

Protocoles de coopération en psychiatrie, Infirmiers en pratique avancée : Quelles places en psychiatrie de la personne âgée et en centres mémoire ?

Pr Benjamin Calvet / Caroline Roux (IPA)

Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Adulte,
de la Personne âgée et d'Addictologie (PUP3A)

CH Esquirol, Limoges

CMRR du Limousin & INSERM UMR1094

7^{ème} congrès SF3PA LYON

Vendredi 5 Juin 2026

Déclaration de liens d'intérêts

- Intérêts commerciaux directs ou indirects
 - Subventions et aides à la recherche : Fondation Médéric Alzheimer, Fondation de l'avenir
 - Honoraires de conférenciers : Novartis, Astrazeneca, Lilly, Janssen-Cilag
 - Honoraires droits d'auteur : Vidal, Lavoisier
 - Invitations à des réunions, congrès nationaux ou internationaux : Novartis, Otsuka, BMS, Lilly, Lundbeck, Servier, Janssen-Cilag, Astrazeneca
- Pas de liens d'intérêts en rapport avec cette présentation

ST10 – ST10 - Dispositifs innovants, nouvelles technologies : quelles places en psychiatrie de la personne âgée en 2026



PROTOCOLES DE COOPÉRATION EN PSYCHIATRIE



Qu'est ce qu'un protocole de coopération ?

- Un transfert d'activité ou d'actes de soins d'un professionnel de santé à un autre
- L'acte ou l'activité doit être **dérogatoire** :
 - ✓ Un soin que le professionnel (**délegant**) peut réaliser d'ordinaire, mais qui est transféré vers un autre professionnel (**délégué**)
- Il s'agit d'une extension du rôle pour les IDE (au-delà de leur décret de compétence)

Les Principes

- Information obligatoire du patient et son consentement
- Volontariat des soignants
- Contractualisation entre les membres d'une équipe
- Possibilité de retrait à tout moment
- Valorisation en France de 100 euros brut par mois par délégué (quelque soit le nombre de protocoles)

Objectifs

- Réduire les délais d'accès à une prise en charge
- Fluidifier le parcours de soins
- Permettre aux médecins de se centrer sur les patients complexes
- Accroître l'attractivité et la fidélisation
- Améliorer l'offre de soins

Types de soins

- Tous les actes ou activités à visée
 - Préventive
 - Diagnostique
 - Thérapeutique

Responsabilité professionnelle dans les protocoles de coopération

- Chaque professionnel reste responsable des actes qu'il réalise
- Le protocole définit précisément le périmètre d'intervention
- Le médecin délégant et établissement conservent une responsabilité organisationnelle
- Le professionnel délégué engage sa responsabilité professionnelle
- Traçabilité systématique et recours au médecin selon les critères définis

Législation

- **Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009** portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
- **Décret n°2019-1482 du 27 décembre 2019** définissant les exigences essentielles de qualité et de sécurité des protocoles de coopération entre professionnels de santé.
- **Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019** relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

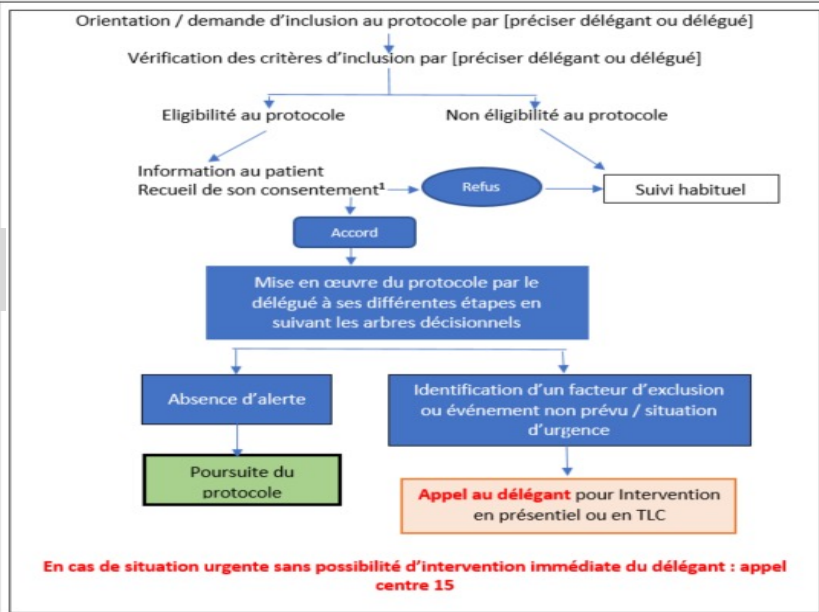
FOCUS: DOCUMENT HAS

<p>Projet de protocole local de coopération inter professionnelle</p> <p>Fondé sur les exigences de qualité et de sécurité des protocoles de coopération entre professionnels de santé précisées par le décret du 27 décembre 2019 Il est impératif de renseigner avec rigueur l'ensemble des rubriques car les descriptions justifient l'adéquation de l'activité aux exigences référencées. https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000039684544/ et après s'être assuré du caractère dérogatoire des actes décrits dans le protocole</p>		<p>Indexation des annexes</p> <p>Certaines annexes sont obligatoires, cf. tableau récapitulatif infra</p>
<p>1. Intitulé du protocole</p> <p style="text-align: center;">INTITULE</p>		
<p>2. Recommandations de bonnes pratiques de l'HAS sur lesquelles est fondé le protocole - Autres recommandations professionnelles et textes réglementaires</p> <p style="text-align: center;">RECOMMANDATIONS</p>	<p><u>Recommandations professionnelles HAS :</u></p> <p>Autres recommandations de sociétés savantes ou recommandations étrangères reconnues :</p> <p><u>Textes réglementaires</u> (inclure références réglementaires de l'activité habituelle de la structure, du délégué...) :</p> <p><u>Autres références bibliographiques</u> (expériences françaises ou étrangères, etc.) :</p>	
<p>3. Présentation générale du protocole et de son contexte de mise en œuvre</p> <p style="text-align: center;">OBJECTIFS</p> <p style="text-align: center;">MODALITES DE MISE EN OEUVRE</p>	<p><u>Objectifs de mise en œuvre :</u></p> <p><u>Patients et pathologie(s) concernés par le protocole :</u></p> <p><u>Professionnels concernés</u> Qualification professionnelle et éventuellement spécialité des délégués : Qualification professionnelle et éventuellement spécialité des délégués :</p> <p><u>Le cas échéant, expérience professionnelle (durée et lieu d'expérience) requise des délégués :</u></p> <p><u>Lieu de mise en œuvre [nom de l'établissement de santé ou médico-social ou de la structure de soins de ville]:</u></p>	<p>Annexe n° X, optionnelle : objectifs généraux du protocole, contexte et conditions de succès</p>
<p>4. Critères d'inclusion des patients (définir précisément tous les critères sans oublier ceux liés à l'âge)</p>	<p><u>Critère 1 :</u> <u>Critère 2 :</u> <u>Critère 3 :</u> ...</p>	<p style="font-size: 2em;">CRITERES INCLUSION</p>
<p>5. Critères de non-inclusion des patients (ces critères peuvent être liés à la présence de complications de la pathologie concernée ou à d'autres facteurs)</p>	<p><u>Critère 1 :</u> <u>Critère 2 :</u> <u>Critère 3 :</u> ...</p>	<p style="font-size: 2em;">CRITERES NON-INCLUSION</p>

FOCUS: DOCUMENT HAS

6. Description synthétique par un algorithme de l'inclusion et du parcours du patient dans le cadre du protocole
 Compléter l'algorithme ci-contre en ajoutant si besoin les spécificités propres au projet de protocole
 Le consentement écrit du patient n'est pas obligatoire, sous réserve que l'accord oral soit tracé dans le dossier médical

ALGORITHME



Annexe 1, obligatoire : Formulaire de vérification des critères d'éligibilité du patient, d'information du patient et de recueil de son consentement au protocole
Annexe 1bis : recueil des données de santé significatives.

7. Liste de toutes les dérogations envisagées : lister tous les actes et activités dérogatoires aux décrets de compétences des délégués nécessaires à la mise en œuvre du protocole, de préférence selon un déroulé chronologique. Pour chaque dérogation, rédiger une annexe comprenant l'arbre décisionnel associés aux documentations et outils nécessaires : ordonnances préétablies, fiches d'information ou de conseils, programme de formation si le choix est fait de segmenter la formation dérogation par dérogation

Nb : les dérogations peuvent porter sur la réalisation d'exams cliniques ou complémentaires, la réalisation de tests, la prescription d'exams complémentaires ou de traitements hors compétences des délégués, sans oublier celles relatives aux entretiens avec les patients

Dérogation 1
 Dérogation 2
 Dérogation n :
 ...

ACTES DEROGATOIRES

Annexe 2, obligatoire : pour chaque dérogation, □ arbre décisionnel guidant pas à pas l'intervention des délégués en associant une action à chaque situation identifiée sans que les délégués puissent effectuer un diagnostic ou un choix thérapeutique non prévus dans le protocole □ Ordonnance(s) type de prescription des exams complémentaires et traitements envisagés, fiches de conseils pour les patients et (si le choix est fait de le placer ici) programme de formation spécifique à la dérogation...

FOCUS: DOCUMENT HAS

<p>8. Formation complémentaire théorique et pratique requises des professionnels délégués pour exercer ces nouvelles compétences dérogatoires Le programme de formation doit être validé par le délégué avant la mise en œuvre du protocole Le programme de formation peut</p> <ul style="list-style-type: none"> - Soit être décrit ici pour l'ensemble du protocole : à prioriser si le protocole ne prévoit qu'une dérogation ou un petit nombre de dérogations liées entre elles - Soit être décrit de façon spécifique à chaque dérogation dans les annexes relatives aux arbres décisionnels : à prioriser si le protocole comprend plusieurs dérogations d'application relativement indépendante. 	<p>Formation théorique : durée et contenu si possible validés par les CNP concernés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compétences à acquérir en rapport avec les actes et activités délégués - Objectifs pédagogiques : à la fin de la formation le délégué sera capable de... - Déroulement en précisant la durée de chaque phase et la durée totale de la formation, et la qualification professionnelle ou spécialité du formateur - Evaluation de l'acquisition des compétence et modalités de validation (<i>qui valide ; quel type de validation</i>) - Critères de validation <p>Formation pratique : modalités, nombre d'heures estimé, modalités de validation :</p> <p>Maintien des compétences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre minimal de patients (ou d'actes) devant être pris en charge sur une période à définir pour le maintien des compétences : - Modalité de formation continue : 	<div style="background-color: #cccccc; text-align: center; padding: 10px; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">FORMATIONS</div>
<div style="background-color: #cccccc; text-align: center; padding: 20px; font-weight: bold; font-size: 1.5em;">ORGANISATION MISE EN OEUVRE</div> <p>9. Organisation de l'équipe pour la mise en œuvre du protocole.</p>	<p>• Modes de collecte, de traçabilité et de partage des données de santé entre délégants et délégués</p> <p><input type="checkbox"/> Délégants et délégués partagent un logiciel informatique au sein duquel ils ont accès à l'ensemble des informations du patient (antécédents, allergies, vaccinations...).</p> <p><input type="checkbox"/> Accès du délégué au Volet de Synthèse Médical du patient</p> <p><input type="checkbox"/> Recueil par le délégué auprès du patient des données pertinentes pour la mise en œuvre du protocole parmi celles que l'HAS recommande d'inclure dans le VSM [cf. modèle de questionnaire en annexe 1].</p> <p><input type="checkbox"/> Autre :</p> <p>• Mode de mise à disposition de la grille d'éligibilité au protocole, des arbres décisionnels et des documents annexes</p> <p><input type="checkbox"/> Intégration au logiciel partagé par délégants et délégués</p> <p><input type="checkbox"/> Intégration au logiciel métier des délégués</p> <p><input type="checkbox"/> Version papier</p> <p>• Mode de transmission du CR de prise en charge au délégant, au médecin traitant s'il n'est pas le délégant et aux autres professionnels de santé</p> <p><input type="checkbox"/> Intégration du compte rendu dans le dossier du patient</p> <p><input type="checkbox"/> Implémentation du compte-rendu de prise en charge dans l'Espace de Santé Numérique du patient</p> <p><input type="checkbox"/> Transmission du compte-rendu de prise en charge par messagerie Sécurisée</p> <p><input type="checkbox"/> Autre modalité</p> <p>Si utilisation d'un logiciel informatique, Identifiant et mots de passe personnels : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>• Disponibilité et interventions requises du professionnel délégant Mode d'organisation en équipe pour assurer la disponibilité d'un nombre suffisant de délégants eu égard aux délégués et prendre en charge les patients ré orientés vers un médecin :</p> <p>Mode d'organisation en cas d'absence programmée et non programmée du délégant [<i>indiquer si possibilité de désignation de délégant remplaçant</i>] :</p> <p>Symptômes et situations requérant une prise en charge médicale en urgence dans un délai < à : [<i>préciser le délai</i>]</p> <p>Modalités de gestion des urgences (<i>mode de contact, conduite à tenir en cas de délégant absent ou non joignable</i>)</p>	<p>Annexe 3 : Modèle type de compte-rendu de prise en charge par le délégué au médecin délégant, au médecin traitant ou à un autre professionnel de santé</p>

FOCUS: DOCUMENT HAS

<p>10. Principaux risques liés à la mise en œuvre du protocole. Procédure d'analyse des pratiques et de gestion des risques. <i>Prioriser une organisation en équipe</i></p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #cccccc; padding: 10px; text-align: center; margin: 20px auto; width: 80%;"> <h2>PLAN DE GESTION DES RISQUES</h2> </div>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Événements indésirables potentiels liés à la mise en œuvre du protocole (liste indicative)</th> <th style="width: 50%;">Mesures de prévention</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Erreur d'interprétation des critères</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Erreur d'interprétation d'un symptôme ou d'un signe clinique</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Erreur d'interprétation d'un test</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Erreur de prescription</td> <td></td> </tr> <tr> <td>...</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p><u>Modalités de recueil des événements indésirables par les délégués et les délégués</u></p> <p><u>Modalités d'analyse et de traitement des événements indésirables</u></p> <p><u>Périodicité des réunions de coordination et d'analyse de pratiques délégués/délégués</u></p>	Événements indésirables potentiels liés à la mise en œuvre du protocole (liste indicative)	Mesures de prévention	Erreur d'interprétation des critères		Erreur d'interprétation d'un symptôme ou d'un signe clinique		Erreur d'interprétation d'un test		Erreur de prescription		...		
Événements indésirables potentiels liés à la mise en œuvre du protocole (liste indicative)	Mesures de prévention													
Erreur d'interprétation des critères														
Erreur d'interprétation d'un symptôme ou d'un signe clinique														
Erreur d'interprétation d'un test														
Erreur de prescription														
...														
<p>11. Indicateurs de suivi. Seuls les cinq indicateurs signalés par une étoile* sont obligatoires (articles D. 4011-4-1 et D. 4011-4-2 du CSP). Le cas échéant, préciser les valeurs attendues et ajouter des indicateurs spécifiques au protocole. <i>Nb : un événement indésirable associé aux soins (EIAS) est un événement inattendu qui perturbe ou retarde le processus de soin, ou impacte directement le patient dans sa santé. Un événement indésirable est dit grave s'il provoque un déficit fonctionnel permanent pour le patient, la mise en jeu de son pronostic vital ou son décès (source HAS)</i></p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #cccccc; padding: 10px; text-align: center; margin: 20px auto; width: 80%;"> <h2>INDICATEURS DE SUIVI</h2> </div>	<p><u>Nombre de patients effectivement pris en charge au titre du protocole*</u> :</p> <p><u>Taux de reprise par le délégué*</u> : Nombre d'actes réalisés par le délégué sur appel du délégué/nombre d'actes réalisés par le délégué</p> <p><u>Taux d'EI déclarés*</u> : Nombre d'événements indésirables déclarés/nombre d'actes réalisés par le délégué</p> <p><u>Nombre d'EIG déclarés*</u> (suspension ou arrêt du protocole si >0) :</p> <p><u>Taux de satisfaction des professionnels de santé*</u> : Nombre de professionnels ayant répondu « satisfait » ou « très satisfait » au questionnaire/nombre de professionnels ayant exprimé leur niveau de satisfaction au moyen d'un questionnaire dédié</p> <p><u>Autres indicateurs optionnels :</u></p> <p><u>Taux d'adhésion au protocole :</u> Nombre de patients éligibles sur une année / nombre de patients pris en charge au titre du protocole</p> <p><u>Impact sur le résultat ou sur l'organisation des soins au regard des effets attendus :</u></p>	<p>Annexe(s) n° X Questionnaire pour le recueil de satisfaction délégués / délégués - Y inclure une échelle binaire satisfait / non satisfait et une question sur la fréquence de sollicitation des délégués par les délégués (très fréquente, fréquente, rare, très rare)</p>												

GERIATRIE

Suivi, prescriptions et orientation de patients atteints de MAMA par un infirmier CS mémoire



PROTOCOLES DE COOPERATION EN PSYCHIATRIE

 Quelques exemples

PSYCHIATRIE

Consultation infirmière de suivi en CMP de patients au long cours et stabilisés

Consultation infirmière de suivi en CMPP pour renouvellement de traitements

Intervention infirmière en structures médico-sociales

Consultation infirmière de renouvellement de traitements somatiques

Consultation infirmière en équipe mobile de gestion de l'anxiolyse et de décroissance des Benzodiazépines

Renouvellement de la buprénorphine par des infirmiers



CONSULTATION INFIRMIERE DE SUIVI EN CMP DE PATIENTS AU LONG COURS ET STABILISES
Octobre 2025

LE VINATIER
PROFESSEUR UNIVERSITAIRE
D'ORTHOPEDIE



CONSULTATION INFIRMIERE EN CMP ENFANT ET ADOLESCENT
RENOUVELLEMENT DE TRAITEMENTS ET SUIVI

LE VINATIER
PROFESSEUR UNIVERSITAIRE
D'ORTHOPEDIE



INTERVENTION INFIRMIERE AUPRES DES PATIENTS EN STRUCTURES MEDICO-SOCIALES ET/OU SOCIO-EDUCATIVES PRESENTANT UNE EVOLUTIVITE RECENTE DE LEURS SYMPTOMES OU DE LEUR COMPORTEMENT.
JANVIER 2025

LE VINATIER
PROFESSEUR UNIVERSITAIRE
D'ORTHOPEDIE



RENOUVELLEMENT DES PRESCRIPTIONS SOMATIQUES DES PATIENTS EQUILIBRES SUIVIS EN AMBULATOIRE SUR LE SERVICE DE LA PLATEFORME SOMATIQUE.
Mars 2025

LE VINATIER
PROFESSEUR UNIVERSITAIRE
D'ORTHOPEDIE



PROJET DE PROTOCOLE LOCAL DE COOPERATION INTER-PROFESSIONNELLE
CONSULTATION INFIRMIERE A DOMICILE DE PATIENTS ADULTES SUIVIS EN EQUIPE MOBILE SPECIALISEE EN SANTE MENTALE EN COOPERATION AVEC LES PSYCHIATRES

LE VINATIER
PROFESSEUR UNIVERSITAIRE
D'ORTHOPEDIE



RENOUVELLEMENT DES PRESCRIPTIONS DE TRAITEMENT DE BUPRENORPHINE PAR LES INFIRMIERS DIPLOMES D'ETAT EXERCANT AU SUIVI DU VINATIER - DECEMBRE 2024

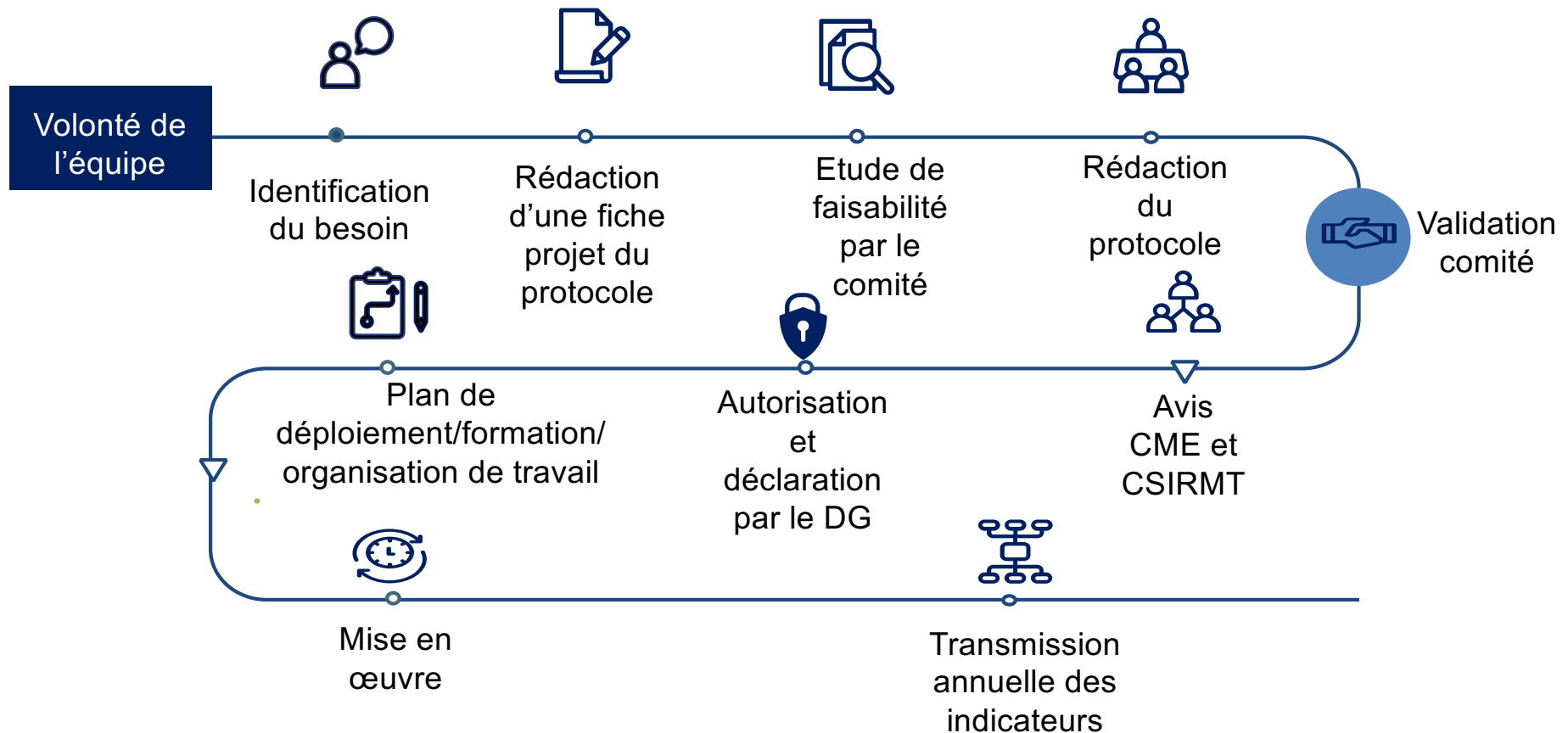
LE VINATIER
PROFESSEUR UNIVERSITAIRE
D'ORTHOPEDIE

DÉPLOIEMENT EN ETABLISSEMENT PARCOURS

Parcours

Du projet initial à la mise en œuvre, chaque protocole suit un parcours structuré :

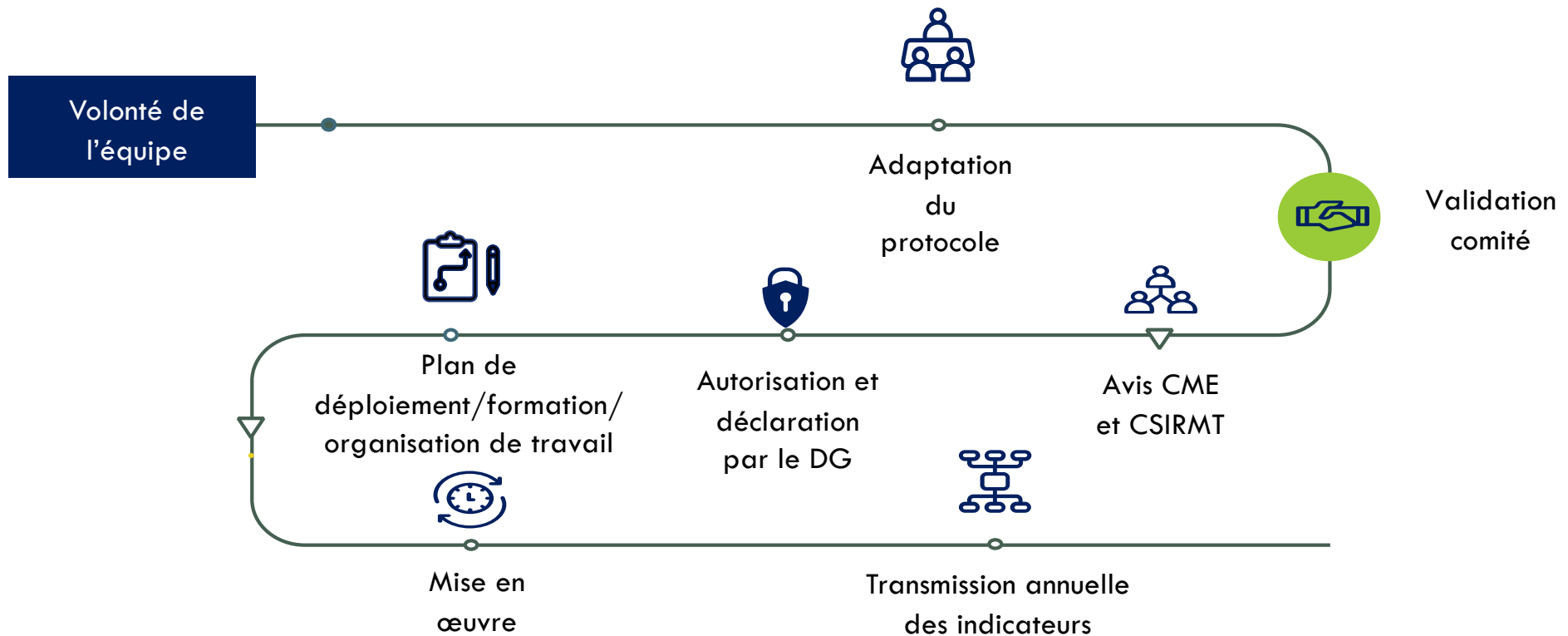
Scénario A - Création d'un protocole local



DÉPLOIEMENT EN ETABLISSEMENT PARCOURS

Parcours

Scénario B – Adaptation d'un protocole local existant



INFIRMIER DE PRATIQUE AVANCÉE

MENTION

*Psychiatrie
Santé Mentale*



-  **ÉVALUER**
avec expertise
-  **ACCOMPAGNER**
avec bienveillance
-  **COORDONNER**
pour des soins
personnalisés
-  **PROMOUVOIR**
la santé mentale

Soigner l'esprit, accompagner la personne



EXPERTISE
CLINIQUE



ÉCOUTE
ACTIVE



APPROCHE
GLOBALE



TRAVAIL EN
ÉQUIPE

Infirmier en pratique avancée – mention psychiatrie et santé mentale

- **L'INFIRMIÈRE EN PRATIQUE AVANCÉE**

Définition Conseil international Infirmier 2008

« Une infirmière qui a acquis des **connaissances théoriques**, le **savoir faire** nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que des **compétences cliniques** indispensables à la pratique avancée de son métier, pratique avancée dont les caractéristiques sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera autorisée à exercer. Une formation de base de niveau master est recommandée »

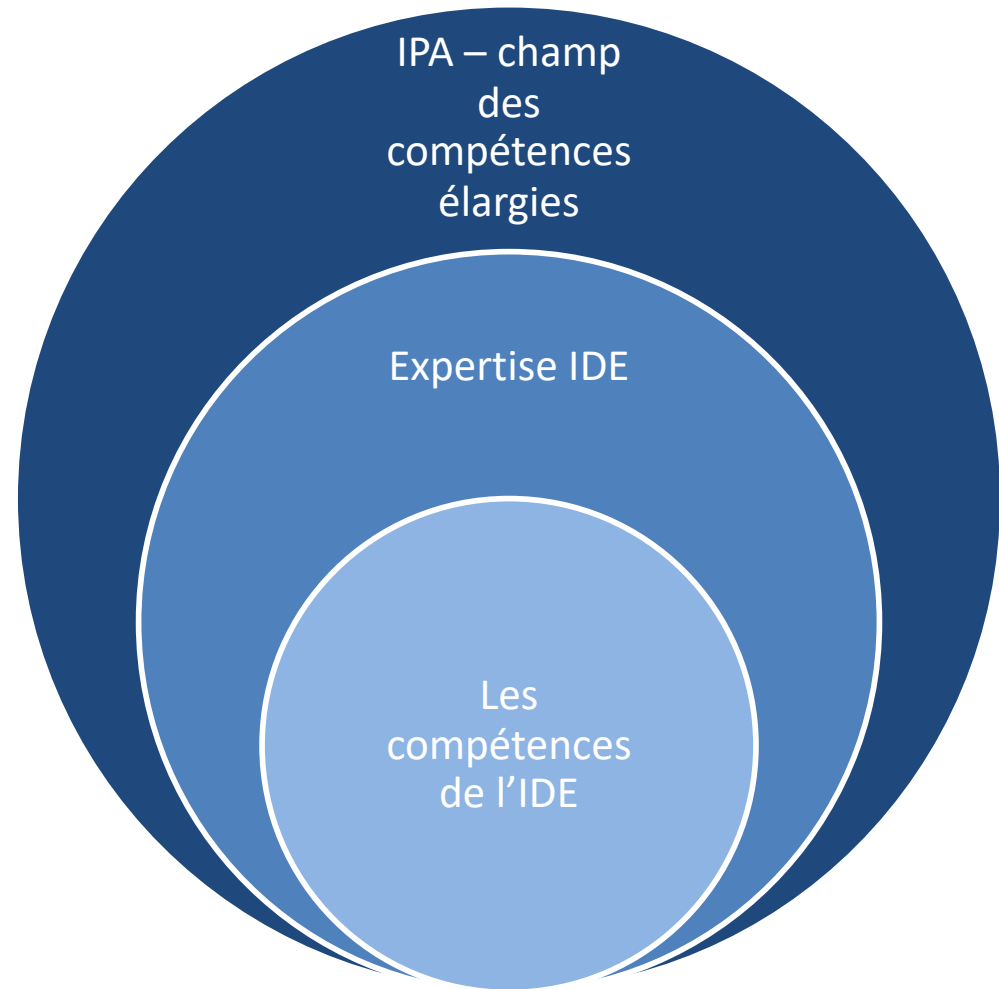
Modèle HAMRIC



- **Clinique** avec la réalisation de consultations, examen clinique, orientation, prescription, renouvellement
- **Leadership** infirmier au cœur des équipes soignantes : « Le leadership : processus par lequel un individu influence un groupe d'individus pour réaliser un but commun »
- Intégration des résultats de **recherche** par l'utilisation de l'Evidence Based Nursing, recherche en SI, clinique
- Contribution à la **formation** des soignants
- **Collaboration** interprofessionnelle
- Prise de **décision éthique**

Infirmier en pratique avancée

- IPA s'appuie sur le socle des compétences de l'infirmier diplômé d'Etat.
- Pratique avancée => évolution à l'intérieur d'une profession. Distinction entre pratique généraliste et pratique avancée n'est pas strictement liée aux actes réalisés.
- Elle se situe surtout sur des différences de niveaux de compétences (savoir, niveau de conceptualisation, expérience, gestion de situations complexes, pratique de la recherche...).



Clinique

- **Approche globale bio-psycho-sociale**

L'IPA PSM prend en compte les troubles cognitifs et les dimensions psychiatriques , soins centrés sur la personne et son entourage

- **Repérage précoce et différenciation diagnostique**

Aide au diagnostique, diagnostique différentiel

- **Suivi renforcé**

Consultations de suivi structurées pour aidé /aidant

Evaluation clinique cognitive et psychiatrique, gestion SPCD, observance thérapeutique, psychoéducation, diagnostic infirmier, co-construction projet de soins/projet de vie , repérage de l'épuisement de l'aidant, prévention des situations crises.

Thérapeutiques

- **Alternatives non médicamenteuses**

Recommandations INM (activités physiques, musicothérapie, hortithérapie...)

Stratégies de gestion des SPC dans les TNC (Méthode DICE)

Stratégies de diversions

Thérapie par la Validation

Psychoéducation (programme BREF en cours de déploiement)

- **Adaptation et suivi des traitements psychotropes, introduction de certaines molécules après concertation médicale**

Evaluation efficacité et innocuité du traitement psychotropes, psychoéducation, évaluation observance doute dosage sérique

Leadership organisationnel

- **Fluidification des parcours de soins**

Lien entre médecine de ville et hôpital, EHPAD, ESA, DAC, IDEI, Kiné, associations, HDJ, services sociaux en fonction des besoins aidés/aidants, télé-suivi

- **Désengorgement médical**

Optimisation du temps médical, consultation en autonomie, retour vers le médecin lorsque niveau de complexité dépasse champ de compétences

- **Continuité ville-hôpital**

Rôle dans les transitions de parcours (hospitalisations programmées, dossier Via Trajectoire...)

Recherche

- Participation à des protocoles de recherche, RCP
- Renforcement interdisciplinarité
- Contribution à la qualité et à la sécurité des soins basée sur les données probantes
- Veille documentaire et scientifique (diffusion, utilisation dans la pratique clinique)

Cas clinique

- Mr B 62 ans diagnostic maladie d'Alzheimer 2022
- MMS: 18/30
- Parcours : Domicile avec étayage dont accueil de jour au sein de l'EHPAD
- Entrée en EHPAD il y a 6 mois vit dans la même structure que sa maman.

Appel EHPAD pour demande de consultation avec neurologue

- Contact téléphonique avec IPA au sein de l'EHPAD afin d'évaluer la situation clinique du patient

Contexte:

Cs neurologue 2 mois auparavant :

- MMSE = 10/30
- Majoration des troubles praxiques
- Troubles langagiers plus marqués

Traitement médicamenteux en cours:

- Rivastigmine patch 9,5
- Paroxétine 20 mg
- Rosuvastatine 5mg

Entretien téléphonique avec IPA :

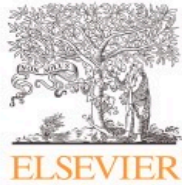
- Pleurs fréquents de Mr B lorsqu'il est en échec,
- Difficultés praxiques
- Déambulation nocturne ancienne et fluctuante
- Pas de trouble de l'appétit
- Pas de repli
- Poursuite accueil de jour (attachement important)
- Fluctuation thymique
- Pas de changement environnemental repéré

- Proposition de CAT :
 - Eliminer cause organique
 - Vérifier observance des ttt médicamenteux
 - Mini GDS (dépistage de la dépression)
 - ADL avec équipe soignante afin de prendre conscience des difficultés pratiques, de l'altération des fonctions exécutives afin d'adapter le projet de soins
 - NPI ou EPADE pour identifier l'ensemble de la symptomatologie comportementale et sa répercussion

- Suite à l'évaluation par l'équipe soignante mise à disposition pour consultation
- Conclusion :
 - Réadaptation du projet de soins basés sur les capacités résiduelles de Mr B
 - Pas de nécessité de consultation au CMRR

Un pari ?

- Changer de paradigme et regarder les personnes souffrant de TNC sous l'angle de leurs capacités résiduelles et pas seulement sur leurs déficits.
- Orienter le plan de soin en fonction de leurs souhaits et besoins
- Utiliser les recommandations sur les INM en fonction de la symptomatologie avant l'introduction de thérapies médicamenteuses
- Formation des professionnels



Contents lists available at [ScienceDirect](https://www.sciencedirect.com)

Geriatric Nursing

journal homepage: www.gnjournal.com



Featured Article

Role of nurse practitioners in comprehensive Alzheimer's disease care: Barriers and opportunities for timely diagnosis



Carolyn K Clevenger, DNP, GNP-BC, FAANP, FGSA, FAAN^{a,*},
Jennifer H Lingler, PhD, MA, CRNP, FAAN^b, Yuchen Zhang, BSN, RN^b, Sheila Seleri, MD, PhD^c,
M. Laura Parnas, PhD, DABCC^d, Katherine Youmans-Kidder, PhD^{c,1}

^a Emory University Nell Hodgson Woodruff School of Nursing, 1520 Clifton Rd, Atlanta, GA 30322, USA

^b University of Pittsburgh School of Nursing, 3500 Victoria St, Pittsburgh, PA 15213, USA

^c Genentech, a member of the Roche Group, 1 DNA Way, South San Francisco, CA 94080, USA

^d Roche Diagnostics Corporation, 9115 Hague Rd, Indianapolis, IN 46256, USA

- Les infirmiers en pratique avancée représentent une ressource importante pour répondre à l'augmentation du nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.
- Si davantage d'autonomie et de soutien, il serait possible de réduire les retards diagnostiques et d'améliorer l'accès aux soins et aux traitements précoces.

Faible niveau de preuve (cartographie des connaissances existantes plutôt qu'une évaluation de l'efficacité), petite taille d'études, différents contextes de soins

COMPARAISONS

Protocoles de coopération / IPA:

*APPortS en Psychiatrie
de la PA*



COLLABORATION • EXPERTISE • INNOVATION • MEILLEURE PRISE EN CHARGE



Tableau comparatif des professions infirmières

	IPA	IDE : protocole de coopération	IDE
Profil	IDE + Exercice préalable conférant une expérience avérée de la relation patient et la parfaite maîtrise des compétences socles	IDE confirmé ou expert dans un domaine spécifique	Tout profil IDE
Niveau de formation	DEIPA (Master Bac + 5)	DEI + formations complémentaires prévues dans le protocole	DEI (Licence Bac + 3)
Compétences relevant du diagnostic	Pré ou post diagnostic (actes d'évaluation et de conclusion clinique, prescriptions d'examens complémentaires)	En exécution d'une procédure préétablie	Repérage diagnostic
Compétences relevant du traitement médicamenteux	Renouvellement et adaptation du traitement prescrit par le médecin/ primo-prescription	En exécution d'une procédure établie en collaboration avec un médecin – arbres décisionnels et E2Spi	Mise en œuvre du traitement mais uniquement sur prescription ou supervision médicale
Accès à la patientèle	Patient adressé dans le cadre d'une stratégie thérapeutique définie avec le médecin/ Primo-consultation	Borné par le protocole de coopération Prescription quantitative et qualitative Consentement du patient	Patientèle suivie dans l'unité d'exercice
Champ d'intervention	Limité au domaine de compétence de sa mention	Strictement limité à des actes et cas de figure prédéterminés	Généraliste
Autonomie interventionnelle	En collaboration et en autonomie	Si en dehors du rôle propre IDE : en exécution d'un arbre décisionnel prédéfini	Si en dehors du rôle propre IDE : sous la conduite du médecin (sur prescription)
Responsabilité	Sous sa responsabilité propre et celle de l'établissement	Hors rôle propre IDE : sous la responsabilité du médecin et de l'établissement	Sous sa responsabilité propre et celle de l'établissement

PC en PPA ou centres mémoire

INTERETS	LIMITES
Prescription d'examens complémentaires en amont de CS	Interprétations limitées et soumises au PC
Suivi + rapproché des patients	Suivi purement observationnel ou simple alerte si modifications Tt non prises en compte dans le PC (Effets indésirables plus fréquents chez la PA)
Reconduction de Tt chez patients âgés stabilisés	Cas complexes en PPA (PA fragiles)
Prescription Tt de courte durée en cas de crise	Comorbidités somatiques
Réalisation d'échelles psychométriques systématique	Problématiques somatiques à expression psychiatrique / Evaluation de l'urgence
Diminution de la durée d'attente pour CS médicale	Tt pharmacologiques multiples Interactions médicamenteuses
Diversification de l'offre de soins	Difficultés organisationnelles / Sensation de millefeuille / Efficaces si complémentaires

Modèle STRAP

- Modèle appelé STRAP: **S**ystème de gradation des **T**roubles des patients pour la **R**épartition de l'**A**ctivité de **P**rescription
- **NIVEAU 1** : Patients en **crise aiguë** pouvant nécessiter des soins urgents **MED**
- **NIVEAU 2** : Symptômes psychiatriques **sévères ou détresse significative**, mais sans danger immédiat pour la vie (troubles complexes et instables) **MED**
- **NIVEAU 3** : Symptômes psychiatriques **modérés à sévères** impliquant généralement un suivi régulier et une gestion médicale continue pour maintenir la stabilité **MED / IPA**
- **NIVEAU 4** : Symptômes psychiatriques **légers ou en phase de stabilisation** nécessitant un suivi médical régulier **MED / IPA / PC**
- **NIVEAU 5** : Symptômes **stabilisés** pour un suivi de prévention / suivi préventif et des conseils en santé mentale pour maintenir le bien-être et éviter les rechutes **MED / IPA / PC**

CONCLUSIONS – TAKE HOME MESSAGES

- **Protocoles de coopération / IPA : diversification des modes d'organisations et de pratique clinique**
- **Dispositifs non équivalents**
- **PC : local / Responsabilité partagée (médecins, IDE, institutions)**
- **IPA PSM : Autonomie au sein d'un exercice coordonné. Responsable de ses actes**
- **Applicabilité en PPA**
 - Difficiles pour les PC du fait de la complexité des cas en PPA
 - IPA PSM en PPA : Accompagnement holistique, capacité de gestion de la complexité, orientation en fonction des besoins de l'utilisateur
- **Applicabilité en centre mémoire**
 - PC : Prescriptions d'examens / Renouvellement de Tt pour réduire les délais d'attente
 - IPA PSM ou PCS : Coordination au sein de la filière, leadership clinique, recherche, leadership organisationnel, gestion des SPC, examens paracliniques
- **Dispositifs ≠ médecin mais complémentaires et qui nécessitent un médecin pour fonctionner**

Merci de votre attention

contacts :

benjamin.calvet@ch-esquirol-limoges.fr

caroline.roux@ch-esquirol-limoges.fr



« Il importe de remplacer une pensée qui sépare et qui réduit par une pensée qui distingue et qui relie. »

Edgar Morin (1921-2026)

Références bibliographiques

- B. Levoivenel. Protocoles de coopération : pour une stratégie de déploiement systématisé au Vinatier. Soins Psychiatrie 2025, Vol 46, n° 358, 39-42
- E. Heisler, D. Thomassin, P. Crouzet. Pratique avancée et protocoles de coopération en psychiatrie : complémentarité ou conflit ? Soins Psychiatrie 2025, Vol 46, n° 359, 44-48.
- S. Lemasson. Une infirmière en pratique avancée en consultation mémoire. Soins 2021, Vol 66, n° 853, 35-38.
- C. Cenac, S. Augusto. Les rôles de l'IPA et de l'IDE en Centre Mémoire. Correspondances en Médecine Cognition & Vieillesse décembre 2025, Vol VII – n°3-4.
- C. K Clevenger, J. H Lingler, M. Laura Parnas. Role of nurse practitioners in comprehensive Alzheimer's disease care: Barriers and opportunities for timely diagnosis. Geriatric Nursing 2025, Vol 61, 400-407
- MC. Schlunegger et al. Competencies of nurse practitioners in family practices: A scoping review. Journal of Clinical Nursing 2023, Vol 32, 2521-2532