par les IPA et les difficultés que chacune rencontre sur son site et qui finalement sont semblables à toutes. La création et l'animation d'un "Club IPA" au sein du DMU a permis de créer un collectif et d'asseoir leur positionnement au sein des équipes médicales et paramédicales. Il a permis d'écouter et d'entendre ces nouveaux professionnels.

Un autre enjeu majeur de ce projet managérial est l'articulation des différents métiers IDE en transversalité. Nous avons, dans un esprit de dialogue et de concertation, convié un patient partenaire à réfléchir avec nous aux outils à créer. Dans ce projet, la complémentarité entre les professionnels de santé et l'expérience patient a été une force et une plus-value pour la pertinence du projet.

Les indicateurs n'ont pas tous pu être exploités au cours de ce travail. Toutefois, les premiers résultats semblent démontrer que ce travail est un sujet d'actualité qui a permis d'impliquer de nombreuses personnes. Nous savons que nous avons une marge de progression possible sur la connaissance des professionnels qui passera par le développement de la communication.

Le travail mené au cours de ce projet managérial m'a permis d'être chef de projet en transversalité sur le DMU. Le fait de devoir accompagner des professionnels sur 4 services répartis sur 3 sites différents m'a fait découvrir le management à distance.

Au regard du retour des questionnaires, les équipes médicales connaissent le rôle et les missions de l'IPA de façon assez claire et les retours étaient très positifs dans les services dans lesquelles les IPA sont déjà en poste. Toutefois, je suis persuadée que pour réussir, l'implantation d'une IPA, tous les acteurs du service de soins doivent être impliqués que ce soit les équipes paramédicales comme les équipes médicales.

Pour continuer la réflexion sur ce travail, je pense qu'une organisation hiérarchique mieux définie avec une coordination dans le GHU par un cadre supérieur dédié à cette mission permettrait de faciliter l'implantation de ce nouveau métier. Il y a encore besoin d'accompagner l'implantation de ce nouveau métier avec des compétences en communication, une maîtrise de la conduite du changement et des méthodes pour diminuer les résistances du changement.

A titre personnel, à travers ce projet, j'ai pu accéder au positionnement qu'exige la fonction de cadre supérieur de santé en s'appuyant sur une équipe de cadre de santé tout en travaillant ma posture et mon positionnement. Il me semble que la reconnaissance des professionnels est un levier important pour réussir la conduite d'un projet.

Le CSS doit pouvoir jouer ce rôle de levier pour dynamiser l'énergie, stimuler la notion d'interdépendance et créer la cohésion dans l'équipe qu'il aura à animer. Je souhaite devenir un CSS attentive à la reconnaissance au travail pour permettre à chacun de s'épanouir dans les missions que j'accompagnerai.

Je conclurai ce travail par ce proverbe africain, qui représente le travail mené lors de ce projet managérial :

« Tout seul on va plus vite, ensemble on va plus loin ! »

## Bibliographie

- [1] *Loi N°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé*, 2016.
- [2] *Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires*, 2009.
- [3] INCA, «Panorama des cancers en France,» 2022.
- [4] M. i. p. l. c. l. Cancer, «Plan Cancer 2003-2007,» 2003.
- [5] M. d. l. S. e. d. sports, «Plan Cancer 2009-2013,» 2009.
- [6] M. d. A. S. e. d. l. Santé, «Plan Cancer 2014-2019,» 2014.
- [7] *Loi n° 2019-180 du 8 mars 2019 visant à renforcer la prise en charge des cancers pédiatriques par la recherche, le soutien aux aidants familiaux, la formation des professionnels et le droit à l'oubli*, 2019.
- [8] INCA, «Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030,» 2021.
- [9] APHP, «l'APHP en Bref,» 15 Février 2023. [En ligne]. Available: <https://www.aphp.fr/lap-hp-en-bref>. [Accès le 12 Mars 2023].
- [10] C. n. d. l. d. infirmiers, «Infirmière de Pratique avancée en France, Position du conseil national de l'ordre des infirmiers,» 6 avril 2017. [En ligne]. Available: <http://www.ordre-infirmiers.fr>. [Accès le 15 Décembre 2022].
- [11] G. BONNEL, «La pratique avancée aux Etats Unis, avant et pendant l'ère COVID,» *Revue de la Pratique Avancée*, 31 Mars 2021.
- [12] D. M. e. G. Lafortune, «"Les pratiques infirmières avancées : une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés", document de travail de l'OCDE sur la santé, N°54,» OCDE, Paris, 2010.
- [13] A. CHAPELIER, *Proposition de loi visant à redéfinir la pratique avancée infirmière*, 2021.
- [14] P. Y. BERLAND, «Coopération des professionnels de santé : le transfert de tâches et de compétences,» 2003.
- [15] Y. BERLAND, *Coopération des professionnels de santé : le transfert de taches et de compétences*, 2003.
- [16] H. A. d. Santé, *Les protocoles de coopération article 51, bilan du dispositif, évaluation 2014*, 2015.
- [17] Legifrance, *Décret n°2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée*, 2018.
- [18] M. d. s. e. d. l. Santé, *Ma Santé 2022, un engagement collectif*, 2018.

- [19] «Modalités d'organisation du concours sur titre pour les IPA,» *Revue de la Pratique Avancée*, Janv-Fev-Mars 2021.
- [20] Legifrance, *décret n°2022-293 du 1er mars 2022 portant création d'une prime spéciale attribuée aux personnels relevant du corps des auxiliaires médicaux en pratique avancée de la fonction publique hospitalière*, 2022.
- [21] L. CLAEREBOUDT, «L'accès direct aux IPA et aux kinés définitivement adopté par le Parlement,» 10 mai 2023. [En ligne]. Available: <https://www.egora.fr/actus-pro/politique/80376-l-acces-irect-aux-ipa-et-aux-kines-definitivement-adopte-par-le-parlement>. [Accès le 12 mai 2023].
- [22] APHP, *30 leviers pour agir ensemble*, Paris, 2022.
- [23] M. L. P. M. Amina ETTORCHI, «Le benchmarking : une méthode d'amélioration continue de la qualité en santé,» *Oratiques et Organisation des soins*, p. 35 à 46, 2011.
- [24] D. B.-L. e. A. DiCenso, «A framexork for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles,» *Journal of Advanced Nursing*, pp. 30-40, Décembre 2004.
- [25] D. CRISTOL, *La fabrique des managers*, L'Harmattan, 2011.
- [26] P. B. e. N. V. LAETHEM, *La méga boîte à outils du Manager Leader*, DUNOD, 2016.
- [27] H. MARCHAT, *Le kit du chef projet*, Eyrolles, 2015.
- [28] J. M. M. David AUTISSIER, *Méthode de conduite du changement*, DUNOD, 2016.
- [29] I. V. D. A. V. David AUTISSIER, *Conduite du changement : concepts clés*, DUNOD, 2014.
- [30] J. P. KOTTER, *Leading and Change*, Harvard Business Review Press, 1996.
- [31] H. R. John KOTTER, *Alerte sur la banquise*, PEARSON, 2018.
- [32] O. M. Michel BARABEL, *Manageor, tout le management à l'ère digitale*, Dunod, 2015.
- [33] H. A. d. Santé, «Suivi d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins,» Juin 2017. [En ligne]. Available: <http://www.has-santé.fr>. [Accès le 13 mars 2023].
- [34] Legifrance, «Commission des usagers d'un hôpital ou d'une clinique,» 21 octobre 2022. [En ligne]. Available: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F10256>. [Accès le 24 novembre 2022].
- [35] A. LECLERC, «Vers la collaboration IPA - Cadre de santé,» *Revue de la Pratique Avancée*, pp. 16-19, Janv Fév Mars 2021.
- [36] J. JOLYS, «Enquête UNIPA, état des lieux des IPA salariés,» 2023.

- [37] M. d. l. s. e. d. l. santé, «Arrêté du 30 décembre 2019 portant approbation de l'avenant no 7 à la convention nationale,» Décembre 2019. [En ligne]. Available: [https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/691225/document/avenant\\_7\\_convention\\_nationale\\_des\\_infirmiers.pdf](https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/691225/document/avenant_7_convention_nationale_des_infirmiers.pdf).
- [38] P. PASTRE, «Apprendre à faire,» chez *Apprendre et faire apprendre*, Presses Universitaires de France, 2006.
- [39] Y. CLOT, «L'aspiration du travail bien fait,» *Le journal de l'école de Paris du management*, vol. 1, n° 199, p. 23 à 28, 2013.
- [40] Y. CLOT, *Le prix du travail bien fait*, La découverte, 2021.
- [41] S. LEVILLAIN, *Boîte à outils du management à distance*, DUNOD, 2021.
- [42] L. BECKER, *Pratiquer la reconnaissance au travail*, Malakoff: DUNOD, 2018.
- [43] Y. CLOT, *Le travail à coeur, pour en finir avec les risques psychosociaux*, Paris: La découverte, 2015.
- [44] P. BERNOUX, *Mieux-être au travail*, Toulouse: Octares Editions, 2015.
- [45] C. D. Isabelle GERNET, «Evaluation du travail et reconnaissance,» *Nouvelle revue de psychosociologie*, pp. 27-36, Février 2009.
- [46] O. G. ZAIBET, «Vers l'intelligence collective des équipes de travail : une étude de cas,» *Management et Avenir*, n° 114, p. 41 à 59, 2007.
- [47] A. C. e. C. NEVE-HANQUET, *Faciliter l'intelligence collective*, Paris: EYROLLES, 2018.
- [48] C. d. l. H. A. d. Santé, «Les protocoles de coopération article 51, bilan du dispositif, Evaluation 2014,» 2015.
- [49] P. MOLINIER, *Les enjeux psychiques du travail*, Paris: Payot, 2006.
- [50] «Liste des actes propres à l'exercice IPA s'allonge,» [En ligne]. Available: <https://www.espaceinfirmier.fr/actualites/la-liste-des-actes-propres-a-l-exercice-ipa-s-allonge.html>. [Accès le 12 Février 2023].
- [51] L. p. p. o. a. i. à. t. experimental. [En ligne]. Available: <https://www.santementale.fr/2021/10/la-primo-prescription-ouverte-aux-ipa-a-titre-experimental/>. [Accès le janvier 2023].

## Annexes



## Annexe 1 : Lettre de mission

 <p>AP-HP Sorbonne Université un nouveau groupe hôpital-universitaire</p>	<p>Lettre de mission « Projet Managérial » Master 2 « Management des Organisations Soignantes » 2022-2023</p>	
--	---	--

<p>Désignation du projet</p>	<p>Renforcer la fluidification du parcours thérapeutique et émotionnel (et de qualité de vie) du patient au sein des secteurs ambulatoires du DMU <del>Orphé</del></p>
<p>Commanditaire</p>	<p>Cadre Paramédicale du DMU Direction des soins GH-Sorbonne Université</p>
<p>Nom du responsable du projet</p>	<p>ROUSSEAU Céline</p>
<p>Missions du responsable de projet</p>	<p><u>Mots clés</u> Organisation - Coordination Outils utilisés - Communication - Evaluation - Réajustement - Retour/Bilan - Suivi projet</p>
<p>Moyens alloués</p>	<p>Temps dédiés au pilotage du projet Personnes ressources : cadres de santé, chef de service et cadre administratif,  Logistique : secrétariat, bureau, salle de réunion, service communication</p>
<p>Modalités de <del>reporting</del></p>	<p>COFIL du projet - Exécutif et/ou bureau du DMU Réunion CR bilan étapes intermédiaires Tableau de bord avec <u>Indicateurs de Pilotage</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Statut des étapes (prévu /réalisé...)</li> <li>• Suivi des délais, des jalons (atteints, en retard, projections...)</li> <li>• Suivi des tâches (en cours, non assignées, pourcentage de tâches terminées, etc.)</li> <li>• Charge de travail par personne (suivi du</li> </ul>

PF/Master2/2022.2023



AP-HP, Sorbonne Université  
un nouveau groupe  
hospitalo-universitaire

Lettre de mission  
« Projet Managérial »  
Master 2 « Management des  
Organisations Soignantes »  
2022-2023



	<p>coût homme)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suivi des actions critiques et gestion des risques (nombre de risques identifiés et survenus)</li> </ul>
<p><b>Durée</b></p>	<p>Durée : 9 mois</p> <p>Novembre 2022 : finalisation de la fiche projet et diffusion de la lettre de mission</p> <p>Décembre 2022 : Recueil des données d'organisation des <u>hdi du dmu</u> - chiffre activité patient</p> <p>Janvier 2023 : Audit organisationnel des cadres avec 1 ide et 1 as sur les différents sites et services + entretien pour avoir le retour des professionnels -</p> <p>Retour expérience patient - associations -partenaire - RU IDE de coordinations et de parcours de soins</p> <p>Février 2023/Mars 2023 : 2 Réunions avec les cadres des différents secteurs <u>Hdi</u></p> <p>Avril 2023 : Proposition d'un plan d'actions pour potentialiser le fonctionnement des <u>Hdi</u></p>
<p><b>Documents de référence</b></p>	<p>Projet de soins des activités paramédicales 2021 2025 d'APHP Sorbonne université, projet présenté en COMEX du GH SU le 28 Juin 2021</p> <p>Contrat de DMU 2019-2023</p> <p>Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé</p> <p>Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé</p> <p>Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires</p> <p>ANAP - fluidifier les parcours patients - février 2019</p> <p>Plan cancer 2021/2030</p>
<p><b>Date</b> : 13/10/2022</p>	

PF/Master2/2022\_2023



AP-HP, Sorbonne Université  
en nouveau groupe  
hôpital-universitaire

Lettre de mission  
« Projet Managérial »  
Master 2 « Management des  
Organisations Soignantes »  
2022-2023



Signature du commanditaire

  
Nathalie TOUZE  
Chef de Département  
Groupe Sorbonne Université  
Téléphone : 01 42 16 28 27  
Mobile : 06 26 13 55 46  
Mail : nathalie.touze@ap-hp.fr

Signature du responsable de projet



## Annexe 2 : Exemple de compte rendu d'une réunion

# Compte-rendu

Compte rendu Groupe 2 Attente patients 1ère réunion		
24 janvier 2023	14h30	Visio
Participants	J. BITTON, A. LE BORGNE, B. HAMED, N.THETIS, A. SALIHI, G. MARTINS et C. ROUSSEAU	
Excusés	E. WYTSZITC	
Rédacteur	C. ROUSSEAU	
Rappel projet	<p>Rappel du projet et explication complémentaire sur les 3 groupes de travail en lien avec ce projet</p> <p>La thématique de ce groupe de travail est de :</p> <p><b>2 - Définir les attentes des patients lors du parcours de soins</b></p> <p>Objectifs : Réalisation de 30 questionnaires et 10 entretiens patients pour permettre de connaître le retour et les attentes des patients en termes de parcours patient et des différents acteurs rencontrés.</p>	
Déroulement de la réunion	<p><b>Présentation et discussion</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Questionnaires</b></li> <li>▪ Questionnaires de 10 à 15 questions maximum</li> <li>▪ Les points à aborder sont :               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Signification des sigles (ex IPA)</li> <li>○ Représentation des métiers avec une question sur la formation pour accéder</li> <li>○ Terrain : ce qui est autorisé ou pas, positionnement dans l'équipe</li> <li>○ Différencier protocoles d'organisation/protocoles de coopération/PPS</li> </ul> </li> <li>▪ Questionnaires à destination des professionnels HDJ, demande de l'étendre aux externes et IDE transversales</li> <li>▪ Réalisé sur tous les HDJ du DMU</li> <li>▪ <b>Entretiens avec les patients</b></li> <li>▪ Maximum 5 questions</li> <li>▪ S'interroger sur les IDE en transversale, ce que les patients en savent, ce qu'ils en attendent</li> <li>▪ Réalisés par les cadres sur chaque site (4 à 5 par cadres)</li> </ul>	
Proposition d'organisation	<p><b>Propositions faites pour la prochaine réunion :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>★ Création du questionnaire pour les professionnels par Anne LE BORGNE</li> <li>★ Création de la trame d'entretien par Nadine THETIS et <del>BORGNE</del> HAMED</li> <li>★ Partage et discussion par mail sur le questionnaire et le guide d'entretien</li> </ul> <p>Prochaine réunion le 21 février à 14h en visio pour valider le questionnaire et le guide d'entretien patients</p>	

## Annexe 3 : Questionnaire Google Form

Questionnaire destiné aux professionnels de santé sur l'implantation de... [https://docs.google.com/forms/d/15L\\_Dc1-JWQjOz7B\\_MgXVgCIK0...](https://docs.google.com/forms/d/15L_Dc1-JWQjOz7B_MgXVgCIK0...)

### Questionnaire destiné aux professionnels de santé sur l'implantation de la pratique avancée

Ce questionnaire vise à explorer les perceptions de l'implantation de la pratique avancée auprès des équipes soignantes au sein du DMU ORPHÉ du GHU Sorbonne Université.

L'objectif principal de ce travail est d'identifier les freins et les leviers à cette nouvelle expertise.

Toutes les données recueillies restent confidentielles et seront traitées de manière anonyme.

Merci du temps consacré à ce questionnaire, votre contribution nous est précieuse.

1. Vous êtes :

*Une seule réponse possible.*

- Oncologue
- Hématologue
- Radiothérapeute
- IDE
- IDE spécialisée

2. Sur quel site exercez vous

*Une seule réponse possible.*

- Saint Antoine
- Tenon
- Pitié Salpêtrière

3. Vous êtes

*Une seule réponse possible.*

Un Homme

Une Femme

4. Quelle est votre ancienneté ?

\_\_\_\_\_

5. Selon vous que signifie l'acronyme IPA

\_\_\_\_\_

6. Selon vous, quel est le niveau de formation des IPA

*Plusieurs réponses possibles.*

DE

DU

DE niveau grade master

Master 1

Master 2

Doctorat

7. Selon vous quel(s) est/sont le/les champs de compétences de l'IPA ?

*Plusieurs réponses possibles.*

Clinique

Leadership

Ethique

Recherche

Management d'équipe

Consultation et conseil

Enseignement et formation

Supervision

Coaching

8. Bénéficiez-vous d'un(e) IPA au sein de votre service ?

*Une seule réponse possible.*

Oui

Non

9. Sur quel(s) parcours(s) de patients intervient-il (elle) au sein de votre service ?

---

---

---

---

---

10. Pouvez-vous nous partager votre expérience de travail avec un(e) IPA ?  
Quels sont vos liens, vos pratiques de collaboration ?

---

---

---

---

---

11. Quel(s) avantage(s), quel(s) bénéfice(s) dans votre collaboration ?

---

---

---

---

---

12. Quel(s) frein(s), quelle(s) limite(s) dans votre collaboration ?

---

---

---

---

---

13. Selon-vous, quelles sont les interactions de l'IPA avec les autres infirmières de parcours (IDE coordinatrice, IDE de recherche clinique, IDE d'annonce ....) ?

---

---

---

---

---

14. Avez-vous des suggestions, des attentes pour mieux collaborer avec un(e) IPA (formation, présentation métier, passer une journée avec l'IPA, plaquette d'information .....) ?

---

---

---

---

---

---

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Google Forms



### Entretien des patients

Dans le cadre du travail portant sur « **Améliorer la coordination des nouveaux métiers au bénéfice de l'expérience patient dans son parcours en oncologie-hématologie au sein du DMU avec l'introduction du métier d'IPA** », des entretiens avec les patients sont réalisés dans les hôpitaux de jour du DMU ~~Orphé~~.

Veillez trouver le guide pour mener cet échange avec les patients :

- o Savez-vous ce que signifie l'acronyme IPA ?
  
- o Bénéficiez-vous d'une IPA dans votre prise en charge ?
  
- o Rencontrez-vous une IDE parcours de soins au cours de votre prise en charge ?
  
- o Si oui, savez-vous son prénom ?
  
- o Qui vous a adressé à elle ?
  
- o Quelles sont ses missions auprès de vous ?
  
- o Qu'en avez-vous pensé ?
  
- o Avez-vous des attentes particulières ou des améliorations à proposer ?

Merci de votre participation

RESSOURCES

1 / Le Comité Exécutif du DMU ORPHé

*Il vous soutendra :*

- Directeur Médical : P.MAINGON
- Cadre Paramédicale : P.TOUDIC
- Directeur délégué : P.REMOND
- Cadre administratif : R.DIAZ

2/ Le coordonnateur IPA du DMU - CLUB IPA

- o Oncologie et Radiothérapie Tenon:  
Mme Estelle WYTSZTIC  
[estelle.wytsztic@aphp.fr](mailto:estelle.wytsztic@aphp.fr)  
DECT : 01 56 01 77 46

3/ L'encadrement :  
Cadre supérieur de santé et Cadre de santé

Le cadre de santé de votre secteur vous accompagnera pour :

- Etablir et valider votre fiche de poste
- Obtenir vos habilitations informatiques

- Identifier vos besoins matériels :  
Badge / Box de consultation / Brancard / Cartes de visite / DECT / Ordinateur / Tampon / Tenue

4/ Les IPA du DMU ORPHé

- o Hématologie Pitié-Salpêtrière :  
Mme Anne LE BORGNE  
[anne.le-borgne@aphp.fr](mailto:anne.le-borgne@aphp.fr)  
DECT :

- o Oncologie Pitié-Salpêtrière :  
Mme Johanna BITTON  
[johanna.bittton@aphp.fr](mailto:johanna.bittton@aphp.fr)  
DECT : 01 84 82 76 57

- 5/ La référente IPA du GHU Sorbonne-Université  
o Mme Caroline PICHON, Coordinatrice des soins  
[caroline.pichon@aphp.fr](mailto:caroline.pichon@aphp.fr)

- 6/ La Collégiale des IPA, AP-HP  
[collégiale.ipa.aphp@aphp.fr](mailto:collégiale.ipa.aphp@aphp.fr)

7/ Les associations et collectifs

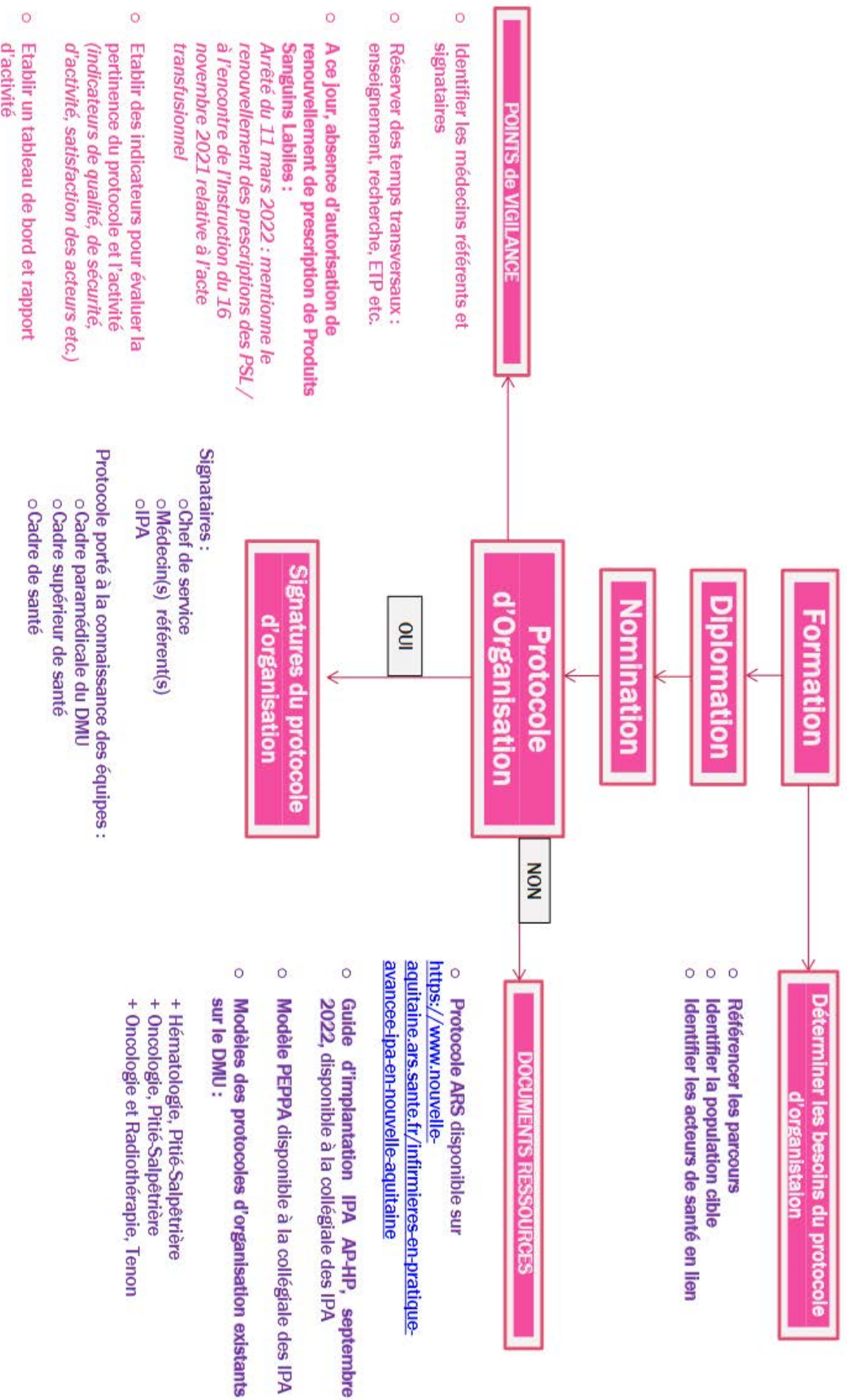
- ANFIPA : Association Nationale Française des IPA
- Collège OHO : Onco-Hématologie-Oncologie
- UNIPA : Union Nationale des IPA
- CNP IPA : Conseil National Professionnel des IPA

## Annexe 5 : Mémo d'intégration

**IPA**  
INFIRMIER(E)S EN  
PRATIQUE AVANCEE

**AIDE A LA FORMALISATION  
DE VOTRE PROTOCOLE  
D'ORGANISATION**

**DMU ORPHé**



**TITRE DU DOCUMENT**

Améliorer la coordination des nouveaux métiers au bénéfice de l'expérience patient dans son parcours en Onco-Hémato avec l'introduction du métier d'IPA

**AUTEUR**

Céline ROUSSEAU

**MOTS CLÉS**

Infirmières de Pratique Avancée,  
Management, Communication,  
Accompagnement, Reconnaissance

**KEY WORDS**

Advanced Practice Nurse, Management,  
Communication, Accompagnement,  
Recognition

**RÉSUMÉ**

Le virage ambulatoire dans le domaine de la cancérologie a considérablement modifié les besoins des patients mais aussi les approches en matière de soins et par conséquent la formation des professionnels. Aussi, en réponse à ces besoins, le législateur a prévu par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, l'émergence de la pratique avancée infirmière (IPA) avec notamment un domaine d'expertise clinique reconnu sur l'oncologie et l'hémato-oncologie. J'ai porté un projet pour **Améliorer la coordination des nouveaux métiers au bénéfice de l'expérience patient dans son parcours en Onco-Hémato avec l'introduction du métier d'IPA** au sein d'un département médical universitaire (DMU). Après avoir fait une description du cadre conceptuel et de la réglementation, trois groupes de travail ont pu être constitués. La création d'un Club IPA a permis de créer une cohésion de groupe et un sentiment de reconnaissance. Un second groupe a permis de définir la connaissance des professionnels sur le métier d'IPA et les attentes des patients, cela a pu améliorer la coordination entre les différents métiers IDE en transversalité. Des outils ont été créés à destination des patients avec le soutien d'une patiente partenaire. Le dernier groupe de travail a permis de travailler sur un flyer pour faciliter l'intégration des futurs IPA. Les IPA vont devenir des acteurs essentiels de la santé mais leur accompagnement et la communication vont être les clés de la réussite.

**ABSTRACT**

The shift to ambulatory care in the field of cancerology has considerably modified the needs of patients but also the approaches to care and consequently the training of professionals. Also, in response to these needs, the legislator promoted the emergence of advanced practice nurses (APN) with, in particular, a recognised area of clinical expertise in oncology and haemato-oncology in the law on the modernisation of our health system of January 26<sup>th</sup> 2016. I carried out a project to improve the coordination of new professions for the benefit of the patient experience in the Onco-Hematology setting with the introduction of the APN profession within a University Medical Department (UMD). After a description of the conceptual framework and the regulations, three working groups were formed. The creation of an APN Club helped to create group cohesion and a sense of recognition. A second group defined the state of knowledge of the professionals on the APN profession and the expectations of patients, which improved coordination between the different nurse professions in transversality. Tools were created for patients with the support of a patient partner. The last working group worked on a flyer to facilitate the integration of future APNs. The APNs will become essential actors in health care, but they will need support and communication to achieve success.