

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année :

MENTION :

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES POUR LE DIPLÔME D'INFIRMIER
EN PRATIQUE AVANCEE

SPECIALITE :

PSYCHIATRIE ET SANTÉ MENTALE

Titre du mémoire

Leadership clinique et implantation de l'infirmier en pratique avancée

Présentée et soutenue publiquement le 06 juillet 2022 à 15h
au Pôle Formation

par Jocelyn Maniez

MEMBRES DU JURY

Personnel sous statut enseignant et hospitalier, Président :

Monsieur le Professeur Pierre Fontaine

Enseignant infirmier :

Madame le Docteur Catherine Bargibant

Directeur de mémoire :

Madame Veronique Kozlowski

Remerciements

En premier lieu je souhaite remercier le professeur Puisieux d'avoir cru au développement de la pratique avancée. Merci à Me Godefroy pour sa disponibilité.

Je tiens à remercier ma directrice de mémoire Me Kozlowski, sa bienveillance a été un soutien, ses conseils ont été la lumière du phare lorsque je naviguais à vue.

Je n'oublie cette formidable promotion dont la solidarité a été une force durant ces deux années. Un remerciement plus appuyé à Benjamin et Audrey qui m'ont supporté durant toute la formation.

Je remercie mes collègues du Pôle 59G09-G10 qui m'ont toujours soutenu. Particulièrement à mon équipe du CMP, qu'il me tarde tant de retrouver, dont la gentillesse, le soutien et la sympathie a été un soutien important tout au long de ses deux années.

Un merci pour ma compagne qui a été ma première lectrice, mon premier soutien dans cette aventure.

A mes parents, à ma belle-mère qui ont tout fait pour me faciliter la vie et à mon frère pour le temps qu'il m'a accordé à me relire et pour son soutien.

Je ne peux pas terminer ces remerciements sans parler d'Eléane et Théa, mes deux princesses, dont le sourire suffisait à gommer mes doutes, dont les rires rechargeaient mes batteries. Nos séances de travail à trois resteront gravées dans ma mémoire, vous sur vos coloriages et moi sur mon ordinateur.

Sommaire :

Introduction générale

I. Introduction :p1

1. Le leadership:p1

2. Les Représentations et identité professionnelle :p9

3. Reconnaissance et légitimité :p17

4. Concept d'expertp23

II. Méthode :p29

III. Analyse des résultats :p34

1. Analyse de l'hypothèse 1 :p34

2. Analyse de l'hypothèse 2:p41

IV. Discussion :p47

Conclusion

Bibliographie

Glossaire

Table des matières

Annexes

Introduction générale

A travers le monde, le développement des infirmiers en pratique avancée (IPA) a largement été soutenu par le Comité International des infirmiers (CII) depuis les années 1990. En France, c'est le 18 juillet 2018 qu'est publié l'arrêté relatif à la mise en place des IPA. Ainsi, dans un communiqué de presse du 19 juillet 2019, Agnès BUZYN, ministre des Solidarités et de la Santé et Frédérique VIDAL, ministre de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, se sont félicitées de cette innovation. Dans ce même communiqué est précisé que *“Les infirmiers en pratique avancée disposeront de compétences élargies, à l'interface de l'exercice infirmier et de l'exercice médical(...) Dès lors, les infirmiers en pratique avancée auront la responsabilité du suivi régulier des patients pour leurs pathologies et pourront prescrire des examens complémentaires, demander des actes de suivi et de prévention ou encore renouveler ou adapter, si nécessaire, certaines prescriptions médicales.”*¹ Par ce communiqué et à la lecture du dossier en ligne consacrée à la pratique avancée proposé par le gouvernement, on constate que les compétences mises en avant sont : *“ des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage des actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques et des actes de surveillance clinique et paraclinique des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale, des prescriptions d'examens complémentaires, des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales.”* Il serait réducteur de les considérer ces tâches comme les seules compétences de l'IPA. La Conceptualisation de la pratique avancée en France s'est largement inspirée par le modèle décrit par Hamric, développant 6 compétences²: la consultation, la guidance/coaching, le leadership, la recherche, la collaboration et l'éthique. D'ailleurs, le CII dans ces nouvelles directives sur la pratique avancée, a mis en avant l'une d'entre elles à savoir le leadership en affirmant que *“Les infirmières de pratique avancée constituent une ressource efficace en vue de relever les défis relatifs à l'accessibilité, la sécurité et l'aspect financier des soins de santé.*

¹ Accès aux soins : Agnès Buzyn et Frédérique Vidal saluent la reconnaissance officielle de la pratique avancée infirmière—Ministère des Solidarités et de la Santé. (2018, 19 juillet). Repéré à <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiques-de-presse/article/acces-aux-soins-agnes-buzyn-et-frederique-vidal-saluent-la-reconnaissance>

² Hamric AB, Hanson CM, Tracy MF, Ogrady ET. 2014. Advanced practice nursing; an integrative approach. (5th ed.). Saint-Louis (Missouri) : Saunders/Elsevier,

Nous avons pu voir lors de la pandémie de COVID-19 à quel point les compétences en leadership des infirmières sont essentielles pour faire face à une crise majeure, mais aussi au quotidien. ”. C’est de cette compétence que j’ai décidé de parler dans mon mémoire. Ce choix s’est imposé à moi comme une évidence pour plusieurs raisons. La première est que cette réflexion fait partie intégrante de ma pratique à venir. En effet, depuis deux ans nous préparons avec mon cadre supérieur de santé mon futur poste d’IPA et dans chacune de nos réflexions il apparaît que le leadership va faire partie de ma pratique. La deuxième source de motivation a été construite grâce à deux situations que j’ai rencontré durant mon stage de semestre 2 de première année.

Constat 1 :

Je suis en stage de semestre 2 en première année de formation IPA dans un secteur de pédopsychiatrie et plus particulièrement dans une structure ambulatoire regroupant deux CMP (Centre Médico-Psychologique), deux CATTP (centre d’activités thérapeutiques à temps partiel), un HDJ (Hôpital de jour) et une Unité périnatalité. Le stage a commencé depuis plusieurs semaines et j’ai déjà pu échanger avec l’ensemble des professionnels de la structure, entre autres IDE (infirmier diplômé d’état), pédopsychiatres, psychologues, sur ma formation, mon expérience et ma pratique principalement en lien avec les adolescents car j’ai obtenu un DU (diplôme universitaire) en clinique de l’adolescent. Ce jour, les médecins psychiatres ont une réunion d’organisation, ainsi je demande à participer aux entretiens de premières demandes des IDE. J’ai déjà participé à ce genre d’entretien durant les semaines précédentes. Il s’agit d’un premier rendez-vous, où le but est de recueillir des éléments cliniques permettant de nourrir une anamnèse et d’évaluer l’urgence de la situation. De plus, c’est quelque chose avec lequel je suis à l’aise car dans ma pratique professionnelle j’effectue chaque semaine des entretiens de première demande dans un lycée de mon secteur et ce depuis plus de 5 ans. Cependant, c’est la première fois que j’accompagne cette IDE. Je sens que cette dernière est un peu agitée, je la sens légèrement stressée, ses gestes sont rapides tout comme son débit de parole ce qui est inhabituel chez elle. Nous accueillons une patiente de 14 ans qui présente un fléchissement thymique évoluant depuis plusieurs semaines. L’entretien se déroule normalement, je ne note aucune particularité. L’IDE est très structurée, elle utilise un document texte sur son ordinateur pour l’organisation de son entretien et écrit au fur et à mesure les éléments qu’elle récolte. Seul point qui me paraît interpellant est que l’IDE semble peu à l’aise avec le questionnement des idées suicidaires. En effet, elle utilise des paraphrases et ne pose

pas la question directement, mais la jeune patiente saisit la question et y répond de manière claire. Dans cet entretien je reste principalement dans l'observation, en début d'entretien j'échange juste avec la patiente sur son t-shirt à l'effigie d'une série le temps que l'IDE retranscrit un volet administratif. Je fais le choix d'être plus en retrait car je sentais l'IDE peu à l'aise et j'avais peur de la fragiliser. L'entretien se conclut. Une fois la patiente et sa famille raccompagnées, nous retournons dans le bureau pour y faire des transmissions. A ce moment l'IDE me demande comment j'ai trouvé l'entretien. Habitué à faire part de mes observations je réponds en faisant ressortir la clinique et en émettant une hypothèse diagnostic. L'IDE sourit et me dit que je n'ai pas compris sa question, ainsi elle précise qu'elle attend de moi un regard sur sa pratique de l'entretien de première demande. Elle s'explique en me disant qu'elle n'a pas beaucoup d'expérience car elle fait des entretiens de premières demandes uniquement depuis 3 mois et qu'avant elle ne travaillait pas en CMPP (Centre Médico-Psychologique de pédopsychiatrie) mais en CATTP. Je suis tout d'abord surpris par sa question. Je lui fais donc un retour en lui expliquant que le seul axe d'amélioration que j'ai noté serait, selon mon expérience, qu'elle puisse nommer les idées suicidaires et être plus directe lorsqu'elle les questionne car la paraphrase majore le risque d'incompréhension. Elle me remercie et j'en profite pour lui demander pourquoi elle s'adresse à moi pour cela. Ainsi elle justifie sa demande par le fait que je ne sois ni médecin ni un collègue direct et qu'elle ne se serait pas sentie à l'aise avec ses collègues de peur que sa compétence soit en remise en question. Elle ajoute que lors de ma présentation du métier IPA j'avais expliqué que l'IPA pouvait avoir un rôle de soutien et de leadership clinique auprès des équipes. Enfin elle termine en me disant qu'elle me considère comme un infirmier expérimenté dans la réalisation d'entretien de première demande au vu de mon parcours professionnel.

Constat 2 :

Durant mon stage de Semestre deux de la formation IPA il m'a été possible de passer deux semaines dans le service des hospitalisations du secteur de pédopsychiatrie. Mes missions y étaient de suivre les médecins dans toutes leurs activités, ainsi je participe à de nombreux entretiens de suivi et d'entrée. Je participe aussi aux réunions de transmissions qui ont lieu tous les matins et où tous les métiers sont représentés. Le 3ème jour, je suis convié à cette réunion ; ne connaissant que peu les patients je suis plutôt dans l'observation, je ne participe que ponctuellement aux échanges. Ce jour, il est évoqué la situation d'une jeune patiente souffrant d'anorexie mentale. Je comprends que cette prise en charge est complexe car elle est discutée

chaque jour par l'équipe médicale et infirmière. Lors de cette réunion, le pédopsychiatre informe les deux IDE du service d'un changement dans le contrat de soin et de surcroît des changements dans la prise en soin de la patiente. Dans ces changements, on note que la patiente a de nouveau accès aux activités extérieures et une modification dans le rythme et le moment de la pesée. Ayant participé à l'entretien entre le pédopsychiatre et la patiente la veille, je comprends bien l'objectif de ces changements. D'ailleurs, lors du débriefing de l'entretien avec le pédopsychiatre ce dernier m'avait expliqué la complexité de la situation, ce qui est souvent le cas des prises en charge de patients souffrant d'anorexie. Cet échange m'a beaucoup intéressé car c'est une pathologie que j'ai peu de fois rencontrée en hospitalisation durant mon expérience personnelle. Peu de temps après la fin de la réunion, je me rends dans l'unité de soin pour participer aux activités du service. J'avais fait le choix de passer la matinée avec l'équipe infirmière car je n'avais passé que peu de temps avec eux. Lorsque je m'étais présenté à eux je n'avais pas eu le temps de beaucoup développer ma future fonction et j'avais aussi été un peu freiné par la remarque d'un infirmier qui lorsque que je me suis présenté à lui en tant qu'étudiant IPA m'avait répondu "toutes mes condoléances" puis avait présenté un avis très obtus sur le métier d'IPA. Lorsque je suis arrivé dans le service, j'entendais les équipes infirmières débattre des nouvelles consignes médicales de la jeune patiente. Certains ne comprennent pas l'intérêt ces changements, d'autres ne sont pas satisfaits des nouveaux horaires de pesée et certains tentent juste d'apaiser les choses et d'organiser les soins. A ce moment, j'étais partagé entre l'envie de d'échanger avec l'équipe et une certaine retenue. Cette dernière peut être liée à la présence de l'infirmier qui m'avait mal reçu mais aussi au fait que je connaissais peu l'équipe et que mes connaissances sur la pathologie me semblaient limitées. Finalement un jeune patient m'a interpellé et je ne n'ai pas pris part à cet échange.

La première situation a été positive dans l'expression de mon leadership. Dans cette situation une jeune IDE m'a demandé un regard sur sa pratique professionnelle, elle avait identifié cette compétence dans le champ d'action de l'IPA. La deuxième situation a été plus complexe, en effet je ne me suis pas senti légitime pour intervenir à une réflexion clinique au sein de l'équipe IDE. Plusieurs facteurs peuvent expliquer mon absence d'intervention, en premier la situation évoquait une pathologie complexe à laquelle je n'avais que peu d'expérience, de plus j'étais nouvellement arrivé dans le service et j'avais passé peu de temps avec l'équipe IDE. Enfin, j'avais légèrement été déstabilisé par les remarques d'un infirmier très réfractaire à la pratique

avancée. Ces situations ont fait naître chez moi une multitude de questions ; parmi elles, une retient plus mon attention : Le leadership a-t-il un rôle dans l'implantation de l'IPA ?

C'est en partant de ces situations, de ma projection dans ma future pratique professionnelle et de se questionnement que j'ai décidé de mener ma recherche. D'un point de vue pratique, en accord avec ma directrice de mémoire, j'ai décidé de structurer mon travail en respectant le modèle IMRAD ((Introduction, Methods, Results, and Discussion).

I. Introduction

1. Le Leadership

“Si vos gestes inspirent les autres à rêver davantage, à apprendre davantage, à accomplir davantage, vous êtes un leader ». John Quincy Adams, 1767-1848

A. Leadership au sens large :

« Il y a presque autant de définitions du leadership qu’il y a de personnes qui ont tenté de définir ce concept. » B.M. Bass, Bass & Stogdill’s Handbook of Leadership. 1990

Le concept de leadership est un concept qui reste abstrait pour la plupart des gens. En 1991 lors d’une étude menée par J-C.Rost (professeur de leadership à l’université de San Diego) sur le leadership, il avait été dénombré plus de 200 définitions différentes du leadership.

Le concept de leadership a largement évolué au cours des années. Il a fait l’objet de nombreuses études et de nombreuses théories depuis le 19ème siècle. A l’époque, l’écrivain et historien britannique Thomas Carlyle a émis une définition qui est restée longtemps prépondérante. Pour lui, la notion de leadership était réservée aux leaders qui étaient perçus comme des hommes exceptionnels. Selon lui les leaders faisaient preuve d’intelligence, de sagesse et de charisme pour acquérir du pouvoir et influencer les autres.

C’est finalement en 1950 que l’on note une évolution importante dans le concept de leadership. A cette époque, Ralph Stogdill (professeur émérite de sciences de gestion et de psychologie) change l’angle d’approche du leadership en le définissant pour la première fois comme un processus qui a pour but d’influencer un groupe afin d’atteindre un but commun. Cette vision est fondamentalement différente, ainsi le leadership n’est plus un trait individuel mais un processus d’influence sur un groupe. C’est cette notion qui reste une base de la¹ réflexion actuelle sur le leadership. C’est dans les années 1980-1990 que cette définition a été précisée, rajoutant la notion de “suiveurs”. Ces derniers seraient ceux qui acceptent de suivre le processus dans une direction commune par des mesures non coercitives. Cette précision a toute son importance car elle permet de spécifier la nature des relations des différents protagonistes.

¹ Joseph Rost, 21 janvier 1991, Leadership for the Twenty-First Century Relié – Édition en Anglais

Lorsqu'on parle de leadership, on ne parle pas de contraintes ou d'obligations mais bien de volonté commune. Ainsi, Bernard Bass (professeur émérite à l'École de gestion de l'Université de Binghamton)² développe le principe du leadership transformationnel. Il fait ressortir quatre qualités principales pour un leadership efficace :

- L'influence idéalisée : Le leader incarne une personne digne de confiance qui donnent envie aux suiveurs de s'investir dans un projet
- La stimulation intellectuelle : Les suiveurs sous l'impulsion du leader sont amenés à questionner leurs pratiques, leurs connaissances et à se montrer innovant dans la recherche de solutions aux problèmes rencontrés.
- La considération individualisée : Ainsi il existe une relation individuelle entre le leader et chaque suiveur. C'est au travers de cette relation que le leader aide chaque suiveur dans l'exploitation de leurs capacités individuelles pour faire face à des situations complexes.
- La motivation inspirée : S'exprime par la capacité du leader à construire, transmettre et affirmer un objectif avec clarté. Ainsi il permet aux suiveurs de faire preuve de créativité et d'initiatives pour proposer des solutions.

Plus récemment dans les années 2010 c'est Barbara Kellerman professeure de leadership public qui a ajouté la notion du contexte qui vient se compléter le leadership. Elle illustre le leadership comme un triangle équilatéral dont les trois côtés ont tous la même importance. Ainsi elle reconnaît l'importance du leader autant que celle des suiveurs et surtout elle installe le contexte comme un élément tout aussi important que les deux autres. Avec cette théorie, Kellerman, explique que le leadership est une notion évolutive et qui ne peut pas être transposable d'un pays à l'autre ou d'une époque à l'autre.

L'étude de l'évolution du concept du leadership montre que nous sommes passés d'une vision qui posait le leadership comme une qualité de l'individu pour en arriver à une compréhension du leadership comme un phénomène complexe mettant en jeu un leader, des suiveurs et un contexte qui œuvrent dans un but commun. Ces notions se retrouvent dans la définition de Peter G. Northouse³ qui semble faire consensus lorsqu'on parle de leadership : « Le leadership est le

² Bass, B. M. (2005). *Transformational Leadership* (second edition).

³ Northouse, P. G. (2015). *Leadership : Theory and Practice* (SAGE Publications Inc; 7th Revised edition). (S.l.): (s.n.).

processus par lequel une personne influence un groupe de personnes pour atteindre un objectif commun ».

B. Le Leadership appliqué au soin : Leadership clinique :

Le leadership clinique est une notion plus exploitée à l'internationale qu'en France. L'OMS (Organisation mondiale de la Santé) a décidé de faire de l'année 2020 l'année de l'infirmière. A cette occasion, la recherche de valorisation et de reconnaissance du savoir des infirmiers est un des objectifs principaux du Nursing Now. Aujourd'hui, c'est la définition de Gita De Souza et Howard J. Klein (professeur universitaire de management et des ressources humaines) qui semble être largement partagée définissant le leadership clinique par un « *Processus par lequel un professionnel soignant exerce une influence sur les autres membres de l'équipe, bien qu'il ne détienne aucun pouvoir d'autorité, et facilite ainsi les efforts individuels et collectifs visant à atteindre les objectifs cliniques fixés* ». Cette définition permet de faire une distinction entre le leadership clinique et le leadership managérial. Cette distinction est importante à faire principalement en France où, comme le rappelle Christophe Debout, « *le concept de "leadership" est peu utilisé car il est traditionnellement considéré comme un synonyme de management. Cette particularité a pour conséquence potentielle d'entraver le développement du leadership clinique, certains cadres considérant qu'ils ont l'apanage exclusif de l'exercice du leadership au sein d'une équipe* ». Cette confusion peut représenter un frein au développement du leadership clinique cependant une revue de la littérature plus précise montre que le leadership met en place des mécanismes bien différents du management. C'est dans cet esprit que Elliott et al. (2012) ont identifié 7 activités clés au leadership clinique :

1. Guide et coordonne les activités des équipes multidisciplinaires	→ Coordination des soins → Développement des guides et protocoles → Clarification des rôles → Communication : équipe, patient, famille
2. Initie et implémente les changements dans les soins du patient à travers le développement de la pratique	→ Initiation de la recherche : littérature, expérience du patient, identification des problèmes

	→ Influence sur la politique et la pratique « locales » : participation active aux différents comités
3. Prend en charge le développement et l'implémentation des recommandations de bonnes pratique (RBP)	→ Implémentation des RBP dans la pratique clinique, selon leur domaine d'expertise. → Dissémination de ces RBP : formations
4. Développe des « services » de soins	→ Développement de nouvelles cliniques ou de centres de prévention et de soins primaires gérés par les IPA ; augmenter le nombre des centres existants
5. Introduit des changements à la pratique clinique : éducation de l'équipe multidisciplinaire	→ Promotion des « meilleures pratiques » à travers la formation au sein de son organisation : identifier les besoins en formation et concevoir des programmes de formation
6. Joue le rôle de « parrain » et de « coach » au sein de l'équipe multidisciplinaire en pratique clinique	→ Soutien aux nouveaux engagés en termes de compétences techniques → Motivation du personnel pour développer leur connaissances et compétences : formation et stages
7. Joue un rôle de « modèle » en termes de prise de décision, d'autonomie et de développement professionnel	→ Création d'un milieu « positif »

Ce tableau permet de faire ressortir un panel très large des activités dans lesquels le leadership peut s'exprimer. On retrouve la formation, l'accompagnement des pairs, la réflexion d'équipe, la coordination des soins, la veille scientifique... Au-delà des activités qui incombent au leadership clinique, il est important de s'attarder sur les caractéristiques qui permettent à un

professionnel de le mettre en place. En 2015, Chavez et Yoder ont été établi un schéma des caractéristiques influençant le leadership.



Figure 2. Composantes du leadership clinique (Chavez & Yoder, 2015).

Ce schéma met en exergue que le parcours de l'infirmière, sa capacité à collaborer avec ses équipes de soins et le soutien de sa structure influencent les attributs nécessaires à la mise en place du leadership. Ces derniers rendent possible la mise en place du leadership en majorant la crédibilité de l'infirmière qui démontre des habilités cliniques innovantes et importantes. On voit aussi que le leadership a de multiples retentissements. Les dernières études menées à l'internationale font ressortir de nombreux effets positifs du leadership clinique :

- Pour les patients : réduction des complications liées aux soins, diminution des événements indésirables, renforcement de la satisfaction. (Chavez & Yoder, 2015, Mannix, Wilkes & Daly, 2013) et amélioration de la qualité des soins (Bohmer, 2013).
- Pour les équipes soignantes : développement d'une communication et d'une coordination plus efficace entre tous les professionnels d'une équipe de soin. (Supamane, Krairiksh, Singhkhumfu & Turale, 2011).
- Pour le leader : qui entretient et développe sa crédibilité auprès des équipes par l'aboutissement d'objectifs cliniques collectifs (Chavez & Yoder, 2015).

C. L'infirmier de pratique avancée et le leadership clinique :

La construction du métier d'IPA en France a largement été inspirée par les travaux de Hamric (professeure et doyenne adjointe à la Virginia Commonwealth University School of nursing (Etats-Unis)) sur le sujet. Hamric a développé un modèle de la pratique avancée qui est illustré par son modèle de “l'oeuf au plat de Hamric”(annexe I) ici modélisé par le syndicat UNIPA en France.



Ce modèle permet de comprendre l'importance du leadership dans la pratique avancée. Le leadership fait partie des 6 compétences attendues pour un IPA. Cette importance est rappelée par F. Ambrosino (infirmière titulaire d'un master en sciences cliniques infirmières) dans “ le guide de l'infirmier de pratique avancée” lorsqu'elle affirme : *“Une des compétences principales attendue des IPADE (Infirmier de pratique avancée diplômé d'Etat), et sur laquelle tous les grands standards internationaux insistent, est le leadership”*. Le leadership de l'IPA peut, toujours selon Hamric, se décliner sur 4 plans :

- Sur le plan des politiques de santé : du fait de la jeunesse du métier, les IPADE vont devoir se faire une place dans le système de santé afin de participer aux évolutions réglementaires.
- Sur un plan systémique : L'IPA pourra avoir un regard populationnel et participer à des réflexions auprès des ARS (agence régionale de santé), des établissements ou encore des Conseils locaux de santé
- Sur un plan professionnel : l'IPA peut être ressource dans la démarche qualité mais aussi auprès des équipes dans la création ou l'information de nouvelles pratiques professionnelles.

- Sur un plan clinique : De par sa formation, l'IPA développe une expertise clinique dans sa mention. Il peut ainsi aider les équipes sur des situations complexes ou dans l'amélioration des pratiques professionnelles. Il peut aussi jouer un rôle de Tuteur auprès des professionnels.

En France le texte législatif qui régit la profession des IPA officialise le rôle de leadership dans l'Arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée dans sa section 5 : Mise en œuvre d'actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles : la notion de leadership est ainsi explicitée alinéa 8 : Accompagnement des équipes à l'évolution des pratiques (leadership clinique).

Le leadership clinique fait donc partie des compétences attendues par les IPA. Ainsi certains auteurs se sont intéressés au développement de cette compétence. L'étude la plus probante a été menée par Sherman et al. en 2007 auprès de plus de 120 infirmières ayant une expérience de leadership. Cette dernière a permis de développer six compétences favorisant la mise en place de leadership. Partant de cette étude, Mathieu L. et al. ont traduit et reconceptualisé ce modèle :



- Les pratiques cliniques exemplaires : Avoir une pratique de qualité et être capable d'accompagner les changements de pratiques professionnelles.
- Efficacité personnelle : entretenir son savoir et nourrir sa confiance en ses capacités professionnelles.
- Efficacité professionnelle et interprofessionnelle : représente la capacité à percevoir et valoriser les compétences des autres professionnelles.

- Pensée systémique : aptitude qui permet de considérer la réflexion clinique dans une approche globale en tenant compte des enjeux locaux.

-Développement des ressources humaines : compétence dans la gestion d’une dynamique de groupe. Soutenir, accompagner et superviser chacun des professionnels afin d’aller vers l’objectif.

-Gestion des ressources matérielles, financières et informationnelles : Ici il est question de mettre à disposition et de faciliter l’accès aux informations et à la recherche.

A l’inverse des facteurs permettant la mise en place du leadership clinique par l’IPA, Elliot et al. se sont intéressés aux freins à sa mise en place. Ainsi, F.Ambrosino a tenté de synthétiser les 13 résistances mises en avant par cette étude. Elle a réussi à les regrouper en 4 catégories tout en insistant sur le fait que ces freins étaient “*majoritairement organisationnels*” :

Le facteur personnel	L’IPA peut avoir des difficultés de positionnement en tant que leader
L’insuffisance du personnel ou d’équipe	L’IPA, qui collaborer au sein d’une équipe, ne pourra exercer aucun leadership si elle se retrouve seule dans sa mission.
L’implication dans les comités stratégiques et décisionnaires	Il est important que l’IPADE puisse être associé à des groupes de travail ou des comités de pilotages quand des décisions importantes peuvent être prises, pour organiser un réel leadership d’équipe.
Le soutien organisationnelle et institutionnelle.	S’il y a trop de travail d’équipe, pas assez de ressources et que l’IPADE doit être uniquement en substitution médicale sans légitimation de son rôle de leadership, ou faute de soutien de sa direction, elle ne pourra exercer pleinement sa mission.

La mise en place d’un leadership clinique par l’IPA va devoir se faire en se confrontant à des freins parfois très marqués. Plusieurs de ces freins se sont créés sur des représentations de ce qu’est le métier d’IPA. Pour mieux comprendre ces freins et comprendre leurs origines il semble nécessaire de s’intéresser au concept de représentation.

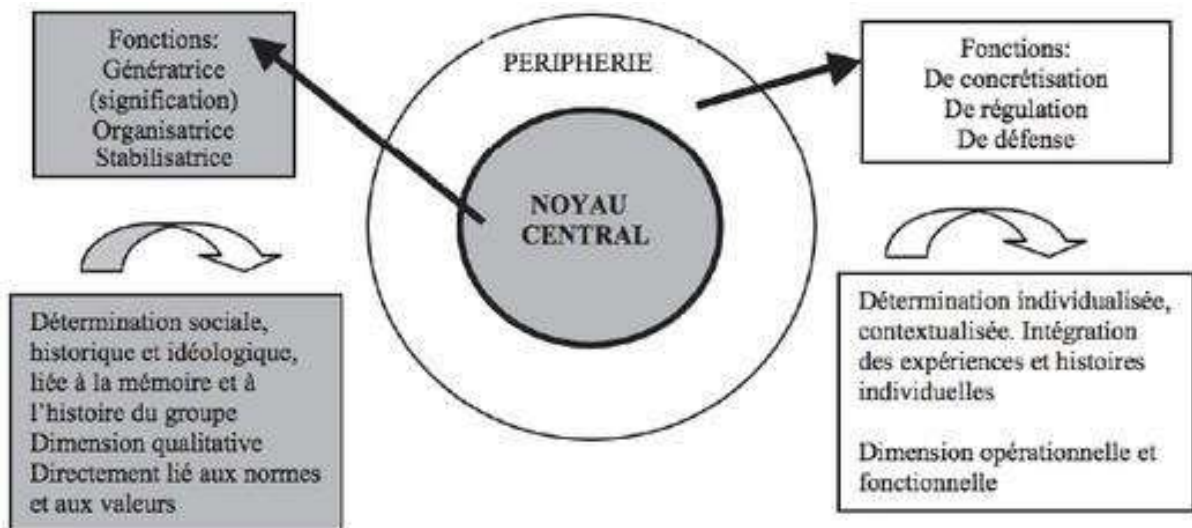
2. Les Représentations et identité professionnelle :

“Il est plus facile de briser un atome que de briser un préjugé”. Albert Einstein.

A. Représentations au sens commun :

Le concept des représentations est un concept qui a de multiples utilisations. Le mot représentation est issu du latin *repraesentatio*, -onis « action de mettre sous les yeux » (CNRTL). Au sens premier du terme, il est défini par “l’action de rendre quelque chose présent à quelqu’un en montrant, en faisant savoir”(CNRTL). Bien que cette définition explique le fait de parler de quelque chose d’abstrait, elle n’est pas suffisamment précise. Il est difficile de faire ressortir une définition qui fasse consensus car comme l’explique Gerard Vergnaud (mathématicien et psychologue français) “*Peu de concepts sont utilisés avec autant de significations différentes, même dans le seul domaine de la psychologie*”. Il est impossible d’étudier toutes les significations du concept de représentation.

Finalement, c’est en se concentrant sur la notion de “représentation sociale” que le concept va prendre une signification intéressante pour cette recherche. Ce concept a été défini pour la première fois par Durkeim en 1898. Le sociologue français s’intéresse aux représentations collectives, il décrit alors des productions intellectuelles qui sont partagées au sein d’un groupe social. Il décrit la société comme une entité à part entière bien plus complexe que la simple addition d’individus. Il développe alors l’idée que le collectif impose aux individus qui le compose des croyances et des représentations. Enfin, Durkeim explique que ces représentations collectives prévalent sur les représentations individuelles. Muscovici (est un psychologue social, historien des sciences français) reprend les travaux de Durkeim mais ne parle plus de représentations collectives mais bien de représentations sociales. Cette différence rend la notion de représentations sociales plus variable, avec des influences plus nombreuses : groupe social, culture, religion, région... De plus, il explique que les représentations sont évolutives car elles sont impactées par les événements sociétaux. C’est ensuite J.C.Abric (psychologue social français), en 1976, qui va venir compléter ce concept en y ajoutant la théorie du noyau central.



Il détermine que toute représentation sociale serait définie par deux éléments :

- ♦ Un noyau central : qui est “ *l'élément fondamental car il détermine à la fois la signification et l'organisation de la représentation* ” (Abric, 1994). Les cognitions centrales sont consensuelles, intangibles. Elles ne sont pas soumises à discussion ou à la négociation. Le noyau central n'est pas impacté par le contexte immédiat, il est issu d'un contexte sociologique, idéologique et historique dans lequel la représentation est née et s'est développée. Le noyau central a trois fonctions :
 - Une fonction de signification : Il donne le sens global de la représentation.
 - Une fonction d'organisation : C'est autour du noyau central que les autres perceptions de la représentation s'organisent.
 - Une fonction stabilisatrice : C'est la résultante des deux autres fonctions, ainsi le noyau central est la partie la plus stable voire même la partie la plus résistante au changement.
- ♦ Un système périphérique : ce sont les éléments contextuels, qui dépendent de l'environnement. Il est soumis à toutes les variations individuelles et au contexte. Le système périphérique a pour fonction de créer une interface entre le noyau central, les éléments pratiques et contextuels. Il serait susceptible de remettre en question le noyau central.

Ce concept permet de comprendre que deux représentations peuvent être considérées comme différentes que si leurs noyaux centraux sont différents. Dans ses travaux, Abric fait ressortir quatre fonctions aux représentations sociales, présentées ici dans un tableau⁴.

Une fonction de savoir	Elles vont permettre, de par leurs contenus, à la fois de comprendre et d'expliquer la réalité. Ces savoirs « naïfs » vont permettre la communication et les échanges sociaux.
Une fonction identitaire	Les représentations sociales servent à définir l'identité sociale de chaque individu et ainsi préserve la spécificité des groupes sociaux. Cette fonction va intervenir dans les processus de socialisation ou de comparaison sociale.
Une fonction d'orientation	Les représentations sociales vont permettre au sujet d'anticiper, de produire des attentes mais également de se fixer ce qu'il est possible de faire dans un contexte social particulier.
Une fonction justificatrice	Elles peuvent aussi intervenir à posteriori et ainsi servir à justifier nos choix et attitudes. Par là, elles jouent un rôle essentiel dans le maintien ou le renforcement des positions sociales.

C'est finalement la définition de M-L. Rouquette (psychosociologue français) qui est souvent reprise, il définit les représentations par une "*façon de voir localement et momentanément*

⁴ Deswarte, E. (n.d.). Les représentations sociales. *Psychologie-sociale*. Repéré à <http://www.psychologie-sociale.net/images/football.jpg>

partagée au sein d'une culture, qui permet de s'assurer de l'appropriation cognitive d'un aspect du monde et de guider l'action à son propos.” (1997). Une dernière notion qui semble intéressante à évoquer, en lien avec mon travail de recherche, est la notion de “représentations professionnelles”. Selon J-F; Blin (Docteur en sciences de l'éducation et maître de conférences, cité dans Michel-Guillou, 2010) « *Les représentations professionnelles sont des représentations sociales élaborées dans l'action et la communication professionnelle et sont spécifiées par les contextes, les acteurs appartenant à des groupes et les objets pertinents et utiles pour l'exercice de l'activité professionnelle. Celles-ci correspondent aux savoirs techniques que des individus ont de leur propre métier ; il s'agit de représentations liées au travail ou à la fonction exercée.* ». Cette définition nous permet de prendre en conscience que les professionnels, selon leur corps de métier, peuvent avoir des représentations différentes du nouveau métier que représente l'IPA. Il est clair que la nouveauté que représente le métier d'IPA va générer des représentations plus ou moins positives et plus ou moins adaptées.

B. Représentations du métier d'IPA :

Du fait de la nouveauté que représente le métier d'IPA, peu d'études ont été faites sur les représentations qui entourent les IPA. Finalement, nous allons nous appuyer sur 3 études qui ont été menées pour tenter d'apporter des éléments de réponse⁵.

On peut constater que toutes les études font un constat initial assez proche : le métier d'IPA n'est pas encore clair pour tous les professionnels. Ce manque de clarté se traduit par des représentations très hétérogènes de la fonction IPA, ainsi on peut lire « *C'est des super infirmiers* » ou « *un rôle de mini-médecins traitants sur le suivi de certaines pathologies* » mais encore « *c'est le bras droit du médecin* ». Ici, il est mis en avant des représentations simplistes voir péjoratives de la fonction IPA. Ces représentations se retrouvent dans la réalité, on peut aisément faire un parallèle avec la situation de départ évoquée au début de mon travail. Dans

⁵ Aghnati, M., Darloy, T., Dictor, J., Gasparovicova, M., Drouot, C., Gasperini, F., & Bouchez, T. (2021). Soins infirmiers en pratique avancée : Représentations des acteurs de ce nouveau dispositif. *Santé Publique*, 33(4), 547-558. <https://doi.org/10.3917/spub.214.0547>

Oberweis, N., & Soranno, S. (2020). *Pratique infirmière avancée : Quelles représentations pour les soignants? Une étude qualitative.*

Madrean Schober. (2015) Identifications des facteurs essentiels favorisant l'intégration des rôles infirmiers en pratique avancée : une étude ethnographique, *Revue francophone internationale de recherches infirmières* 1-p71-77

cette situation, un infirmier avait des représentations très négatives de la fonction IPA pensant que j'allais devenir *“un mini-médecin qui va faire ce que les médecins ne veulent plus faire”*. Si ces représentations existent, elles ne restent pas pour autant majoritaires.

Les études qui ont été menées mettent également en avant des représentations trop réductrices mais moins négatives, par exemple, il a souvent été retrouvé la notion *“d’infirmier prescripteur”*. A la lecture de ces études, on remarque que ce rôle-là est le plus connu des personnes interviewées. Il est vrai que c'est aussi ce rôle qui a fait le plus débat comme le rappelle F. Ambrosino *“La PA cristallise les peurs et les oppositions, l'IPADE sera forcément une concurrente une voleuse de patients”, “une dangereuse offre de médecine low cost”*. Il faut tempérer ces représentations négatives car bon nombre des personnes interrogées ont exprimé des représentations justes et positives du métier IPA. Ainsi, il a souvent été évoqué la notion d'un infirmier ayant une expertise dans un domaine spécifique avec une formation clinique. La notion d'expert se retrouve largement citée lorsque l'on parle de la pratique avancée. L'autonomie est aussi une représentation largement partagée par les études pour les IPA. D'autres représentations sont elles aussi plus positives, comme par exemple considérer la pratique avancée comme une amélioration de la qualité des soins, avec du temps supplémentaire au plus proche des patients. Le fait de développer une prise en charge holistique est aussi souvent cité car les personnes interrogées imaginent l'IPA comme un soignant prenant en charge les patients dans sa globalité. Les infirmiers interrogés dans les différentes études considéraient ce nouveau métier comme une valorisation de la pratique infirmière.

Au travers toutes ces études, il est important d'être nuancé. En effet, certaines représentations négatives et une mauvaise connaissance du métier peuvent fragiliser l'implantation des IPA. Cependant le métier d'IPA génère beaucoup de représentations positives et même beaucoup d'attentes de la part des professionnels. Autre facteur important, ces études, bien que récentes (2019, 2020, 2021), ont été menées dans des pays où les IPA n'étaient pas encore implantés depuis longtemps. Il est difficile de faire émerger une identité professionnelle aussi rapidement car cette identité semble représenter un point essentiel au développement des IPA.

C. L'identité professionnelle :

L'identité vient du latin *identitas*, -atis, ou du latin classique *idem*, le même. Finalement, il existe une multitude de définitions de l'identité. Celle qui semble le plus correspondre à notre

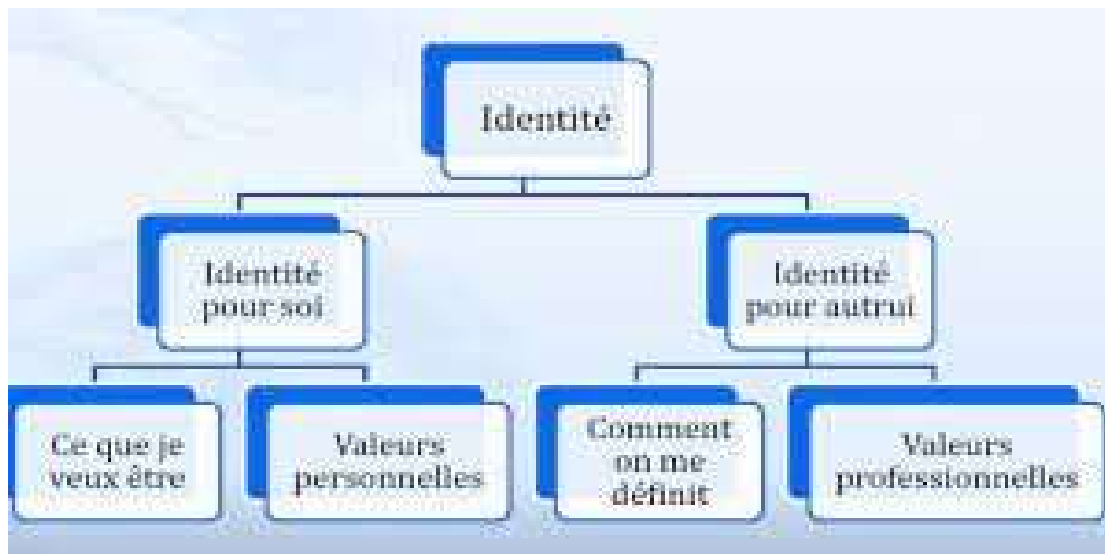
situation serait *“Caractère permanent et fondamental de quelqu'un, d'un groupe, qui fait son individualité, sa singularité”*(Larousse). On comprend ici que l'identité d'un groupe est ce qui permet de définir ce groupe et ce qui le caractérise. Ce concept d'identité a été largement étudié dans différentes spécialités : philosophie, sociologie et les sciences humaines.

Si au cours de siècles passés la notion d'identité individuelle a été largement explorée, le concept d'identité professionnelle est lui plus récent, faisant son apparition au cours du XXème siècle. Lorsque l'on parle de profession, nous parlons d'une *“Activité, état, fonction habituelle d'une personne qui constitue généralement la source de ses moyens d'existence.”*(CNRTL). Ici, nous allons considérer la profession comme une activité professionnelle qui peut représenter une source de revenu. Parmi les définitions les plus connues de l'identité professionnelle, nous pouvons reprendre celle du sociologue Jacques ION (1996), *« l'identité professionnelle, c'est ce qui permet aux membres d'une même profession de se reconnaître eux-mêmes comme tels et de faire reconnaître leur spécificité à l'extérieur »*⁶. On ressort donc de cette définition deux aspects différents. Le premier est la notion d'identité commune que les membres d'une même profession partagent. Ainsi, on peut considérer que des éléments structuraux clairement établis de la profession permettent une reconnaissance. On pourrait parler d'un socle commun de caractéristiques unanimement partagé par les membres d'une même profession. La deuxième notion qui ressort est le fait que cette identité soit reconnaissable, pas uniquement par les membres de ladite profession mais aussi qu'elle soit socialement reconnue. Ainsi, l'identité professionnelle serait aussi une représentation largement partagée qui permet de définir une profession au sein d'une société. Cette vision semble être partagée par plusieurs auteurs, ainsi pour R. Sainsaulieu, l'identité professionnelle se caractérise comme la *« façon dont les différents groupes au travail s'identifient aux pairs, aux chefs, aux autres groupes, l'identité au travail est fondée sur des représentations collectives distinctes »*; pour C. Dubar *“Les identités professionnelles sont des manières socialement reconnues, pour les individus, de s'identifier les uns les autres, dans le champ du travail et de l'emploi”*⁷. Au travers de ces définitions, on retrouve les deux notions développées

⁶ Jacques ION., *Le travail social à l'épreuve du territoire*, Paris, Dunod, 1996, p. 91

⁷ Dubar, C. (2010). 3. La crise des identités professionnelles. Dans *La crise des identités* (Vol. 4e éd., pp. 95-128). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France. Repéré à <https://www.cairn.info/la-crise-des-identites--9782130583653-p-95.htm>

à savoir : l'identification par ses pairs mais aussi la représentation sociale d'une profession. C'est C. Dubar qui va étudier la construction de l'identité professionnelle qui peut être schématisée ainsi.



Il développe ainsi l'idée que l'identité professionnelle est une construction complexe qui met en jeu plusieurs variables, certaines sont intrinsèques à l'individu, d'autres sont extrinsèques. On constate que la création d'une identité professionnelle est construite à la fois avec le point de vue de l'individu qui met en jeu ses propres représentations mais aussi ses valeurs personnelles et à la fois avec un point de vue plus sociétale avec les représentations sociétales du métier et les valeurs professionnelles qui sont induites par la profession. C. Dubar explique aussi que la création d'identité professionnelle est un processus dynamique qui évolue en fonction des contextes sociales mais surtout il note que l'identité se crée tout au long de la pratique et ce dès le début de la formation.

Ce travail nous permet de mettre en avant un lien étroit entre les représentations et l'identité professionnelle. Pour V. Cohen-Scali (Professeure en Psychologie de l'orientation et de l'insertion au Conservatoire National des Arts et Métiers) il existe un processus de co-construction entre représentation et l'identité professionnelle qui "*interagissent pour l'élaboration des dimensions collectives de l'identité.*"⁸ Partant de ce constat il semble intéressant de s'interroger sur construction d'une identité professionnelle IPA.

⁸ Valérie Cohen-Scali and Pascal Moliner , décembre 2018, *Représentations sociales et identité : des relations complexes et multiples Social representations and identity: Complex and multiple relationships,*

D. L'identité professionnelle et l'IPA

En tenant compte des éclaircissements apportés par les parties précédentes, on peut comprendre toute l'importance de la construction d'une identité professionnelle. L'IPA est un métier nouveau qui va devoir créer sa propre identité. Une identité complexe à appréhender car si l'IPA est souvent un infirmier confirmé il devient un praticien avancé novice. Ce changement représente une source d'opportunité car il va permettre à l'IPA de s'approprier son positionnement. C'est d'ailleurs un sujet largement abordé par une étude menée dans Santé Publique⁹ qui s'est appuyé sur le retour d'expérience des pré-IPA. Dans cette étude on retrouve que *“Des infirmières ont remarqué au cours des entretiens qu'elles étaient assimilées de différentes manières au corps médical. Cependant, loin d'accepter cette identification, des pré-IPA ont mis en avant leur profil d'« infirmière experte » dans leur domaine d'exercice”*. On remarque que de par leur collaboration étroite avec le corps médical les IPA peuvent être très rapidement réduits à des substituts des médecins. Christophe Debout (dans un entretien pour soins psychiatriques) rejoint cette idée en expliquant *“les représentants du ministère de la Santé insistent sur le temps médical gagné grâce à l'intervention des Ipade qui pourra être réinvesti et ainsi générer une augmentation de l'offre de soins médicaux. Ce discours semble très empreint d'une conception de la PA reposant sur une logique de substitution”*. Ainsi il est clair que les IPA vont devoir construire leur identité en se limitant pas à la simple représentation largement partagée “d'infirmier prescripteur”.

Pour cela il semble important que la formation proposée au IPA ne soit pas une formation uniquement orientée vers les tâches dites médicales. D'autant plus que, comme le rappelle Christophe Debout, *“la création d'une fonction rend plus difficile la mise en place du tutorat et prive les étudiants du recours à la modélisation. Or, cette dernière contribue de manière significative à la construction d'une identité professionnelle spécifique.”* Il est vrai que finalement en l'absence de tuteurs IPA suffisamment nombreux les universités vont jouer un rôle plus important dans la création identitaire des IPA. Face à ce constat C. Debout propose de *“Garantir l'homogénéité des profils Ipade d'une université à l'autre constituera également un défi à relever dans la mesure où les projets pédagogiques des opérateurs de formation peuvent parfois être très différents même s'ils reposent sur le même référentiel national.”*.

⁹ Rosis, C. D., Teixeira, M., & Jovic, L. (2021). Préfigurer l'exercice de la pratique infirmière avancée : Une coconstruction à l'œuvre en milieu de soins. *Santé Publique*, 33(1), 89-100.

L'aspect économique représente aussi une source de représentation sociale ainsi il faudrait un modèle économique qui permette une reconnaissance sociale. Sur le sujet C.Debout est affirmatif : *“Cet aspect reflètera également la reconnaissance sociale attribuée à ce nouveau métier infirmier et permettra d’opérer des comparaisons avec les autres types d’exercice clinique infirmier déjà en place.”*.

Les pré-IPa qui ont fait l'objet de l'étude précédemment citée à ce sont détachés de leur assimilation au corps médical en se défendant avant tout infirmière. On retrouve, de leur retour et de celle des IPA qui sont aujourd'hui en poste, des notions communes qui peuvent représenter des éléments fondateurs d'une identité professionnelle : l'autonomie, expertise clinique dans son domaine d'activité, la promotion de la pratique infirmière, le leadership, le travail en réseau. Finalement on constate que les IPA vont devoir nuancer et déconstruire certaines représentations pour se créer une identité professionnelle. Ce processus va être évolutif et va représenter une grande partie du travail IPA dans les premiers temps d'exercice.

Autre institution qui va jouer un rôle dans la création d'une identité professionnelle des IPA est selon C. Debout la structure dans laquelle l'IPA va exercer il précise ainsi : *“Le déploiement effectif requiert des structures souhaitant se doter d'Ipade un travail de planification stratégique et opérationnelle en amont important. En outre, il est essentiel que les Ipade puissent, dans un premier temps, acquérir une légitimité et une crédibilité dans le champ clinique afin de pouvoir secondairement exercer un leadership clinique efficace au sein de l'équipe”*. Le soutien des structures va permettre aux IPA de gagner en crédibilité et va donner une légitimité aux IPA à la fois dans leur exercice mais aussi dans la création de leur identité. C'est cette notion de crédibilité et de reconnaissance que nous allons développer.

3. Reconnaissance et légitimité :

A. La Reconnaissance :

Le Dictionnaire Larousse définit ainsi la reconnaissance : *“Action de reconnaître quelque chose comme légitime”*. Cette définition met en avant une relation avec un autre concept celui de légitimité. Une personne légitime est définie par *“Qui a les qualités requises par la loi, le droit.”*(Larousse). Ainsi la reconnaissance serait une façon de valider les qualités afin de rendre légitime quelque chose. Ce concept de reconnaissance a été un concept très étudié

principalement dans la philosophie et la sociologie. Cet attrait se justifie par le fait que beaucoup d'auteurs considèrent la reconnaissance comme un concept central des dynamiques sociales. Ainsi G.W.F.Hegel, philosophe allemand du XVIIIème siècle, à apporter une grande contribution sur le concept de reconnaissance dans son ouvrage "*Phénoménologie de l'Esprit*" en 1807. Il considère que tous les hommes sont en lutte et en concurrence pour obtenir une reconnaissance. Pour lui, c'est la reconnaissance qui permet à l'Homme d'exister en tant qu'individu. C'est en partant des théories de Hegel que Honneth, sociologue et philosophe allemand, développe un modèle théorique faisant ressortir trois niveaux de reconnaissance¹⁰ :

- La "reconnaissance amoureuse" : qui vise à apporter une confiance personnelle. On peut l'élargir à toute la sphère amicale et familiale. Elle trouve son origine dans les besoins fondamentaux des hommes qu'ils soient psychiques ou physiques.
- La reconnaissance juridique : elle pourrait se définir par l'attribution aux individus des droits fondamentaux garantissant le respect de chaque individu.
- La reconnaissance culturelle : c'est la reconnaissance qui permet de valider notre apport à la société. On parle souvent de reconnaissance sociale.

De ces trois types de reconnaissance la reconnaissance culturelle a été d'avantage étudié d'un point de vue sociologique. La notion a peu à peu évolué vers la notion de reconnaissance sociale.

C'est Phillipe Bernoux qui en 1979 publie « La résistance ouvrière à la rationalisation : la réappropriation du travail » [Bernoux,1979]. Dans cet article il traite de la reconnaissance sociale. Il estime que les salariés doivent réussir à s'approprier leur travail. Bernoux explique ce besoin d'appropriation par « *Elle permet aux individus et aux groupes de se définir socialement, d'agir d'abord pour donner un sens à leur présence au travail dans l'entreprise industrielle, d'obtenir la reconnaissance de soi dans une organisation donnée. Cette logique ne s'insère pas dans la perspective d'une efficacité immédiate, ou à moyen terme. Elle paraît être davantage dans la ligne d'une recherche de sens, aboutissant à la reconnaissance d'une identité.* »¹¹. Il est important de voir que Bernoux précise que ces mécanismes sont des mécanismes nécessitant du temps. Cette reconnaissance est particulièrement intéressante car elle se crée en parallèle d'une recherche de sens qui est une notion à laquelle les soignants sont

¹⁰ « Reconnaissance », 1996, *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*, PUF

¹¹ Bernoux,1979, « La résistance ouvrière à la rationalisation : la réappropriation du travail » p.82-83

très attachés. Il crée une relation étroite entre l'approbation d'un travail et la reconnaissance d'une identité personnelle et professionnelle.

Sur la relation entre reconnaissance et identité Dubar dit *“Construire une identité professionnelle c'est continuellement s'engager dans des négociations complexes avec les autres et avec soi-même pour se faire reconnaître »*¹². Son idée est que l'identité se construit perpétuellement avec la reconnaissance des autres. La reconnaissance est même obligatoire pour se créer une identité professionnelle. L'identité ne peut se créer que si l'individu est reconnu dans une dimension biographique, cette notion a été développée par Thérèse Perez-Roux, professeure en sciences de l'éducation, *“La dimension biographique suppose pour l'individu d'être reconnu pour ce qu'il est, mais aussi pour ce qu'il a vécu/construit antérieurement et pour ce dans quoi il se projette ; par ailleurs, la dimension relationnelle met en évidence que la reconnaissance de soi et l'estime de soi s'élaborent au miroir de ce que renvoie autrui et aux formes d'adéquation qui en résultent en termes d'images identitaires”*.

En définitif, le concept de reconnaissance est un mécanisme complexe qui a de multiples imbrications. Parmi elle l'impact de la reconnaissance dans la création d'une identité professionnelle est à mettre en avant dans le contexte de l'implantation des IPA. Autre imbrication qui mérite de s'étendre dessus serait le lien entre reconnaissance et légitimité. Ainsi le concept de légitimité va être étudié.

B. La légitimité :

La notion de légitimité est considérée comme polysémique tellement elle peut prendre un sens différent selon la discipline qui le regarde. Par exemple si c'est la philosophie qui définit la légitimité on va alors parler de *“Conformité de quelque chose, d'un état, d'un acte, avec l'équité, le droit naturel, la raison, la morale.”*(CNRTL). D'après cette définition la légitimité trouve son fondement dans la morale et le droit naturel. Cette notion de droit naturel est importante car elle vient en opposition avec le droit positif (ensemble des lois écrites), il faut comprendre ici que ce n'est pas le fait d'être inscrit dans la loi qui rend une chose légitime c'est le fait d'être en accord avec la morale, l'équité ou la raison.

¹² Dubar, C. (2002). Entretien d'A. Gonin-Bolo avec C. Dubar. *Recherche et formation*, 41, 131-138, p132

Limiter la légitimité à ce qui est dans la loi serait trop réducteur, ainsi de multiples conceptions de la légitimité se sont développées. Parmi elles celle du sociologue Max Weber est souvent reprise car il dégage trois sources à la légitimité :

- Un caractère rationnel : ça serait le caractère normatif qui créerait la légitimité. Ainsi le droit donnerait la légitimité à une personne qui serait amenée à exercer une fonction reconnue par la loi.
- Un caractère traditionnel : la légitimité serait détenue par toute personne qui appartient à une organisation ou une entité. La légitimité viendrait de la transmission des savoirs au sein de cette organisation. Une personne qui ferait partie de cette organisation serait alors légitime car elle a été formée et acceptée par ses pairs.
- Un caractère charismatique : c'est une légitimité plus individuelle car elle repose sur la considération qui est attribuée à un individu. Cette légitimité trouverait son fondement dans la capacité à un individu à démontrer sa capacité et son savoir, il prendrait une posture de leader qui lui donnerait aux yeux des autres une légitimité.

La légitimité est donc une notion qui met en jeu plusieurs niveaux d'imbrications, elle doit trouver un fondement dans la raison et la morale, elle doit être reconnue d'un point de vue légal, elle peut être individuelle ou se reposer sur la légitimité d'un corps de métier.

Si la légitimité au sens large a de multiples perceptions, la légitimité professionnelle elle trouve plus facilement un consensus, principalement dans le lien étroit qu'elle a avec la reconnaissance et la compétence. La compétence est définie par le Larousse comme *“Capacité reconnue en telle ou telle matière en raison de connaissances possédées et qui donne le droit d'en juger”*. La compétence favorise la légitimité, avoir suivi un enseignement, avoir les connaissances et la capacité à faire, nous rend à la fois compétent et légitime. Cependant la compétence est une notion évolutive, il faut comprendre qu'elle est toujours en mise en corrélation avec les résultats. La compétence comme la légitimité sont soumis aux résultats, si une action est menée mais n'entraîne pas de résultats positifs, la compétence de l'exécutant va être mise en cause, tout comme la légitimité de l'acte et de l'exécutant. Ainsi le contrôle de l'action peut être une source de légitimation car comme le dit L.P Tost *“Une vision*

instrumentale de la légitimité affirme que les entités seront jugées comme légitimes lorsqu'elles sont perçues comme en train de promouvoir les intérêts matériels de l'individu »¹³.

La légitimité reste un phénomène qui se construit perpétuellement. La légitimité n'est pas un acquis, elle doit se questionner et s'entretenir. Cette notion se retrouve dans la définition de la légitimité donnée par Beaulieu « *le processus de légitimation est le processus suivant lequel la légitimité est développée, maintenue et restaurée. Il importe de comprendre la dynamique derrière le concept de légitimité. [...] La légitimité évolue en fonction des normes et valeurs sociales qui évoluent en fonction des besoins changeants de la population. La perception de ce qui est légitime évolue aussi avec les changements culturels, donc la définition de la légitimité change dans le temps et suivant les circonstances »¹⁴. Cette définition vient valider que la légitimité ne peut pas être considérée comme acquise, elle évolue. Cette évolution se fait au gré des modifications culturelles, ce qui était légitime il y a quelques années peut ne plus l'être aujourd'hui. Cette idée est renforcée par K.E.Boulding, économiste, enseignant, théoricien des systèmes américain, qui affirme « *La légitimité n'est pas un phénomène statique, les concepts de ce qui est ou n'est pas légitime sont en mouvement constant...* »¹⁵.*

La légitimité est un processus évolutif qui peut avoir diverses sources. Elle doit avoir un fondement législatif et être en accord avec la morale. Elle peut être attribuée individuellement ou collectivement à un corps de professionnel. Elle peut être induite par la compétence ou par "tradition" du fait de la transmission de savoirs. Elle doit être confrontée aux résultats et continuer de suivre les règles de bonne pratique. Nous allons tenter de confronter toutes ces notions à la légitimité qui va être nécessaire aux infirmiers de pratique avancée.

C. Reconnaissance et légitimité de la pratique avancée.

Dans cette partie nous allons s'intéresser à faire un parallèle entre les principes théoriques évoqués dans les parties A et B et la pratique avancée. Le but étant d'identifier les sources potentielles de légitimité et de reconnaissance applicables à la pratique avancée.

¹³ Tost, 2011, p 690, Tost L.P. (2011), An integrative model of legitimacy judgments, Academy of Management Review, n°36, pp 686-710.)

¹⁴ Beaulieu S. 2001, La légitimité organisationnelle : une ressource qui se gère. Une application en contexte professionnel. Thèse présentée comme exigence partielle au Doctorat conjoint en administration, Université du Québec à Montréal, p 99

¹⁵ Boulding K.E. (1974), Toward a general social science. In : Singell L.D. (Ed.), Kenneth Boulding: Collected Papers, vol.4, Boulder, Colorado Associated University Press (original work published in 1969), pp 509-523., p511

- Une légitimité contextuelle : La pratique avancée a été mise en place dans un contexte social de vieillissement de la population et d'augmentation des pathologies chroniques stabilisés. Ce contexte, aggravé par l'augmentation des "déserts médicaux" et une démographie médicale, ne permettant plus d'assurer un accès aux soins suffisant. Ces données peuvent octroyer une forme de légitimité de besoin au développement de la pratique avancée.
- Reconnaissance institutionnelle : Cette source de reconnaissance est en premier lieu imputable à la création légale de la pratique avancée. Ainsi "L'article 119 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, crée l'article L. 4301-1 du Code de la santé publique et introduit le principe de la pratique avancée". L'arrêté du 18 juillet 2018 va officialiser la reconnaissance de la pratique avancée ; Agnès Buzyn, ministre des Solidarités à l'époque dira par un communiqué de presse : *"Prévue par la loi de modernisation de notre système de santé, la pratique avancée pour la profession infirmière est enfin reconnue en France avec la publication de ses textes fondateurs au journal officiel."* Autre générateur d'une reconnaissance institutionnelle aurait pu être une reconnaissance salariale, Agnès Buzyn affirmée dans le même communiqué *"Cette nouvelle pratique et ces nouvelles compétences bénéficieront d'une reconnaissance en termes de statut et de rémunération"*. Cependant cette rémunération est jugée par les IPA comme insuffisante à ce jour pour générer une forme de reconnaissance. Cette reconnaissance pourrait être assimilée au caractère rationnel de la légitimité exposée précédemment.
- Reconnaissance par la formation : On peut considérer que la sélection à l'entrée des universités et la reconnaissance d'un grade master peut être une source de reconnaissance et ainsi de légitimité. Cette dernière acquise par la formation pourrait faire écho en quelques points caractère traditionnel de la légitimité développée par Max Weber , ainsi la réussite de la formation et l'appartenance au corps IPA pour être une source de légitimité. Cette source de légitimité est à modérer du fait de la nouveauté du métier d'IPA et ce malgré un grand nombre d'écrits étrangers sur les apports de la pratique avancée dans les systèmes qui l'ont mis en place depuis de nombreuses années.
- Reconnaissance par la compétence : Ce niveau de reconnaissance peut être induite par la nécessité de justifier de trois années d'exercice infirmier avant de pouvoir exercer en tant que IPA. Cette contrainte peut être perçue comme un gage de compétence acquise par l'expérience. Pour que la compétence engendre de la légitimité il va falloir qu'elle

soit démontrée par des indicateurs de qualités qui à ce jour ne sont pas encore créés de manière spécifiques pour les IPA, cependant la reconnaissance des patients va être une source primordiale pour accroître la légitimité des IPA. Cette légitimité peut être assimilée à la légitimité charismatique développée par Max Weber. On peut donc considérer que cette légitimité serait donc plus personnelle.

Bien que la reconnaissance et la légitimité peuvent avoir des sources très variés, l'une de ces sources principales semblent être la reconnaissance par la compétence. L'IPA doit puiser sa légitimité dans la mise en avant de ses compétences, ces dernières sont acquises par l'apprentissage mais aussi par l'expérience. Cette conception de la compétence se retrouve dans notre situation de départ où la jeune professionnelle m'a qualifié "d'infirmier expert". C'est à cette notion d'expert que nous allons nous intéresser.

4. Concept d'expert

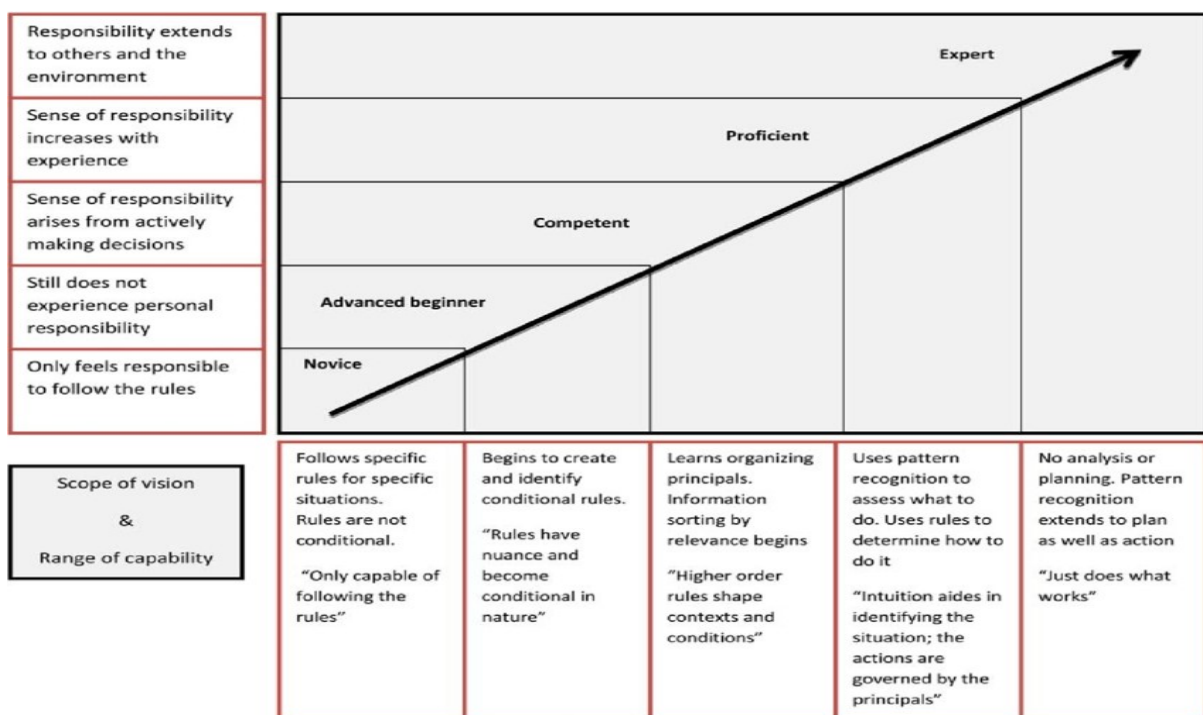
"Il ne suffit pas d'apprendre à l'homme une spécialité. Car il devient ainsi une machine utilisable mais non une personnalité. Il importe qu'il acquière un sentiment, un sens pratique de ce qui vaut la peine d'être entrepris, de ce qui est beau, de ce qui est moralement droit."

Albert Einstein

A. La notion d'expert au sens commun :

Pour commencer, il me semble important de définir le mot au sens large. La définition d'un expert donnée par le Petit Robert "*Personne choisie pour ses connaissances éprouvées et chargée de faire des examens, constatations ou appréciations de fait*" ce même dictionnaire précise une définition de l'adjectif expert : "*Qui a acquis une grande habileté par l'expérience, par la pratique.*". Nous pouvons ressortir de ces définitions deux notions importantes. La première étant la notion de connaissances éprouvées, cela renvoi à l'origine latine : *expertus* qui signifie éprouvé. Il faut comprendre ici que l'expert a pu confronter ses connaissances à la pratique et en tirer une expérience. Ce qui fait écho à la notion de "grande habileté (acquise) par l'expérience et la pratique". On peut donc considérer que l'expert n'a pas seulement des connaissances théoriques importantes mais aussi une grande expérience qui permet une perception pointue des situations qu'il a en charge. Au XIV^{ème} siècle, nous voyons apparaître la notion d'expertise. Cette dernière est principalement utilisée lors de désaccords, ainsi il est

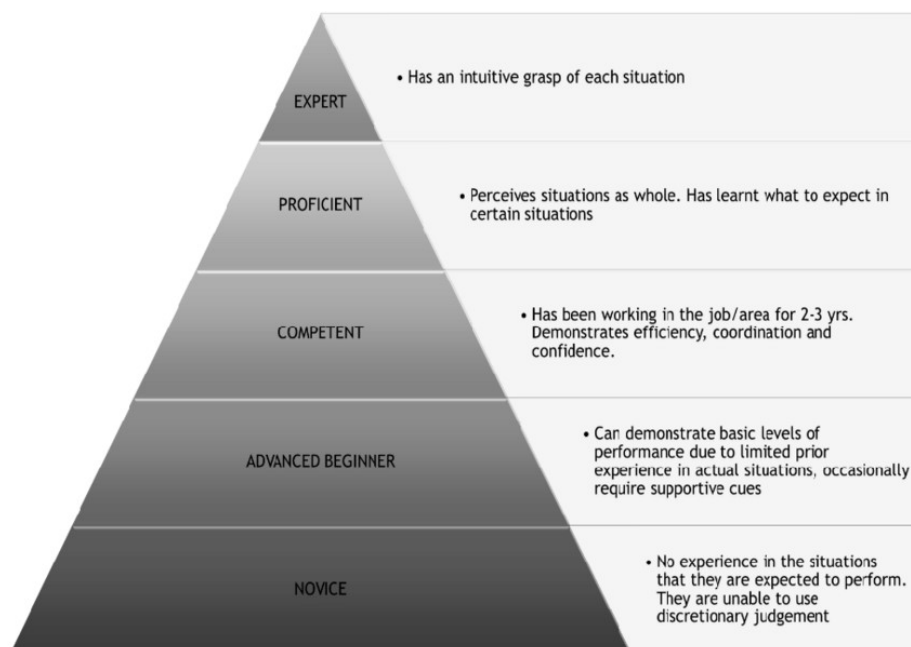
attendu des experts d'avoir un avis basé sur des compétences techniques pointues. C'est finalement au XVIII^{ème} siècle que l'on voit apparaître des experts dans des domaines techniques particuliers tels que l'économie, les mathématiques et l'administration. L'essor des experts n'a jamais cessé de croître depuis. Ainsi au XX^{ème} siècle, nous avons vu un bon nombre d'experts naître dans des champs de compétences très variés : expert-judiciaire, expert-comptable, expert en assurance, expert médico-légale, psychiatre expert... Devant l'expansion de la notion d'expert, de nombreux chercheurs se sont intéressés à la question de "comment devient-on expert ?". C'est dans ce contexte que les travaux des frères Dreyfus (Hubert philosophe et Stuart mathématicien) ont eu une importance non négligeable. Partant d'une étude qu'ils ont menée sur le travail des pilotes de l'armée américaine "*A five-stage model of the mental activities involved in directed skill acquisition*", ils ont réussi à établir un modèle d'acquisition des compétences dans leur livre "*Mind over machine*". Il est ressorti de cet ouvrage cinq stades de compétences : novice, débutant, compétent, capable et expert.



Ces stades ont permis de poser une base de travail pour de nombreux chercheurs, parmi eux Patricia Benner, infirmière théoricienne qui s'est inspiré des travaux des frères Dreyfus pour appliquer les cinq stades du développement aux infirmières.

B. De novice à expert : l'évolution des compétences infirmières :

Dans les années 1980, Patricia Benner publie *“From Novice to Expert”* qui aujourd’hui encore est reconnu comme le modèle d’acquisition des compétences en soins infirmiers. Il est important de préciser que *“L'utilité du concept d'acquisition de compétences réside dans le fait qu'il aide l'enseignant à comprendre comment aider l'apprenant à passer au niveau suivant”*¹⁶. P. Benner affirme d’ailleurs que le but de son travail n’est pas de régir ou de codifier pour les appliquer à la fonction des infirmiers : *« Une telle chose serait malvenue parce que l’expertise ne peut être engoncée dans des lois ou des modèles. [...]. Il est impossible de codifier l’expertise dans la mesure où elle est spécifique d’une situation donnée qui nécessite une interprétation claire et immédiate des événements, sinon il y a risque de dérapage. »*. Elle a introduit le concept selon lequel les infirmières expertes acquièrent des compétences et une compréhension des soins au fil du temps grâce à une solide formation et à une multitude d’expériences. L’expérience vient s’ajouter aux savoirs théoriques mais ces derniers ne sont plus la seule source de compétence. Selon elle l’expérience en milieu d’exercice permet d’élargir ses compétences de manière à proposer des réponses plus adaptées et plus holistiques lors des prises en charge des patients. Les cinq stades de compétence sont plus détaillés et mis en lien avec la pratique infirmière. On les retrouve synthétisés sur ce schéma et ils vont être détaillés.



¹⁶ McClure, 2005, traduction libre

Le Novice :

Les novices n'ont aucune expérience. Il est souvent acquis que l'on parle ici des étudiants en soins infirmiers. Souvent, afin de les former, on les confronte à des situations théoriques ou alors on décrit les situations avec des éléments factuels facilement identifiables. C'est pourquoi la gestion de paramètres quantifiables (ex: les paramètres vitaux) représente la majeure partie de leur clinique. L'enseignement des règles des bonnes pratiques est important, cependant il s'effectue principalement d'un point de vue théorique et en dehors du contexte de soins. Les actes et comportements des novices sont parfois perçus comme restreints, rigides ou inadaptés.

Le Débutant :

Les débutants ont une expérience pratique qui leur permet de relever les éléments significatifs récurrents de la situation. On considère qu'ils peuvent faire preuve d'une performance marginalement acceptable. Le regard d'une infirmière expérimentée leur est toujours nécessaires pour continuer d'intégrer les connaissances pratiques mais aussi pour établir des priorités. Même si l'infirmier débutant est en capacité de faire ressortir les grands principes qui déterminent ses actions, il est encore incapable de hiérarchiser les caractéristiques constructives de ces principes. Il est considéré qu'un infirmier est débutant jusqu'à deux ans après son arrivée dans un service.

Le Compétent :

Souvent l'infirmier est considéré comme compétent après 2 ou 3 ans dans le même service. Le stade de compétent est considéré comme l'un des plus importants car l'infirmier doit commencer à être en capacité de déterminer quels éléments et attributs doivent être importants ou non. À ce stade l'infirmier peut concevoir des plans de soins et commence à être conscient des objectifs à court, moyen et long terme de la prise en charge du patient. Ceci est lié au perfectionnement de son analyse consciente des problèmes. L'infirmier se sent capable de faire face à des situations imprévues. Même si le compétent n'a pas encore la vitesse et la flexibilité d'un performant, il développe le sentiment de maîtriser son travail.

Le Performant :

Au bout de trois à cinq d'exercice dans le même domaine, l'infirmier est perçu comme performant dans son service. *"L'infirmière possède une compréhension profonde des situations telles qu'elles se produisent, moins de planification consciente est nécessaire, la pensée critique et les compétences de prise de décision se sont développées"* (Frisch, 2009, traduction

libre). L'infirmier performant a acquis par l'expérience la faculté à anticiper les risques liés à différentes situations et donc il prévoit quels aménagements il doit prévoir le cas échéant. Durant cette étape, l'infirmier commence à développer des principes de travail qui le guident dans ses actes au quotidien. A ce stade, l'infirmier est capable de déceler un changement dans l'état de santé d'un patient avant que les données des paramètres vitaux ne soient exploitées, cette compétence est souvent nommée "le signal d'alarme précoce".

L'Expert :

Ce stade étant le dernier, il survient généralement après cinq ans d'exercice dans le même domaine. (Il est important de noter qu'un infirmier expert qui changent de domaine peut avancer de manière plus rapide dans les cinq stades). L'infirmier expert s'appuie sur des connaissances théoriques, une analyse et des principes pour comprendre une situation et mettre en œuvre une action adaptée. Cette compréhension des situations est, pour l'infirmier expert, intuitive. Il est en capacité à faire face à une multitude de situations sans que des données ou des solutions moins adéquates n'interfèrent dans sa prise de décision. L'expert est reconnu pour sa capacité d'adaptation et son haut degré de compétences. La faculté à percevoir une situation dans sa globalité représente une nouvelle compétence pour l'infirmier expert.

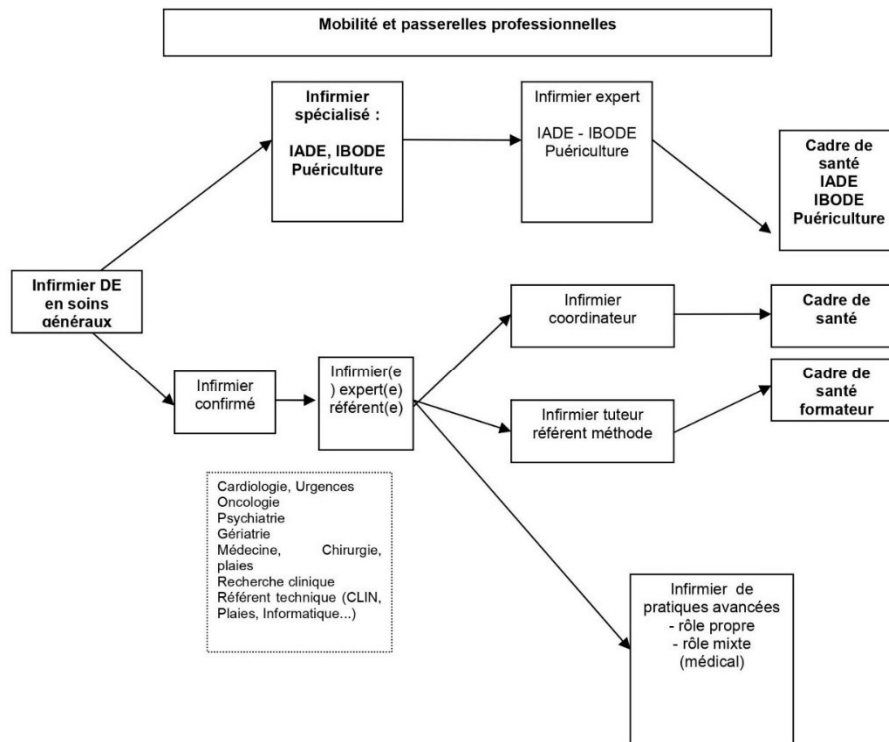
Beaucoup des compétences attendues par les IPA sont retrouvées dans la description de l'infirmier expert.

C. D'expert à infirmier de pratique avancée :

Le lien entre un IPA et un infirmier expert est une corrélation qui est souvent retrouvée. De nombreux auteurs, pour décrire l'IPA, parlent "d'infirmier expert" ou de l'expertise de l'IPA. En 2002, le conseil international des infirmiers a défini l'infirmière de pratique avancée par : *« ...est une infirmière diplômée certifiée qui a acquis la base de connaissance d'un expert, la capacité à prendre des décisions complexes et à démontrer des compétences cliniques adéquates pour la pratique avancée, pratique qui est déterminée par le contexte dans lequel elle exerce. Un Master est recommandé pour entrer dans la profession »*. Par cette définition, on comprend que l'IPA est une infirmière avec les connaissances d'un niveau expert. D'ailleurs, lors de plusieurs études ou rapports, cette relation est mise en avant. Par exemple, en 2007 Yvons Berland écrit un rapport qui a pour but d'apporter une réflexion sur l'évolution des pratiques en faisant un état des lieux des formations et des perspectives d'avenir.

Concernant l'infirmier expert, il regrette que la seule évolution possible se passe par des fonctions d'encadrement. Il propose à cette époque de se baser sur les expériences internationales et de créer le métier d'infirmier de pratique avancée afin de permettre aux infirmiers experts de continuer leur évolution professionnelle. Il illustre ces propos dans le schéma suivant :

Figure 1 : Les parcours professionnels des infirmiers



Plus récemment, lors d'une étude suisse¹⁷ un panel d'enseignants en soins infirmiers ont été interrogés sur leur perception des compétences requises pour caractériser la pratique infirmière avancée. Puis ensuite, il a été demandé à un panel d'expert de se prononcer sur l'importance de chacune des compétences attendues pour l'IPA. Encore une fois, un lien très fort a été fait avec l'expertise clinique. L'item "*L'infirmière de pratique avancée est capable de raisonnement expert et d'habiletés cliniques performantes*" a recueilli 97% d'importance selon les experts. Enfin, il n'est pas anodin de noter que bien que la formation au Diplôme d'état de pratique avancée soit ouvert aux formations initiales, il est demandé d'avoir trois années d'expérience pour exercer en tant que IPA. Cette contrainte peut être perçue comme une

¹⁷ Diane Morin, Anne-Sylvie Ramelet, Maya Shaha, Vision suisse romande de la pratique infirmière avancée Dans Recherche en soins infirmiers 2013/4 (N° 115), pages 49 à 58

volonté d'avoir au minima des infirmiers compétents au poste de IPA. De plus, comme il y a plus de demande de formation que places ouvertes les universités vont sélectionner les infirmiers avec le plus d'expérience. Cela a été confirmé par Elodie Montaigne, référente filière master IPA au CHU de Rennes, pour Actus soins *“Pour la sélection, nous prenons donc en compte l'ancienneté et l'expérience dans la profession infirmière. On regarde aussi si les candidats ont suivi des Diplômes universitaires, mené des projets professionnels”*. Dans le même article, ce point de vue est partagé par F. Ambrosino: *“Cela semble logique. On ne peut pas exercer en qualité d'IPA avec de telles responsabilités si on n'a pas un solide parcours infirmier”*. Cela permet de confirmer que la pratique avancée aujourd'hui s'adresse à des infirmiers experts.

II. Méthode :

Cette première partie de mon mémoire m'a permis d'explorer de nombreux concepts qui vont être inhérents à l'implantation des IPA dans les équipes pluridisciplinaires. Le métier d'IPA est un métier nouveau et certains concepts semblent avoir une place importante dans le développement de métier. Tous d'abord j'ai décidé d'aborder le concept de leadership qui me semblait être une compétence centrale du métier d'IPA. Initialement ma réflexion était que le leadership clinique allait représenter un levier important dans l'implantation de l'IPA au sein d'une équipe pluridisciplinaire. Mes recherches m'ont fait prendre conscience que la mise en place du leadership allait devoir faire face à certains freins. L'exploration de ces freins m'a fait prendre conscience que ces derniers étaient construits sur des représentations du métier d'IPA. L'exploration du concept de représentation a mis en évidence des représentations très hétérogènes concernant les IPA. Parfois perçus négativement du fait de leurs places jugées comme “intermédiaire” entre les médecins et infirmiers, les IPA jouissent aussi de représentations plus positives et génèrent des attentes auprès des acteurs du soin. Mes recherches m'ont fait prendre conscience que le caractère disparate dans les représentations des IPA est essentiellement lié au fait que le métier d'IPA est encore peu connu. A mon sens, les IPA vont devoir se créer une identité professionnelle afin de permettre des représentations positives de leur métier. Cette identité professionnelle va tout d'abord se créer sur une base commune à tous les IPA et s'affiner vers une identité professionnelle plus individuelle pour chaque IPA. L'investigation du concept d'identité professionnelle m'a fait prendre conscience que le développement d'une identité professionnelle affirmée favoriserait la reconnaissance du

métier. Ainsi je me suis attardé à parcourir les concepts de reconnaissance et de légitimité. Cette recherche m'a permis de comprendre que ces deux notions avaient des origines très diverses. Cependant une source de reconnaissance et de légitimité m'a semblait plus importante que les autres, en effet la notion de compétence. La compétence des IPA est acquises par la formation autant que par l'expérience. Cette vision me renvoyant directement à l'une de mes situations de départ durant laquelle une jeune professionnelle avait mis en avant la thématique "d'infirmier expert". L'expertise a été un sujet qui m'a permis de comprendre que cette notion était perçue comme une compétence primordiale, que ce soit dans les représentations des équipes soignantes mais aussi dans la conception légale du métier qui impose un minimum de trois d'exercice pour pouvoir exercer en tant qu'IPA. La nouveauté que représente le métier d'IPA fait que tous ces concepts me semblent important dans l'implantation de l'IPA. L'identité professionnelle, les représentations, les principes de reconnaissance et de légitimité sont des concepts dont l'importance est majorée par la nouveauté que représente la pratique avancée. Ces concepts sont toujours en cours d'affirmation voir de création et cette première partie a permis de faire naître plusieurs questionnements concernant les leviers à l'implantation. Il apparait que le leadership clinique mobilise plusieurs concepts et met en jeu de nouvelles relations interprofessionnelles. De telle sorte ma question de recherche vise à traiter ce sujet se formule ainsi :

En quoi, le leadership clinique favorise-t-il l'implantation de l'IPA auprès des soignants ?

Pour tenter de répondre à cette question nous allons émettre deux hypothèses :

- Hypothèse 1 : Le leadership clinique de l'IPA permet de démontrer son expertise clinique favorisant sa légitimité auprès des soignants.
- Hypothèse 2 : l'implantation de l'IPA est liée à la reconnaissance de son leadership clinique.

1.Choix de la méthode :

J'ai décidé de mener une recherche qualitative par l'intermédiaire d'entretiens semi-directifs. Le choix de la recherche qualitative s'est fait pour moi naturellement, l'objectif de ma recherche est de faire ressortir des concepts, des processus et des dynamiques. En ce sens, c'est selon moi la méthodes qualitative qui est la plus adaptée afin de respecter ma volonté de faire

ressortir des concepts et des perceptions différentes. La définition de Mays et Pope¹⁸, en 1995, m'a conforté dans ce choix : « *Le but de la recherche qualitative est de développer des concepts qui nous aident à comprendre les phénomènes sociaux dans des contextes naturels (plutôt qu'expérimentaux), en mettant l'accent sur les significations, les expériences et les points de vue de tous les participants.* ». Cette définition met en avant la notion de concepts, d'étude des phénomènes sociaux et réaffirme aussi la possibilité de faire ressortir une diversité dans les points de vue. Tous ces éléments incarnent ce que je souhaite appréhender et questionner.

De plus la recherche qualitative avait à mon sens l'avantage d'apporter des éléments variés de qualités, comme nous le rappelle Laurence Kohn (Docteur en Sciences de la Santé publique, expert en analyse sociologique au Centre fédéral d'expertise des soins de santé) et Wendy Christiaens (Docteur en sociologie) : « *Les avantages d'une collecte de données qualitatives bien menée résident précisément dans la richesse des données collectées et la compréhension plus en profondeur du problème étudié. Elles visent non seulement à décrire, mais aussi à aider à obtenir des explications plus significatives sur un phénomène* »¹⁹. Au travers de cette définition il nous est possible de comprendre que l'étude qualitative est totalement adaptée à l'étude d'un phénomène. Dans le cas de notre étude le but est de comprendre les interactions entre les concepts du leadership de l'expertise et de la reconnaissance.

L'option choisie de mener des entretiens semi-directifs me permettra de ne pas avoir une influence sur les réponses des personnes interviewées et de tester si les concepts qui ont émanés de mes recherches conceptuelles sont cités lors des entretiens. Comme l'affirme Laurence Kohn et Wendy Christiaens « *L'utilisation d'un tel procédé dans le contexte de la recherche en soins de santé est justifié lorsque l'objectif est d'identifier les points de vue, les croyances, les attitudes, l'expérience de patients, praticiens, divers intervenants, etc* ». Cette explication correspond aux motivations qui m'ont poussé à choisir ce type d'entretien. Ce type d'entretien offrait la possibilité de voir émerger ou prédominer certains concepts selon les personnes interrogées. En accord avec ma directrice de mémoire, j'ai décidé de m'appuyer sur une grille d'entretien courte (Annexe II).

¹⁸ N.Mays & C.Pope (1995), « Qualitative Research: Rigour and qualitative research », BMJ, 311(6997), pp. 109-112

¹⁹ Laurence Kohn, Wendy Christiaens, Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances, Reflets et perspectives de la vie économique 2014/4 (Tome LIII), pages 67 à 82

J'ai décidé de mener ces entretiens par visio-conférence. Ce choix n'était pas mon choix initial cependant afin de pouvoir questionner des IPA et à la vue du peu de professionnels proches géographiquement j'ai décidé de consentir à ce changement plutôt que de renoncer à enquêter au près d'IPA. De ce fait et pour avoir une cohérence dans mes entretiens j'ai donc décidé de mener l'ensemble par visio-conférence. Ces entretiens ont tous étaient enregistrés afin de me permettre de réaliser leur retranscription avec plus de facilité.

2.Choix des personnes interviewées

J'ai décidé de mener les entretiens auprès de différents corps de métier. Ce choix se justifie par ma volonté de déterminer si les concepts sont partagés par les différents corps de métier. De plus je pense que les perceptions des différents freins ou bénéfices de la mise en place du leadership par l'IPA peuvent être très différentes selon les corps de métier. Cependant les métiers choisis devaient être en lien avec la fonction d'IPA. Bien que l'IPA va avoir une activité auprès de toute une équipe pluridisciplinaire, l'études des concepts nous a montré que des liens avec certains corps de métier étaient prédominants.

- Les infirmiers, le leadership clinique de l'IPA s'adresse essentiellement à eux, leurs perceptions de la problématique vont être importante. D'autant que bon nombre d'études travaillant sur les représentations des IPA se penche sur le regard des infirmiers.
- Deuxième corps de métier à être questionné sera les infirmiers de pratique avancée. La possibilité d'avoir la vision des IPA sur ma problématique me semblait incontournable. Le savoir expérientiel des IPA déjà actifs pourrait apporter beaucoup de relief à mon étude. Avoir un retour d'expérience des acteurs principaux de mon sujet d'étude représente la possibilité de regarder avec du recul mon questionnement.
- Dernier corps de métier à contribuer à mes travaux de recherches vont être les médecins. Le lien étroit qui lie les IPA et le corps médical est indiscutable tant le travail de l'IPA va en partie s'inscrire dans la collaboration avec les médecins. De plus mon expérience professionnelle m'a permis de constater que parfois le leadership clinique était fait par les médecins. Même s'ils ne représentent pas une forme d'autorité hiérarchique, les médecins participent largement aux réflexions sur l'organisation des soins et peuvent s'avérer être un soutien dans l'implantation de l'IPA. Enfin le fait d'interroger les

médecins va apporter un regard différent car ce regard ne va pas être fait selon le paradigme infirmier contrairement aux deux premiers corps de métier.

J'ai décidé de chercher des interlocuteurs avec lesquels je ne travaille pas afin qu'ils ne soient pas influencés par ma propre perception du leadership ou de l'IPA. Afin d'avoir un panel varié cette étude est donc aussi multicentrique. Mon choix a été de ne pas effectuer de pré-sélection des personnes interviewées et de proposer à un panel très large la possibilité de répondre à mes questions. Le mode de sélection s'est fait par l'intermédiaire d'un réseau régulièrement utilisé pour la recherche de professionnels soignants, dans le cadre de la recherche ou des mémoires de fin d'études. Ensuite chaque professionnel volontaire me contacte pour me signifier sa volonté de répondre à mon questionnaire. La sélection s'est donc faite par ordre chronologique des réponses, tout en respectant un équilibre entre les différents corps de métier. J'ai décidé de ne pas choisir les spécialités de mes interlocuteurs ni de trier leur mode d'exercice.

Concernant le nombre de professionnels interviewés le choix a été de se limiter à six entretiens. Cette limite a été choisie par nécessité dans le but de réussir une analyse de qualité dans le temps qu'il m'était imparti. Le risque de prendre plus de professionnel aurait été de voir apparaître de nombreux concepts différents, ce risque est d'autant plus important que je ne sélectionnais pas les modes d'exercices ni les spécialités. Le chiffre se devait d'être un multiple de trois pour respecter la parité ainsi les deux premiers IDE, les deux premiers IPA et les deux premiers médecins à avoir répondu favorablement ont été recontactés.

Le mode de sélection des professionnels peut représenter une limite car même si la thématique de mon étude n'était pas indiquée, les professionnels pouvaient savoir que mon étude avait lieu dans le cadre d'un travail de recherche en vue du diplôme d'Etat d'infirmier de pratique avancée. En conséquence il se peut que les professionnels m'ayant répondu soient des professionnels eux-mêmes intéressés par les questionnements autour de la pratique avancée.

Concernant la méthodologie de l'analyse, une analyse croisée des entretiens sera faite dans le but de mettre en lien les apports conceptuels développés dans ma première partie et les éléments apportés par les entretiens.

La finalité de cette méthodologie d'analyse étant de confronter mes hypothèses à la réalité pratique que représente mes entretiens.

III. Analyse des résultats :

1. Analyse hypothèse 1 :

Pour initier mon analyse et vérifier la validité de mon hypothèse je vais tenter dans un premier temps de voir la place donnée au leadership durant les entretiens. Le mot leadership est cité en tant que tel lors quatre entretiens, pour l'un des médecins il semble limpide que *“l'IPA a un leadership clinique”* tandis qu'un IPA nomme le leadership dans les compétences *“à mettre en avant”*. Concernant les 2 soignants ne nommant pas le leadership on retrouve un IPA qui n'utilise pas le mot leadership mais parle de leader ou encore de manager, de même l'un des médecins utilise un champ lexical proche *“management...mais dans le soins”* et parle d'accompagnement des équipes.

Il semble de bon sens de s'arrêter sur une définition à donner au fait de manager : *“Personne assumant des fonctions de responsabilité au sein d'un parti, d'une association politique, économique ou culturelle”*(CNRTL). La notion de manager est souvent utilisée dans le monde professionnel pour désigner une personne qui a pour objectif de gérer une équipe et de veiller à la bonne organisation du travail. En santé cet élément est plus régulièrement associé au cadre de santé mais on parle de leadership managériale contrairement aux entretiens où les personnes interrogées rajoutent la notion de clinique pour marquer une différence et de ce fait se rapproché du leadership clinique. Cette nuance est clairement perçue par le corps médical allant jusqu'à affirmer que l'IPA a un leadership clinique qui est *“très différent du cadre de santé qui lui a un leadership managérial”*.

Cette vérification de la présence du leadership dans les représentations par les soignants du métier d'IPA nous permet de comprendre que bien que jugée comme novatrice la compétence de leadership est retrouvée dans tous les entretiens. Il est intéressant de pouvoir constater que les soignants ont assimilé cette compétence comme appartenant aux prérogatives de l'IPA. En allant plus loin, l'analyse des entretiens permet de mettre en évidence que le leadership trouve une place importante dans les compétences de l'IPA principalement citées au même titre que l'expertise, la prescription thérapeutique, la recherche. Le leadership est plus souvent abordé que des compétences d'éducation thérapeutique ou de prévention. Cela permet d'appuyer la citation de F. D'Ambrosino utilisé lors de ma première partie à savoir que le leadership est *“Une des compétences principales attendue des IPADE, et sur laquelle tous les grands standards internationaux insistent,”*.

Même si le leadership est nommé, directement ou indirectement par l'ensemble des personnes interrogées, les représentations qui entourent ce concept sont différentes selon les personnes. L'IPA et l'infirmière ayant un exercice libéral sont eux dans l'expression d'un leadership à l'échelle du parcours de soins "*un manager de parcours de soins*" selon l'IPA et "*un rôle de lien avec les autres intervenants*". Ces activités ne sont pas spontanément associées à l'expression du leadership cependant si on reprend la liste des 7 activités clés du leadership clinique selon Elliott et al. (2012), ces activités de coordinations sont rattachées au leadership par l'item numéro un : "*Guide et coordonne les activités des équipes multidisciplinaires*". Le mode d'exercice en libéral peut apporter une explication à cette vision qu'ils partagent. En libéral, hormis avec le médecin traitant, le lien avec les autres professionnels se fait principalement dans un but de coordination des parcours, de plus l'activité libérale et une activité plus "solitaire" et on perçoit que la projection dans un exercice en équipe y est différente.

La vision du leadership la plus répandue chez les soignants questionnés et celle d'une personne qui aiderait les équipes infirmières par le biais de formation. Un IDE explique que pour lui l'IPA doit avoir "*des capacités à transmettre*" tandis qu'un médecin parle d'apports sur des "*des aspects théoriques*". Un IPA partage son quotidien et explique mettre déjà cela en œuvre auprès des équipes avec qui elles travaillent "*j'ai fait des petites formations ...demandées par des infirmières du service*". En faisant une nouvelle fois le parallèle avec le cadre conceptuel et les activités développées par Elliott et al. (2012) cette vision correspond au point numéro cinq des activités du leadership à savoir : "*Introduit des changements à la pratique clinique : éducation de l'équipe multidisciplinaire*". Les deux médecins et une IDE partagent la perception que le leadership se conjuguerait avec le développement des nouvelles pratiques, l'un des médecins en parle comme d'un "*soutien aux équipes dans la nouveauté*" pendant qu'IDE parle de compétences plus récentes. Cet aspect du leadership est retrouvé sur les 4 plans déclinant le leadership selon Hamric. Ainsi je l'avais abordé dans mon cadre conceptuel et correspond au leadership : "*Sur un plan professionnel : l'IPA peut être ressource dans la démarche qualité mais aussi auprès des équipes dans la création ou l'information de nouvelles pratiques professionnelles.*" Dernière perception du leadership, retrouvé uniquement chez deux interviewés sur six (un médecin et un IDE), est l'importance de l'IPA dans l'accompagnement de cas complexes. Cet aspect du leadership me semble particulièrement intéressant car il mobilise la notion d'expertise clinique. C'est d'ailleurs ainsi que Hamric décrit ce versant du leadership : "*Sur un plan clinique : De par sa formation, l'IPA développe*

une expertise clinique dans sa mention. Il peut ainsi aider les équipes sur des situations complexes ...". Pour l'un des médecins l'IPA peut exercer son leadership en étant "*au soutien des équipes dans la nouveauté ou la complexité*", cette perception est partagée par un IDE qui affirme que l'IPA aura pour rôle de "*travailler à aider à régler des problèmes complexes*". Les approches du leadership d'un point de vue systémique et des politiques de santé n'ont pas du tout été abordées par les personnes sondées. Il est possible de comprendre de cela que ces applications du leadership ne sont pas dans les priorités à court terme des IPA mais surtout il faut comprendre que pour développer du leadership à ces niveaux décisionnels et consultatifs il faut avoir une légitimité et une reconnaissance dont ne jouissent pas encore les IPA du fait de la nouveauté qu'ils représentent. Ce caractère nouveau a été mis en avant par tous les soignants hormis les IPA. Cette nouveauté représente pour les médecins et IDE un frein ou un obstacle à l'implantation des IPA "*il y a un espèce de flottement comme ça ... avec l'arrivée d'un nouveau métier*". Il est intéressant de se demander pourquoi le caractère nouveau de la pratique avancée n'est pas mis en avant par les IPA. Selon moi, cette diminution du sentiment de nouveauté chez les professionnels en poste peut s'expliquer par le fait que le parcours pour devenir IPA s'étale sur plusieurs années. En effet, en plus des 2 années de formation, parfois une année est nécessaire à l'élaboration du projet et la validation par l'employeur ou les ARS. Tous ces composantes peuvent justifier la diminution de la perception du caractère nouveau de la pratique avancée.

Le concept de leadership a été largement partagé par tous les professionnels interviewés. Cette notion représente à la vue des entretiens une compétence importante. Elle peut s'exprimer de bien des façons par la formation des professionnels, le développement des nouvelles pratiques, une appuie dans les situations complexes et par la mise en avant des compétences théoriques et de son expertise clinique.

Ainsi il a été mis en avant que l'IPA pour exercer son leadership devaient apporter des savoirs théoriques. Cette vision renvoie directement à un autre concept qui a été évoqué par tous les soignants questionnés à savoir le concept d'expert. Le mot expert n'apparaît qu'une fois par le biais d'une IDE décrivant l'IPA comme un professionnel qui doit "*être expert dans ...dans son domaine*". La notion d'expertise elle aussi n'est nommée qu'à une reprise par un IPA qui juge que la pratique avancée requiert "*une expertise*". Sans le nommer trois autres soignants ont évoqué le concept d'expert. Un IDE parle "*d'infirmières expérimentées avec un regard très précis*" pour décrire les IPA, cette vision est partagée par l'un des médecins qui voit les IPA comme ayant "*des compétences cliniques, un regard plus pointu...*". Cette corrélation entre la

notion d'expert, l'expériences et le développement des connaissances théoriques rejoint parfaitement la description de Patricia Benner sur le sujet qui a été abordé dans le cadre théorique. Dans cette description on retrouve l'idée que l'infirmière experte a une expérience importante (plus de 5ans) et possède de grandes connaissances théoriques. La nécessité d'avoir une expérience se retrouve chez nos deux professionnels exerçant en libérale, mettant que pour eux la pratique avancée n'était pas applicable sans expérience : *“j'ai toujours du mal à visualiser le fait qu'on puisse être IPA en sortant du DE” (diplôme d'état infirmier)*. Sur ce point il a été expliqué que l'exercice de la pratique avancée nécessite de justifier de trois d'expérience même si le diplôme est ouvert en formation initial. Il est bon de constater que cette notion d'expérience est mise en avant par les libéraux, cela peut s'expliquer qu'ils ont déjà été confronté à la nécessité de justifier de leur expérience pour exercer en tant qu'IDE libéral. A cela s'ajoute qu'ils ont vision concrète du travail en autonomie qui est attaché à la pratique avancée.

La description de l'infirmière experte exposé dans mon cadre conceptuel met en avant la capacité d'un infirmier expert à avoir une vision globale d'une situation de soin. Cet holisme caractéristique de l'expertise IDE se retrouve uniquement chez un médecin qui met en avant les compétences de l'IPA ayant *“une vision très globale de la prise en charge”* et une IDE qui parle d'être *“au taquet dans la vision holistique”*. De plus cette compétence est induite par la vision de l'IPA ayant un rôle de coordination des soins, vision partagée par toutes les personnes interviewées, hormis un IPA. Ce rôle induit forcément une vision holistique des prises en soin ainsi un IPA évoque cette thématique considérant l'IPA comme un *“fluidificateur et gestionnaire des parcours”*, un médecin évoquant des *“compétences dans l'accompagnement... des coordinations de parcours”*. Cette mise en exergue de la coordination plutôt que de la vision globale de la situation peut s'expliquer par le fait que la vision holistique des soignants ne représente pas une nouvelle compétence car elle est mise en avant dans les pratiques soignantes depuis plusieurs années. A l'inverse la capacité à coordonner les parcours peut représenter une innovation dans la pratique infirmière, de plus cette compétence de coordination est mise en avant dans les modèles décrivant les nouvelles compétences des IPA, par exemple le modèle des compétences de Hamric parle de *“guidance et coaching”* pour expliquer le rôle de coordination et d'accompagnement du patient dans son parcours.

Dernière attribut mis en valeur par Patricia Benner et affilié à l'expertise IDE est la capacité d'adaptation. Cette notion n'a été retrouvé que lors de deux entretiens sur les six. Une fois chez

un médecin attendant que l'IPA soit *“très adaptatif...très réactif”* et une fois par l'IDE libérale pensant l'IPA comme *“quelqu'un qui arrive à vraiment s'adapter”*.

Il est donc évident que l'IPA représente pour la totalité des professionnels un infirmier expert dans son domaine. Cette expertise implique des connaissances théoriques importantes permettant un regard pointu sur les prises en soins. La capacité à avoir une vision globale des prises en soins et des parcours renforce le caractère expert des IPA, tout comme l'obligation de justifier d'une certaine expérience pour pouvoir exercer.

En confrontant les apports théoriques du cadre conceptuel et les données recueillies par les entretiens, il est possible de mettre en avant le lien qui existe entre expertise et leadership. Ce lien se construit avec en plusieurs points :

- Les connaissances théoriques qui sont induits par l'expertise sont nécessaires à l'application d'un leadership sur un plan clinique. Il peut être mis en avant lors de formation faites à l'équipe.
- Le leadership peut s'exprimer dans un apport fait lors de situations complexes, il est par ailleurs reconnu que l'expertise permet d'appréhender les situations complexes plus aisément.
- La capacité de l'expert lui permettant d'avoir une vision globale de la situation permettant d'exercer un rôle dans la coordination des soins est nécessaire à l'exercice d'un leadership visant à coordonner les actions en équipe pluridisciplinaire.

Ce lien entre le leadership et l'expertise permet de comprendre que la mise en place d'action de leadership va permettre de mettre en avant l'expertise clinique de l'IPA. Cependant pour vérifier totalement mon hypothèse il faut vérifier que cela va avoir un impact sur la légitimité de l'IPA auprès de l'équipe soignante.

Le mot légitimité n'est cité que dans cinquante pourcents des entretiens. Un IPA parlant du ressenti de l'efficacité dans ses prises en charge qui lui permet de percevoir *“une sorte de légitimité derrière”* auprès des médecins. Un médecin lui établit directement un lien entre la légitimité et des compétences de leadership *“l'IPA il a cette légitimité-là de pouvoir...de pouvoir réaliser l'analyse de pratique, de pouvoir renforcer les compétences ... des collègues infirmiers”*, pour ce médecin l'IPA est *de facto* légitime dans l'exercice d'un leadership clinique auprès des équipes soignantes. Considérer que le fait d'être légitime du fait de son statut d'IPA est peu applicable du fait de la nouveauté du métier, pourtant cela peut représenter

une source de légitimité du fait d'un "caractère traditionnel" c'est ce qui a été mis en avant par Max Weber et expliqué dans le cadre théorique. D'après le sociologue appartenir à une entité ou une organisation lui permettrait de disposer d'une légitimité car il a été formé et accepté par ses pairs. Cette source de légitimité n'est en l'état pas applicable d'ailleurs ce même médecin reconnaît qu'il est à l'heure actuelle impossible de "*s'appuyer sur des références anciennes*" concernant les apports de la pratique avancée.

Pour l'ensemble des soignants l'IPA va devoir démontrer son apport pour acquérir une légitimité. Cette source de légitimité a été développée dans la partie théorique dans le caractère charismatique de la légitimité, toujours en reprenant le travail de Max Weber. Ce dernier considère que cette source de légitimité est plus individuelle et se nourrit par la capacité au professionnel à affirmer son savoir et ses capacités. Ces notions sont largement reprises dans la vision exposée par les personnes interrogées. Pour un médecin l'IPA doit "*pouvoir aussi démontrer l'apport*", pour l'autre médecin l'IPA va devoir prouver qu'il "*peut apporter des choses différentes*". Cette obligation de justifier de son apport est aussi partagé par les infirmiers l'un affirme qu'il faut "*prouver au médecin qu'on peut te faire confiance*" et l'autre utilise des mots différents "*je ne sais pas s'ils apportent réellement quelque choses*". A travers ces citations des infirmiers et des médecins on peut constater que la légitimité est bien individuelle mais surtout à construire. Le médecin qui considère que la légitimité de l'IPA comme étant un acquis est aussi le seul avoir pu constater le travail de l'IPA même si ce n'était pas dans son service et on peut donc supposer que son regard sur le travail de l'IPA est moins vierge et moins empreint d'un besoin de preuves.

Le besoin de développer une légitimité est donc un besoin qui fait l'unanimité chez les soignants interrogés cependant les moyens d'y arriver sont différents. Pour l'une des IDE la reconnaissance des capacités peut se faire du fait d'un passé entre l'équipe pluridisciplinaire et l'IPA. Elle met en avant qu'avoir été infirmière dans le service dans lequel on veut devenir IPA serait plus facile car "*j'aurais plus de légitimité à donner des conseils aux équipes par exemple et puis avec les médecins ils me reconnaissent et savent ce que je vaudrais*". Cette vision n'est d'ailleurs pas différente de ce qui a été développé précédemment, ici l'IDE affirme qu'elle a déjà fait ses preuves dans sa compétence et qu'elle peut bénéficier de la compétence qu'on lui reconnaît en tant qu'IDE pour trouver de la légitimité en tant que IPA et dans le leadership. Cette vision intègre la notion de compétence qui a été discutée dans le cadre théorique car très proche de la légitimité, cette compétence serait une source de légitimité importante.

Pour la moitié des professionnels la légitimité passe par démontrer ses compétences aux près des patients ainsi l'IPA considère que l'efficacité de sa prise en charge va engendrer *“une sorte de légitimité”* tandis que l'IDE affirme que l'IPA doit *“prouver au patient que tu es capable de gérer”* enfin un médecin déclare que l'IPA doit *“arriver à montrer qu'on a une plus-value très concrète dans l'accompagnement des patients”*.

On peut parler d'une source indirecte de légitimité si on se place du point de vue de l'équipe pluridisciplinaire, c'est en effet la satisfaction des patients qui va alimenter la reconnaissance des compétences de l'IPA et étoffer sa légitimité. Ces idées rejoignent la pensée d'un médecin qui pense que *“la légitimité du métier c'est aussi de pouvoir mettre en pratique”*.

Nous avons mis en avant que l'expertise et leadership était, entre autres, basés sur les connaissances de l'IPA. Seul un médecin fait un parallèle entre la légitimité et les connaissances assurant que les IPA devaient *“montrer qu'ils ont des connaissances”*. Si seul un médecin parle de connaissances en revanche deux soignants font un parallèle entre la légitimité et l'impact de l'IPA sur l'équipe pluridisciplinaire, une IDE affirme que les IPA vont devoir passer du temps auprès des équipes pour montrer qu'ils *“apportent réellement quelque chose aux patients et à l'équipe”* cette avis est partagé par un médecin qui déclare que l'IPA doit *“arriver à montrer qu'on a une plus-value très concrète..., dans la vie de l'équipe”*.

- De cette analyse on peut dégager que la légitimité de l'IPA est à créer, que l'IPA ne peut bénéficier d'une légitimité basée uniquement sur son métier. Cela soulève la question de la reconnaissance de la fonction d'IPA à l'heure actuelle en France. Les professionnels de terrain ont fait ressortir plusieurs sources de légitimité que l'IPA va devoir utiliser. La mise en avant des connaissances : Les connaissances nous l'avons expliqué font partis de attributs principaux de l'expertise de l'IPA sur ce point il est évident que l'une des compétences mettant le plus en avant les connaissances et l'expertise de l'IPA est le leadership.
- La reconnaissance d'une plus-value apportée à l'équipe. Il apparait qu'encore une fois le leadership semble être le support idéal pour mettre en avant l'impact positif de l'IPA sur les pratiques de l'équipe pluridisciplinaires. De plus nous avons vu dans le cadre conceptuel que pour Chavez & Yoder le leadership entretien et développe, pour le leader, la crédibilité auprès des équipes par l'aboutissement d'objectifs cliniques collectifs

- La légitimité acquise par la pratique directe auprès des patients. La reconnaissance des patients de la qualité et de l'efficacité du travail des IPA semblent être le premier vecteur de légitimité pour l'IPA. Cette légitimité n'est pas éloignée de la conception du leadership de Mathieu L. et al. Basée sur une étude de Sherman et al. en 2007 qui met en avant la pratique clinique exemplaire comme une compétence favorisant le développement du leadership.

Pour conclure il me semble pouvoir affirmer que mon hypothèse est vérifiée. En effet cette analyse a permis de démontrer que le leadership permet de mettre en avant son expertise clinique et que cette expertise va permettre de prouver sa compétence et augmenter ainsi sa légitimité auprès des soignants.

2. Analyse de l'Hypothèse 2

Pour confronter mon hypothèse aux réponses des soignants interrogés, je vais tenter de voir quels liens ont été mis en avant entre les concepts de reconnaissance, de leadership et d'implantation. L'implantation est simplement définie par le dictionnaire Larousse comme *“Action d'implanter ou de s'implanter”*, cependant lorsqu'on s'intéresse à la définition d'implanter, le CNRTL nous précise : *“Se fixer dans un lieu particulier, de manière durable”*. Cette vision de durabilité est importante et se rapproche de ma vision de l'implantation de l'IPA. Ce nouveau métier a pour but de s'installer durablement dans les organisations du soin. C'est cette notion de fixer durablement qui rend l'implantation de l'IPA intéressante.

Dans notre première analyse il a été mis en avant une relation entre le leadership et la légitimité. Si nous faisons un parallèle avec le cadre théorique, nous pouvons faire valoir un lien de dépendance entre la légitimité et la reconnaissance

Dans un premier temps, je vais m'intéresser à la perception du leadership par les soignants mais plutôt d'un point de vue des interactions qu'il peut mettre jeu. Seul un infirmier parle encore de *“charisme pour réussir à parler devant tout le monde à former”*. La notion de charisme fait écho à la définition donnée par Thomas Carlyle au début du 19ème qui attribuait le leadership aux qualités personnelles d'un individu et parmi elles, le charisme était cité.

Lors de mes six entretiens, tous les soignants ont évoqué les relations interpersonnelles que le leadership allait mobiliser. Cette vision du leadership mettant en lien des relations entre un soignant ayant du leadership et le reste des soignants a été décrite dans le cadre conceptuel. Dans ce dernier, il a mis en avant que la vision du leadership avait évolué notamment avec les travaux de Ralph Stogdill . Ainsi, la conception du leadership était passée d'une vision considérant le leadership comme un trait individuel à une vision le décrivant comme un processus d'influence sur un groupe. Un infirmier est parfaitement en accord avec cette définition affirmant que *“le leader...quelqu'un qui va accompagner les gens ...quoi, les motiver”*. Lorsque la thématique des relations que met en jeu le leadership est développée, cela met en avant plutôt la nécessité pour l'IPA de se faire une place dans l'équipe pluridisciplinaire. Quatre personnes interrogées sur six évoquent la notion de *trouver sa place*, un médecin explique qu'il *“faut pouvoir faire sa place alors que c'est un nouveau métier”*, tandis qu'une infirmière verbalise que *“ce n'est pas facile de se faire une place”*. La nécessité de trouver sa place est souvent associée avec la nouveauté que représente le métier d'IPA. Ce sujet a déjà été abordé lors de la précédente partie. Cela se ressent dans les entretiens car tous les soignants interrogés ont abordé le positionnement des IPA dans l'organisation d'un service. Ces interrogations au sein des soignants interrogés permettent de faire un parallèle avec le concept d'identité professionnelle, développé dans mon cadre conceptuel. L'identité professionnelle a été ainsi définie par C. Dubar *“Les identités professionnelles sont des manières socialement reconnues, pour les individus, de s'identifier les uns les autres, dans le champ du travail et de l'emploi”*, de cette définition nous pouvons ressortir que les identités professionnelles permettent d'établir un positionnement entre différents professionnels. Ce positionnement régit les relations entre les personnes. Durant mes entretiens, le champ lexical pour définir la position de l'IPA peut être considéré comme large ou flou. Les deux IDE parlent de positionnement *“quand-même extérieur à l'équipe”* ou de *“place un peu transversale”* tandis qu'un médecin décrit *“un positionnement un peu en retrait de l'équipe mais en même temps auprès d'elle”*. Le positionnement d'un IPA est plus tranché, il considère que pour éviter ce flou il est plus facile que les infirmiers le considèrent comme à *“un niveau médical pour en fait faciliter leur représentation”*. Ce positionnement a été un sujet largement abordé car les personnes interrogées ont bien compris que les missions de l'IPA nécessitent de créer une place. Parmi ses missions, le leadership est celle qui met le plus en avant le besoin de trouver une place dans une équipe pluridisciplinaire. Le leadership, par définition, nécessite des interactions pour exister et de ce fait il joue un rôle dans l'intégration de l'IPA au sein de l'équipe.

Il a été mis en évidence durant les entretiens que le leadership met en place un nouveau type de relation au sein de l'équipe pluridisciplinaire. Savoir si ces nouvelles interactions sont perçues comme un frein ou comme un levier à l'intégration des IPA est complexe. En effet, les réponses apportées par les soignants interrogés sont très variées.

Pour certaines personnes interrogées, le leadership va être difficile à mettre en place. Cette difficulté est expliquée par une posture difficile à prendre vis-à-vis des équipes pluridisciplinaires. Durant tous les entretiens, il a été mis en avant que le leadership allait potentiellement rencontrer des freins à sa mise en place. Ces freins sont essentiellement liés aux relations que le leadership allait mettre en jeu. Pour l'un des médecins *“cette compétence donne un équilibre difficile à trouver”* et la juge même un *“peu casse-gueule”*, pour son compère *“coacher les infirmiers ça peut être compliqué de trouver de sa place”*. Le corps médical émet des réserves considérant que l'IPA va devoir être très habile pour que le leadership ne devienne pas un élément épineux de son implantation. Ce caractère habile est lui aussi mis en avant par un IPA qui affirme que l'IPA doit *“manager ou en tout cas avoir la compréhension du fonctionnement de chacun pour trouver ta place”*. Les infirmiers interrogés vont encore plus loin dans leurs réflexions. Un infirmier émet la possibilité pour l'IPA de devoir faire face à des réticences très fortes de la part des équipes IDE *“les gens n'ont peut-être pas envie d'être chapeauté par quelqu'un d'autre...ils vont peut-être pas vouloir travailler avec la personne ou changer leur façon de ...travailler au quotidien”*. La seconde IDE abonde dans ce sens en affirmant qu'il est possible que des infirmiers se montrent opposants en affirmant *“il (l'IPA) va m'apprendre mon travail”*. Il est aisé de faire une analogie avec les freins au leadership résumés par F.Dambrosio dans mon cadre conceptuel. Le premier frein mis en avant était lié à des facteurs personnels se résumant aux difficultés de positionnement en tant que leader de l'IPA. Cette difficulté à trouver un positionnement juste a été soutenue durant les entretiens. Si on reprend l'étude menée par Elliot et al . en 2016, qui a inspiré F.Dambrosio, on peut considérer que barrières décrites au niveau de l'organisation peuvent aussi se retrouver dans le discours des soignants consultés. Il est décrit le *“manque d'autorité « légitimisée » au sein de l'organisation”*, on peut, à travers les citations, mettre en avant le fait que certains membres des équipes pluridisciplinaires pourraient ne pas octroyer une légitimité à l'IPA pour exercer son leadership ce qui représenterait un frein au leadership de l'IPA et à son implantation.

En lien avec cette problématique, un IPA nous faisait part de son expérience compliquée lors de la réalisation de formations auprès des équipes infirmières de son service. Cet IPA a raconté

que lors d'une formation sur une nouvelle pratique (ce qui correspond pleinement à une action de leadership clinique), faite au sein de son service, l'une des infirmières expérimentées du service est à plusieurs fois intervenue mettant à mal à sa position. En effet, l'IPA explique que cette IDE travaille dans le service depuis 30 ans et qu'elle aurait peu apprécié avoir une formation par une IPA plus jeune qu'elle. Ces interventions multiples durant la formation ont obligé l'IPA interrogée à effectuer des ajustements dans son intervention. Ce retour d'expérience permet de comprendre que ces temps de leadership peuvent être à double tranchant, d'ailleurs, comme nous l'avons déjà dit, l'un des médecins questionnés exprimait une idée similaire *“cette compétence (le leadership) ...met une sorte d'ambiguïté finalement un truc très positif mais en même temps un peu, passez-moi l'expression, un peu “casse-gueule”*. On voit, à travers les dires du médecin, que cette compétence peut à la fois apporter beaucoup à l'équipe et à l'IPA mais représente aussi le risque d'une perte de légitimité si cela se déroule mal. Cela renforce le caractère évolutif de la légitimité qui comme nous l'avons montré dans le cadre conceptuel est un phénomène en perpétuel construction. Cela se retrouve dans la définition de K.E . Boulding *“La légitimité n'est pas un phénomène statique, les concepts de ce qui est ou n'est pas légitime sont en mouvement constant...”*.

De plus lors des entretiens, lorsque nous évoquions les freins éventuels à l'implantation de l'IPA, les relations avec le reste de l'équipe pluridisciplinaire étaient citées cinq fois sur six. Seuls un IPA n'évoque pas ce frein potentiel. Cet IPA exerce en libéral et le travail de leadership auprès d'une équipe pluridisciplinaire semble plus éloigné de sa pratique. Par exemple, un IDE a identifié comme frein *“le manque d'envie de l'équipe à changer sa façon de travailler”*, cette affirmation permet de mettre en avant la place des “suiveurs” expliquée dans la première partie. Nous avons vu que les “suiveurs” acceptaient de participer au leadership et ce sans notion de contrainte. Le leadership ne peut pas exister sans l'existence d'une volonté commune. Si cette dernière n'existe pas, l'exercice du leadership serait impossible. On peut même considérer que dans ce cas le leadership pourrait avoir un impact délétère sur les relations interprofessionnelles. Pour l'un des médecins, l'exercice du leadership pourrait représenter un frein dans l'implantation de l'IPA car il pense que *“les cadres voient pas d'un bon œil le ...le coaching d'équipe parce qu'il y a des cadres qui font encore ça”*. On peut comprendre ici que pour le médecin, l'IPA pourrait avoir comme obstacle les relations avec les cadres qui pourraient se sentir dépossédés de leur leadership. Or, nous avons précédemment montré que le leadership des cadres et celui des IPA est différents. Pour reprendre C. Debout, le leadership des cadres est managérial alors que celui des IPA est basé

sur la clinique. Il est vrai que dans certains services, le leadership clinique a été parfois mené par les cadres ou d'autres professionnels et l'arrivée des IPA pourrait bousculer les habitudes de service. Ici cela renvoie à des notions de sociologie et c'est d'ailleurs un avis partagé par un IPA qui explique *“c'est quasiment de la sociologie comment tu es leader, comment tu trouves ta place, comment tu apportes une plus-value”*. Il aborde une nouvelle fois la notion de *plus-value* qui peut apporter une légitimité par la compétence comme nous l'avons vu dans le cadre conceptuel. Cette vision de l'impact de légitimité sur l'implantation est partagée par l'un des médecins qui pense que l'un des leviers à l'implantation de l'IPA va être de *“montrer qu'on a une plus-value très concrète...dans la vie de l'équipe.”* Enfin, ce qui est plus étonnant, c'est que l'IPA ayant eu une expérience compliquée lors d'une formation ne fait pas ressortir le travail auprès des équipes comme un frein ; même s'il évoque dans les freins une équipe peu accueillante. Nous avons donc pu remarquer que le leadership et les relations qu'il mettait en jeu pouvaient être perçu comme un frein à l'implantation de l'infirmier de pratique avancée, principalement en lien avec des résistances de l'équipe ou un manque de reconnaissance.

Cependant, la moitié des personnes interrogées évoque le leadership comme un levier à l'implantation de l'IPA. Pour un médecin, l'impact que va avoir le leadership de l'IPA va être un levier important, ainsi il affirme que *“le renforcement des compétences des infirmiers est un levier important”*. Le renforcement des compétences des infirmiers a été identifié comme l'un des résultats attendus du leadership, comme nous l'avons évoqué dans le cadre conceptuel. En effet, il a été mis en avant que l'amélioration de la qualité des soins (Bohmer, 2013) était un effet positif du leadership. Ce même médecin va plus loin en citant comme levier le fait *“d'appuyer sur les évaluations pratiques”* ou *“des aspects théoriques aussi qu'il peut apporter aux équipes”* et enfin *“sur l'évolution du métier”*. Si on fait un parallèle avec notre première partie, ces actions peuvent être associées au leadership. En effet, en se basant sur la liste des sept activités clés du leadership selon Elliott et al. (2012) on y retrouve ces actes dans les onglets :

- 3. *“Prend en charge le développement et l'implémentation des recommandations de bonnes pratique (RBP)”* : on parle de l'évolution des pratiques.
- 5. *“Introduit des changements à la pratique clinique : éducation de l'équipe multidisciplinaire”* : on peut y associer l'évaluation des pratiques

→ 6. “Joue le rôle de « parrain » et de « coach » au sein de l'équipe multidisciplinaire en pratique clinique” : les apports théoriques et la formation des professionnels peuvent être affiliés à cet item.

L'IPA ayant eu des difficultés durant ses premières formations explique que lorsqu'il a “*fait des petites formations*” qui étaient à la demande de l'équipe infirmière cela l'a aidé avec certaines IDE malgré les difficultés rencontrées avec d'autres IDE. Le besoin de créer cette reconnaissance dans la durée est mise en avant, ainsi l'IPA affirme “*cela se fait au fur et à mesure*”. La notion de reconnaissance est aussi perçue par un IDE comme un levier, il affirme ainsi qu'avoir acquis une reconnaissance lui permettrait d'avoir “*plus de légitimité à donner des conseils aux équipes*”. Par cette affirmation, l'IDE explique qu'il faut avoir une légitimité et une reconnaissance pour faciliter la mise en place de son leadership. En ce sens, le leadership nécessiterait au préalable une légitimité. C'est d'ailleurs ce que l'on peut comprendre des qualités requises pour la réussite du leadership selon Bernard Bass dans son premier critère à savoir : “*L'influence idéalisée : Le leader incarne une personne digne de confiance qui donne envie aux suiveurs de s'investir dans un projet* “. Dans ce volet, il est énoncé que le leader doit être digne de confiance et que pour cela il doit jouir d'une reconnaissance de la part des suiveurs. Mais cette reconnaissance peut être aussi acquise par la mise en place d'un leadership efficace comme nous l'avons abordé dans le cadre conceptuel. En effet Chàvez et Yoder en 2015 ont exprimé que le retentissement du leadership pour le leader était d'entretenir et développer sa crédibilité auprès des équipes. On constate là toute la complexité du leadership car il nécessite de la reconnaissance mais représente aussi une source de reconnaissance. On peut constater que le leadership est parfois mis en avant comme un levier d'implantation de l'IPA car il favorise une forme de reconnaissance. Mais aussi que cette reconnaissance est un appui à l'implantation.

On peut considérer que mon hypothèse est partiellement validée. Nous avons pu mettre en avant un lien entre la reconnaissance du leadership et l'implantation de l'IPA. Il a été possible de démontrer que la reconnaissance du leadership de l'IPA peut faciliter son intégration au sein d'une équipe pluridisciplinaire. Cependant il a aussi été démontré que le leadership met en jeu de nouvelles interactions qui peuvent représenter des freins à l'intégration de l'IPA. A ce jour, il serait donc trop simpliste de considérer mon hypothèse comme validée tant il existe des possibilités que le leadership complexifie le positionnement de l'IPA au sein de d'une équipe pluridisciplinaire au point d'être perçu comme un frein à son intégration.

IV. Discussion

Cette enquête m'a permis de tirer plusieurs enseignements.

1. Une réponse à ma question de recherche

Ma recherche appuyée par mon cadre conceptuel, m'a permis d'apporter des éléments afin de répondre à ma question de recherche. Pour rappel, ma question de recherche est la suivante : en quoi, le leadership clinique favorise-t-il l'implantation de l'IPA auprès des soignants ?

Pour tenter d'apporter des éléments de réponse à ce questionnement, nous avons étudié chacune des hypothèses individuellement.

Dans un premier temps, nous avons donc tenter de vérifier que : le leadership clinique de l'IPA permet de démontrer son expertise clinique favorisant sa légitimité auprès des soignants. Cette hypothèse a pu être validée. Les entretiens ont permis de mettre en avant que le concept de leadership n'est pas encore ancré dans le discours soignant. En effet, tous les soignants n'ont pas réussi à le nommer. Cependant, grâce au cadre conceptuel, il a été possible d'associer certaines activités citées avec du leadership. Ainsi, notre analyse a pu mettre en exergue que le leadership fait partie des compétences attendues en priorité chez l'IPA. Cette priorité se retrouve aussi dans nos recherches bibliographiques. Bien que le leadership pouvait trouver des modes d'expressions variés, nous avons pu démontrer que l'expertise clinique représentait une place centrale du leadership. Les analogies faites entre les entretiens et les recherches ont mis en avant que l'expertise clinique était une compétence mise à contribution dans bon nombre d'activités du leadership. Par la suite, nous nous sommes intéressés à l'impact du leadership et de l'expertise sur la légitimité de l'IPA. Sur ce point, notre analyse a permis d'affirmer que le leadership allait permettre de générer une légitimité de l'IPA. Cette légitimité aura diverses sources comme la reconnaissance de l'expertise clinique, la plus-value apportée à l'équipe soignante et la légitimité induite par la satisfaction des patients. Tous ces éléments nous permettent donc de valider notre première hypothèse.

La seconde hypothèse émise est que l'implantation de l'IPA est liée à la reconnaissance de son leadership clinique. Dans un premier temps, l'analyse nous a permis de mettre en avant que les soignants interrogés avaient une vision moderne du concept de leadership. En effet, il est plus considéré comme un processus mettant en jeu des relations de travail plutôt que comme un trait de caractère. Ces relations de travail représentent une nouveauté qui est à la fois citée comme un frein et à la fois comme un levier à l'implantation de l'IPA. Il a été établi que le leadership

impose à l'IPA d'adopter un nouveau positionnement. Ce dernier a été jugé comme complexe voir flou à l'heure actuelle par les soignants interrogés. Lors de la mise en place du leadership, la place de l'IPA et les relations qu'il peut avoir avec l'équipe pluridisciplinaire ont été considérées comme des freins potentiels par certains soignants. Cette vision n'est pas partagée par tous les professionnels interrogés. En effet, la moitié d'entre eux considère à l'inverse que le leadership peut être un levier dans l'implantation de l'IPA. Il a été possible de faire ressortir que, pour eux, le leadership représentait une opportunité de prouver leur plus-value et ainsi accroître la légitimité de l'IPA. Cette vision a été corroborée par le cadre théorique qui a mis en avant l'impact positif que le leadership pouvait avoir sur la légitimité du leader. Il a été impossible de valider mon hypothèse. Malgré que nous ayons mis en avant un lien entre leadership et la reconnaissance, le leadership clinique représente autant un potentiel levier qu'un risque de frein à l'implantation de l'IPA.

En conclusion, cette recherche a permis de déterminer que le leadership clinique de l'IPA était un excellent outil pour mettre en avant l'expertise clinique de l'IPA. De plus, ce leadership peut être une source importante de légitimité. Cependant, le leadership clinique met en place de nouvelles interactions qui peuvent représenter un frein à l'implantation de l'IPA.

2. L'identité professionnelle, un concept central :

Le questionnement autour de la place de l'IPA a été récurrent dans tous mes entretiens. Le positionnement de l'IPA renvoie directement au concept d'identité professionnelle. Cette dernière, avec le recul de la recherche théorique et de ma recherche qualitative, me semble être le concept central de l'implantation de l'IPA. Cette place primordiale se justifie par le fait que le métier d'IPA est nouveau et que l'identité qui va lui être attribuée est encore à construire. Cette place centrale de l'identité professionnelle dans l'implantation me semble un sujet intéressant à explorer. D'autant plus que le cadre théorique a permis de mettre en corrélation l'identité professionnelle et le concept de représentations. A ce sujet, nous avons pu voir que les représentations concernant les IPA sont particulièrement marquées et peuvent impacter la création d'une identité professionnelle.

Le modèle d'implantation pour les IPA le plus souvent mis en avant est le modèle PEPPA (*"Participatory, Evidence-based, Patient- focused process for advanced Practice nursing (APN) role development"* qui a été traduit par Florence Ambrosino par *"processus participatif, axé sur les données probantes et centré sur le patient pour le développement du rôle des infirmières en pratique avancée"* p171-172). Ce modèle a été développé par Bryant-Lukosius

et Di Censo en 2004. Ce dispositif d'implantation est finalement centré sur les besoins des patients et l'intervention de l'IPA. En se projetant sur une suite à donner à mon travail de recherche il pourrait être intéressant de discuter d'un modèle d'implantation qui serait centré sur la création d'une identité professionnelle de l'IPA. J'imagine que ce modèle pourrait venir en complément du modèle PEPPA qui lui plus basé sur l'action de l'IPA.

3. Un intérêt pour la pratique avancée :

L'un des constats que ma recherche me permet de faire est que la pratique avancée intéresse. Lorsque j'ai sollicité les professionnels de santé pour répondre à mon questionnaire, j'ai reçu de nombreuses réponses ou marques d'intérêt. Malheureusement, la plupart sont arrivées tardivement et n'ont pas permis d'étendre le nombre d'entretiens réalisés. Cela représente une limite à la qualité de ma recherche qui aurait à mon sens méritée, soit l'utilisation en plus de focus group, soit l'augmentation du nombre d'entretiens. Les professionnels ayant répondu à mes entretiens ont exprimé beaucoup d'intérêt pour la pratique avancée. Les entretiens ont duré en moyenne 25 à 35 minutes et les discussions sur des sujets parallèles à mon mémoire ont poussé nos échanges jusqu'à plus d'une heure parfois. Les IPA rencontrés se sont montrés très loquaces, ce qui témoignait d'une grande envie de partager leur expérience. Chez les médecins, j'ai senti beaucoup de bienveillance et d'envie de travailler avec des IPA. Les infirmiers ont montré beaucoup de curiosité envers la pratique avancée. Cependant, l'un des deux IDE était moins informée sur la pratique avancée ce qui a rendu son entretien moins quantitatif.

4. Le concept d'interdisciplinarité :

Les entretiens menés ont fait émerger un concept que je n'ai pas traité dans mon cadre conceptuel : le concept d'interdisciplinarité. J'ai décidé d'en dire quelques mots pour compléter mon travail de recherche.

Pour comprendre ce concept, il faut comprendre la notion de discipline. L'origine latine de discipline est *disciplina* qui signifie éducation, le dictionnaire Larousse nous donne cette définition : "*Branche de la connaissance pouvant donner matière à un enseignement*". Cette courte définition introduit la notion de connaissance, qui se retrouve très liée à la discipline dans les écrits sur le sujet. Cette connaissance est souvent perçue comme en continuelle évolution, rendant dynamique la notion de discipline. Autre notion souvent concomitante à la discipline, est la reconnaissance; reconnaissance par les pairs mais aussi par la société. Ces notions ont été développées par Maingain, Dufour et Fourez : « *La discipline scientifique est*

une approche des présupposés, des savoirs (connaissances, compétences) construits et standardisés, par une communauté scientifique qui, d'une part se reconnaît comme telle, d'autre part est reconnue comme telle, par la société »²⁰.

En partant de ces constituants, nous allons nous intéresser à trouver une définition de l'interdisciplinarité. Le préfixe inter vient du latin *inter* signifiant “ entre, exprimant la réciprocité ou l'action mutuelle (*interdépendant*), l'intervalle (*interclasse*).” (*Larousse*). La représentation de “l'action mutuelle” est une vision de l'interdisciplinarité largement partagée. Le concept d'interdisciplinarité est considéré comme récent. Il s'est particulièrement développé au milieu du 20ème siècle avec l'ouverture au monde et de fait, l'accès à un plus grand nombre de données. Parmi les auteurs s'étant intéressés à ce sujet Berger nous donne cette définition : « *L'interdisciplinarité se caractérise comme une interaction entre les disciplines qui peut aller de la simple communication des idées jusqu'à une intégration mutuelle des concepts directeurs, de l'épistémologie, de la terminologie, de la méthodologie et des procédures* ». Le concept d'interdisciplinarité résulte donc d'une volonté commune d'élaborer un système permettant à chacun de travailler ensemble et d'enrichir le travail par son propre champ de compétences. Cette ambition nécessite le développement d'un socle partagé de valeurs, concepts et langage. L'interdisciplinarité a pour but la mise en commun des compétences et connaissances de plusieurs disciplines dans le but de faciliter la résolution de problèmes complexes. A noter que l'une des sensibilités qui distingue l'interdisciplinarité de concepts voisins comme la pluridisciplinarité ou la multidisciplinarité est que l'interdisciplinarité a pour finalité d'enrichir chacune des disciplines plutôt que la “simple juxtaposition” de savoirs. Dans le milieu médical, l'interdisciplinarité s'est largement répandue avec des réunions de réflexion clinique rassemblant plusieurs disciplines. Ce concept appliqué aux soins va de pair avec le développement des situations cliniques complexes.

5. Les limites :

J'ai décidé de dédier une partie de cette discussion aux limites que j'ai pu identifier dans mon travail de recherche.

La première limite est pour moi le nombre d'entretien. Comme je l'ai déjà évoqué, les réponses tardives ne m'ont pas permis d'augmenter le nombre d'entretiens réalisés pour ma recherche. De plus, je pense que mener ma recherche en deux parties en apportant des focus group en plus

²⁰ Maingain (A), Dufour (B), Fourez (G) *Approches didactiques de l'interdisciplinarité*. Ed DeBoeck Université Bruxelles 2002, 2-1 p 28, 2-2 p 43, 2-3 p 57.)

des entretiens, aurait permis d'ajouter de la qualité et du relief à mon travail. Je pense qu'avoir plus d'entretiens permettrait de mettre en avant des similarités dans les corps de métier. Durant ma recherche, aucun concept n'a pu être assimilé avec un corps de métier en particulier.

La seconde limite a été de ne pas pouvoir mener mes entretiens en présentiel. Cela a généré chez moi de la frustration par peur de perdre en qualité, cependant la crise COVID-19 nous a permis d'être plus à l'aise avec les réunions en visioconférence et je pense ne pas avoir perdu trop en qualité d'échange avec cet outil.

La dernière limite est à mon sens l'absence de double interprétation. J'ai questionné les professionnels de santé sur un sujet nouveau à savoir la pratique avancée et je leur ai demandé de se projeter dans une implantation. Tout cela n'étant pas encore ancré dans les pratiques, les champs lexicaux employés étaient très large, et ma part d'interprétation pour assimiler certains termes à un concept était donc plus importante.

Conclusion

Mon travail de recherche a été construit tout au long de mes deux années d'études. Dans un premier temps, il a trouvé sa source dans ma projection personnelle en tant que IPA. Dans cette dernière j'imaginai mon travail à venir avec une part importante dans l'accompagnement des équipes soignantes. C'est donc tout naturellement que je me suis intéressé à la compétence de leadership clinique que l'on attribue à l'IPA. Mes lectures sur le sujet m'ont permis de prendre conscience des nombreux freins qui pourraient se dresser devant la mise en place du leadership. En parallèle de mes lectures, deux situations vécues en stage m'ont interpellé. Dans l'une d'entre elle, en tant qu'étudiant IPA, j'avais été identifié par une jeune collègue comme un infirmier expert. Dans la seconde situation, j'avais été confronté à des réticences concernant la pratique avancée, réticences construites sur des représentations négatives du métier d'IPA. Ces deux situations m'ont poussé à m'intéresser aux concepts de représentation et d'expert. Finalement, mes lectures ont fait avancer mon questionnement sur la place de ces différents concepts dans la pratique avancée. Ma question de départ était de déterminer le rôle du leadership dans l'implantation de l'IPA ?

C'est avec ce questionnement que j'ai débuté mes recherches théoriques. J'ai décidé d'organiser chaque concept de la même façon en commençant tout d'abord par m'intéresser au concept au sens large puis voir s'il avait des applications à l'échelle du soin et enfin de confronter le concept à la pratique avancée. J'ai commencé par explorer le concept de leadership. Ainsi, j'ai pu prendre conscience de l'évolution de ce concept mais aussi de l'impact important qu'il pouvait avoir sur le leader. Malgré cela, il a été mis en avant des freins importants à la mise en place du leadership. Ces derniers m'ont emmené à me questionner sur le concept des représentations. L'approfondissement de ce concept largement étudié en sociologie a démontré que l'IPA allait devoir se construire avec des représentations très variées, parfois positives mais aussi très négatives et réductrices. J'ai décidé d'y associer le concept d'identité professionnelle qui me semblait pertinent tant les deux concepts peuvent être interdépendants. Cela m'a permis de prendre conscience que l'identité professionnelle se construit en partie grâce à la reconnaissance que l'on attribue à l'individu. J'ai décidé d'associer la notion de reconnaissance à celle de légitimité car les articles étudiés montraient une proximité entre ces deux concepts. La compétence a été identifiée comme l'une des sources principales de légitimité. Afin de faire un parallèle avec ma première situation de départ, j'ai décidé de m'intéresser au concept d'expert. Ainsi, un rapprochement a été fait entre la pratique avancée et l'expertise clinique.

Dans le même temps, d'un point de vue professionnel, j'avais énormément de questionnement sur mon implantation. J'ai donc décidé de mettre en lien tous ces concepts avec l'implantation de l'IPA. Cependant, explorer tous ces concepts et tester leur impact sur la mise en place de l'IPA représentait un travail trop conséquent et finalement pas assez précis. Grâce à mes échanges avec ma directrice de mémoire, j'ai réussi à recentrer mon questionnement autour d'un concept qui me semblait central : le leadership. Ainsi, ma question de recherche a été : En quoi, le leadership clinique favorise-t-il l'implantation de l'IPA auprès des soignants ? La formulation des hypothèses a été aussi une étape qui m'a demandé beaucoup de travail et de réflexion. Finalement, les hypothèses que j'ai décidé d'explorer sont :

- Le leadership clinique de l'IPA permet de démontrer son expertise clinique favorisant sa légitimité auprès des soignants.
- L'implantation de l'IPA est liée à la reconnaissance de son leadership clinique.

En accord avec ma directrice de mémoire, j'ai décidé de confronter ces hypothèses à une recherche qualitative faites par des entretiens semi-directifs. Cette méthodologie me semblait la plus adaptée afin de faire ressortir des concepts et des réflexions professionnelles. J'ai eu la chance de mener des entretiens très riches auprès de soignants à savoir : deux IDE, deux IPA et deux médecins. Le choix d'interroger plusieurs corps de métier était d'avoir des visions et des projections différentes en lien avec ma thématique. Du fait de la crise COVID-19 et du peu d'IPA déjà implantés dans notre région, j'ai mené ces entretiens en visio-conférence.

L'analyse de mes résultats s'est faite en deux temps. Dans un premier temps, j'ai exploité individuellement les entretiens en associant les idées apportées par les soignants à des concepts plus généraux afin de voir si des concepts non-traités étaient récurrents. C'est ainsi que j'ai abordé l'interdisciplinarité dans ma discussion. Ce travail a facilité l'analyse croisée des tous les entretiens avec le cadre conceptuel. Ce deuxième temps m'a permis de valider ma première hypothèse et de valider partiellement ma seconde hypothèse. Cette dernière n'a pas pu être totalement validée car elle présente à ce jour trop d'éléments contraires.

La discussion a été l'opportunité de mettre en avant une réflexion nouvelle, à savoir que la création d'une identité professionnelle représente un enjeu central à l'implantation de l'IPA.

Ce travail de recherche a été éprouvant et représentait quelque chose de nouveau mais il m'a donné goût à continuer ; continuer à me questionner, continuer à explorer, continuer à écrire avec l'espoir un jour d'aider mes collègues.

Bibliographie

Accès aux soins : Agnès Buzyn et Frédérique Vidal saluent la reconnaissance officielle de la pratique avancée infirmière—Ministère des Solidarités et de la Santé. (2018, 19 juillet). Repéré à <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiques-de-presse/article/acces-aux-soins-agnes-buzyn-et-frederique-vidal-saluent-la-reconnaissance>

Adib Bensalem. (2015, 16 juillet). 90 ans de théorie sur le Leadership. Repéré à <http://economia.ma/fr/content/90-ans-de-th%C3%A9orie-sur-le-leadership>

Aghnatos, M. (n.d.). Soins infirmiers en pratique avancée : Représentations des acteurs de ce nouveau dispositif en soins primaires : Entretiens avec 14 médecins généralistes en région Provence Alpes Côte d’Azur (PACA), 66.

Aguilard, S., Colson, S., & Inthavong, K. (2017). Advanced practice nursing implementation strategies in hospital : A review of the literature. *Sante Publique*, 29(2), 241-254.

Alphonse-Tilloy, I., & Devienne, E. (2020). Comment favoriser l’adoption de la pratique avancée dans un service de soin hospitalier ? Une approche par la sociologie de la traduction. *Management Avenir Sante*, 6(1), 15-38.

Ambrosino, F. (2019a). Guide pratique de l’Infirmier de pratique avancée. Dans *Guide pratique de l’Infirmier de pratique avancée*. (S.l.): Vuibert.

Ambrosino, F., Barrière, C., Danan, J.-L., Lecointre, B., Hue, G., Meury, P., & Debout, C. (2018). Compétences attendues de l’infirmière de pratique avancée en France : Recommandations d’experts à partir d’une étude Delphi modifiée. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 4(1), 5-19. <https://doi.org/10.1016/j.refiri.2017.11.003>

Arrêté du 22 octobre 2021 modifiant l’arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d’Etat d’infirmier en pratique avancée.

Bass, B. M. (2005). *Transformational Leadership* (second edition). (S.l.): (s.n.).

Berger, V., & Ducharme, F. (2019). Le leadership infirmier : Un atout indispensable pour le développement de la discipline et de la profession. *Recherche en soins infirmiers*, 136(1), 6-6.

Bigi, M. (n.d.). La reconnaissance en sociologie : Des identités méprisées à la critique du travail., 50.

Bouquet, B. (2014). The complexity of “legitimacy”. *Vie sociale*, 8(4), 13-23.

Boutin, Geneviève. (2014). LE LEADERSHIP AU SERVICE DES PATIENTS ET DES ÉQUIPES., 46.

Boutin, Gérald. (2019). *L’entretien de recherche qualitatif, 2e édition : Théorie et pratique*. (S.l.): PUQ.

Chevrier, J. (n.d.). Relation entre le sentiment d’empowerment et l’insertion professionnelle de nouveaux directeurs et directeurs adjoints d’établissement d’enseignement primaire et secondaire, 42.

Cohen-Scali, V., & Moliner, P. (2008). Représentations sociales et identité : Des relations complexes et multiples. *L'orientation scolaire et professionnelle*, (37/4), 465-482. <https://doi.org/10.4000/osp.1770>

Cossette, H., & Goulet, V. (2010). *Exercices en théorie de la crédibilité : Avec solutions*. Québec: Vincent Goulet. Repéré à <http://www7.bibl.ulaval.ca/doelec/lc2/monographies/2018/a2104915.pdf>

Couturier, Y. (2009). An interprofessional or an interdisciplinary problem? *Recherche en soins infirmiers*, 97(2), 23-33.

Danan, J.-L., Biglietto, J., Perquier, F., Torne Celer, A., Gakou, S., Ostermeyer, M., ... Chermak, O. (2019). Les infirmiers de pratique avancée français, de la vision à la mise en œuvre au sein d'un établissement de santé mentale. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 5(1), e37-e47. <https://doi.org/10.1016/j.refiri.2018.12.002>

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

Debout, C. (2019). Clarification du concept de leadership infirmier et de ses déclinaisons. *Soins*, 64(840), 18-27. <https://doi.org/10.1016/j.soins.2019.09.018>

Demaret, J. (n.d.). Le processus de construction de légitimité des contrôleurs de gestion, 555.

Deswarte, E. (n.d.). Les représentations sociales. *Psychologie-sociale*. Repéré à <http://www.psychologie-sociale.net/images/football.jpg>

Dubar, C. (2010). 3. La crise des identités professionnelles. Dans *La crise des identités* (Vol. 4e éd., pp. 95-128). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France. Repéré à <http://www.cairn.info/la-crise-des-identites--9782130583653-p-95.htm>

El Akremi, A., Sassi, N., & Bouzidi, S. (2010). Rôle de la reconnaissance dans la construction de l'identité au travail. *Relations industrielles*, 64(4), 662-684. <https://doi.org/10.7202/038878ar>

Emmanuel Hugonnet. (02:12:41 UTC). Le modèle d'acquisition de compétences de Dreyfus. Repéré à <https://fr.slideshare.net/ehsavoie/le-modle-dacquisition-de-comptences-de-dreyfus>

Formarier, M. (2012). *Interdisciplinarité*. (S.l.): Association de Recherche en Soins Infirmiers. (Bibliographie_available: 1 Cairndomain: **Erreur ! Référence de lien hypertexte non valide**. Cite Par_available: 0 page: 210-211 container-title: Les concepts en sciences infirmières). Repéré à <http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-210.htm>

Fray, A.-M., & Picouveau, S. (2010). Abstract. *Management Avenir*, 38(8), 72-88.

Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., & Tavolacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period : A systematic literature review. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 109(5), 1402-1413. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342>

Gentili, F. (2005). Comment définir l'identité professionnelle ? *Connaissances de la diversité*, 17-57.

Gintz, C.-A. (2012a). *Reconnaissance*. (S.l.): Association de Recherche en Soins Infirmiers. (Bibliographie_available: 1 Cairndomain: **Erreur ! Référence de lien hypertexte non valide**. Cite Par_available: 0 page: 262-264 container-title: Les concepts en sciences infirmières). Repéré à <http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-262.htm>

Gintz, C.-A. (2012b). *Reconnaissance*. (S.l.): Association de Recherche en Soins Infirmiers. (Bibliographie_available: 1 Cairndomain: **Erreur ! Référence de lien hypertexte non valide**. Cite Par_available: 0 page: 262-264 container-title: Les concepts en sciences infirmières). Repéré à <http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-262.htm>

Guéguen, H. (2014). Recognition and legitimacy. *Vie sociale*, 8(4), 67-82.

Ha, L. (2019). Coconstruction avec des étudiantes et des formatrices d'une intervention pédagogique pour l'apprentissage du leadership clinique infirmier tôt dans la formation initiale. Repéré à <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/21813>

Hamel, F. (2012). *Identité*. (S.l.): Association de Recherche en Soins Infirmiers. (Bibliographie_available: 1 Cairndomain: **Erreur ! Référence de lien hypertexte non valide**. Cite Par_available: 0 page: 203-204 container-title: Les concepts en sciences infirmières). Repéré à <http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-203.htm>

Hegel : La reconnaissance. (n.d.). Repéré à <http://www.daniel-pimbe.com/pages/les-maitres-a-penser/page-13.html>

Honneth, A. (2004). La théorie de la reconnaissance : Une esquisse. *Revue du MAUSS*, 23(1), 133-136.

Imbert, G. (2010). The Semi-structured Interview : At the Border of Public Health and Anthropology. *Recherche en soins infirmiers*, 102(3), 23-34.

IPA Infirmier de pratique avancée : La question de l'expérience professionnelle. (2019, 7 janvier). *Actusoins—Infirmière, infirmier libéral actualité de la profession*. Repéré à <https://www.actusoins.com/307719/ipa-la-question-de-l'experience-professionnelle.html>

Jovic, L. (2012a). *Clinique*. (S.l.): Association de Recherche en Soins Infirmiers. (Bibliographie_available: 1 Cairndomain: **Erreur ! Référence de lien hypertexte non valide**. Cite Par_available: 0 page: 104-108 container-title: Les concepts en sciences infirmières). Repéré à <http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-104.htm>

Jovic, L. (2012b). *Pratique avancée*. (S.l.): Association de Recherche en Soins Infirmiers. (Bibliographie_available: 1 Cairndomain: **Erreur ! Référence de lien hypertexte non valide**. Cite Par_available: 0 page: 238-242 container-title: Les concepts en sciences infirmières). Repéré à <http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-238.htm>

Jovic, L. (2012c). *Représentations (sociales)*. (S.l.): Association de Recherche en Soins Infirmiers. (Bibliographie_available: 1 Cairndomain: **Erreur ! Référence de lien hypertexte non**

valide. Cite Par_available: 0 page: 265-267 container-title: Les concepts en sciences infirmières). Repéré à <http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-265.htm>

Kohn, L., & Christiaens, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : Apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique*, (4), 67-82.

La théorie des représentations sociales—Cadredesante.com. (n.d.). Repéré à <https://www.cadredesante.com/spip/profession/recherche/La-theorie-des-representations#nb1>

Larouche, P. C. (n.d.). Colloque des CII-CIR, Mai 2012, 30.

Larousse, É. (n.d.). Définitions : Légitime - Dictionnaire de français Larousse. Repéré à <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/l%C3%A9gitime/46591>

Larue, C., Dubois, S., Girard, F., Goudreau, J., & Dumont, K. (2013). The development of clinical reasoning skills and leadership : Personal factors and organizational factors. *Recherche en soins infirmiers*, 112(1), 76-87.

Lazzeri, C., & Caillé, A. (2004). La reconnaissance aujourd'hui. Enjeux théoriques, éthiques et politiques du concept. *Revue du MAUSS*, 23(1), 88-115.

LÉGITIMITÉ : Définition de LÉGITIMITÉ. (n.d.). Repéré à <https://www.cnrtl.fr/definition/l%C3%A9gitimit%C3%A9>

L'entretien semi-directif : Définition, caractéristiques et étapes. (2019, 30 octobre). *Scribbr*. Repéré à <https://www.scribbr.fr/methodologie/entretien-semi-directif/>

Maranda, J. (2017). Prendre sa place : Réflexion sur le leadership clinique des infirmières cliniciennes au Québec, 14, 8.

Mathieu, L., Bell, L., Ramelet, A.-S., & Morin, D. (2016). Les compétences de leadership pour la pratique infirmière avancée : Proposition d'un modèle de développement pour la formation et la pratique clinique. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 2(2), 105-113. <https://doi.org/10.1016/j.refiri.2016.04.003>

Michèle Garant, Caroline Letor, 2014, *Encadrement et leadership*. (n.d.). (S.l.): (s.n.). (Cairndomain: www.cairn.info). Repéré à <http://www.cairn.info/encadrement-et-leadership--9782804184797.htm>

Module Leadership. (n.d.). *Haute Autorité de Santé*. Repéré à https://www.has-sante.fr/jcms/c_2852414/fr/module-leadership

Morel, M.-A. (2012). *Expert, expertise*. (S.l.): Association de Recherche en Soins Infirmiers. (Bibliographie_available: 1 Cairndomain: **Erreur ! Référence de lien hypertexte non valide.** Cite Par_available: 0 page: 193-195 container-title: Les concepts en sciences infirmières). Repéré à <http://www.caim.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-193.htm>

Morin, D., Ramelet, A.-S., & Shaha, M. (2013). Advanced nursing practice : Vision in Roman Switzerland. *Recherche en soins infirmiers*, 115(4), 49-58.

Northouse, P. G. (2015). *Leadership : Theory and Practice* (SAGE Publications Inc; 7th Revised edition). (S.l.): (s.n.).

Oberweis, N., & Soranno, S. (2020). *Pratique infirmière avancée : Quelles représentations pour les soignants? Une étude qualitative.*

Organisation de la psychiatrie | Unafam. (n.d.). Repéré à <https://www.unafam.org/troubles-et-handicap-psy/soins-et-rehabilitation/organisation-de-la-psychiatrie>

Perez-Roux, T. (2012). Construction identitaire des enseignants débutants : *Recherches & éducations*, (7), 69-84. <https://doi.org/10.4000/rechercheseducations.1383>

Petit-dit-Dariel, O. (2017). Enseigner et cultiver le leadership infirmier. *Cahiers de la Puéricultrice*, 54, 12-15. <https://doi.org/10.1016/j.cahpu.2017.07.002>

RECONNAISSANCE : Définition de RECONNAISSANCE. (n.d.). Repéré à <https://www.cnrtl.fr/definition/reconnaissance>

Rosis, C. D., Teixeira, M., & Jovic, L. (2021). Préfigurer l'exercice de la pratique infirmière avancée : Une coconstruction à l'œuvre en milieu de soins. *Sante Publique*, 33(1), 89-100.

Tendances infirmières | Volume 9 Numéro 4 | oriill.oiiq.org. (n.d.). Repéré à <http://oriill.oiiq.org/volume-09-numero-04/tendances-infirmieres>

Une reconnaissance pour le Conseil national professionnel des infirmiers en pratique avancée. (2020, 28 mai). *Actusoins—Infirmière, infirmier libéral actualité de la profession*. Repéré à <https://www.actusoins.com/331750/une-reconnaissance-pour-le-conseil-national-professionnel-des-infirmiers-en-pratique-avancee.html>

Universalis, E. (n.d.). RECONNAISSANCE, sociologie. *Encyclopædia Universalis*. Repéré à <https://www.universalis.fr/encyclopedie/reconnaissance-sociologie/>

Universités, O. M., Professeur des. (n.d.). Max Weber et la légitimité du pouvoir. *RSE Magazine*. Repéré à https://www.rse-magazine.com/Max-Weber-et-la-legitimite-du-pouvoir_a3424.html

Vergnaud, G. (2007). Représentation et activité : Deux concepts étroitement associés. *Recherches en éducation*, (4). <https://doi.org/10.4000/ree.3889>

Xavier Carponcin , Au fait ! C'est quoi le leadership? (2019, 3 décembre). Repéré à <https://www.servicecoaching.fr/au-fait-c-est-quoi-le-leadership>

Introduction générale

- Constat 1
- Constat 2

I. Introduction :	p1
1. Le leadership:	p1
A. Leadership au sens large :	p1
B. Le Leadership appliqué au soin : Leadership clinique :	p3
C. L'infirmier de pratique avancée et le leadership clinique :	p6
2. Les Représentations et identité professionnelle :	p9
A. Représentations au sens commun :	p9
B. Représentations du métier d'IPA:	p12
C. L'identité professionnelle :	p13
D. L'identité professionnelle et l'IPA :	p16
3. Reconnaissance et légitimité :	p17
A. La Reconnaissance :	p17
B. La légitimité :	p19
C. Reconnaissance et légitimité de la pratique avancée :	p21
4. Concept d'expert	p23
A. La notion d'expert au sens commun :	p23
B. De novice à expert : l'évolution des compétences infirmières :	p25
C. D'expert à infirmier de pratique avancée :	p27
II. Méthode :	p29
1. Choix de la méthode :	p30
2. Choix des personnes interviewées:	p32
III. Analyse des résultats :	p34
1. Analyse de l'hypothèse 1 :	p34
2. Analyse de l'hypothèse 2:	p41
IV. Discussion :	p47
1. Une réponse à ma question de recherche :	p47
2. L'identité professionnelle, un concept central :	p48
3. Un intérêt pour la pratique avancée :	p49
4. Le concept d'interdisciplinarité :	p49
5. Les limites :	p51

Conclusion

Bibliographie

Glossaire

Table des matières

Annexes

Glossaire

ARS : Agence régionale de santé

CII : Comité International des infirmiers

CMP : Centre Médico-Psychologique

CMPP : Centre Médico-Psychologique de pédopsychiatrie

CATTP : Centre d'activités thérapeutiques à temps partiel

CNRTL: Centre national de ressources textuelles et lexicales

DU : Diplôme universitaire

HDJ : Hôpital de jour

IDE : Infirmier diplômé d'état

IMRAD : Introduction, Methods, Results, and Discussion

IPA: Infirmière de pratique avancée :

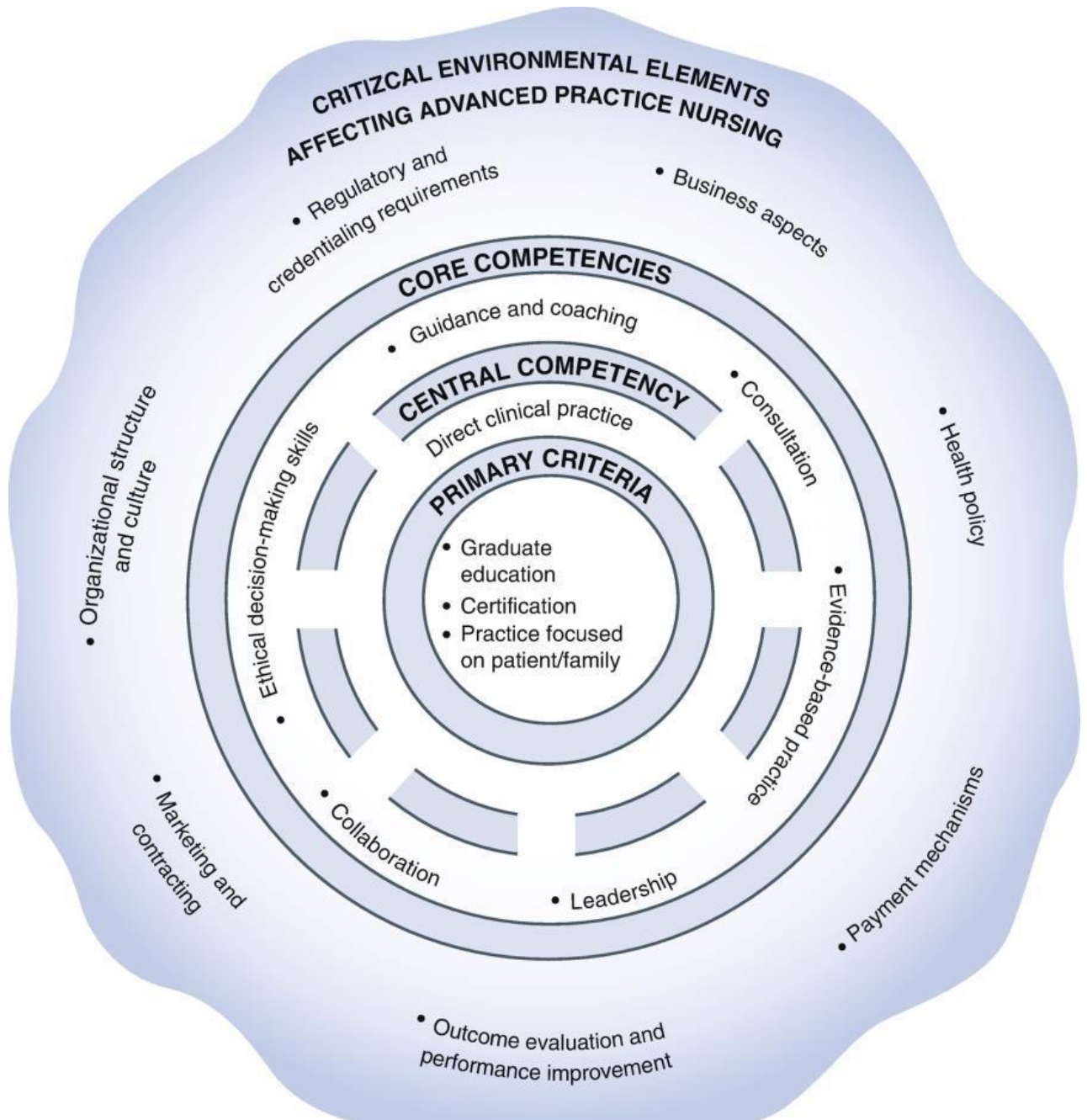
IPADE : Infirmier de pratique avancée diplômé d'Etat

OMS : Organisation mondiale de la Santé

PA : Pratique avancée

RBP : Recommandations de bonne pratique

Annexe I



Annexe II

Grille d'entretien

Q1 : Pouvez-vous vous présenter, poste, ancienneté, parcours

Q2 : Connaissez-vous le métier d'IPA ? pouvez-vous me m'expliquer ce que vous en avez compris ?

Q3 : Selon vous, quelles compétences nouvelles doit avoir un IPA par rapport à un IDE?

Q4: selon vous, Qu'aimeriez-vous trouver comme qualités professionnelles chez un IPA

Q5: Qu'est ce qui faciliterait son intégration dans une équipe pluridisciplinaire ?

Q6: A l'inverse qu'est ce qui gênerait à son intégration dans une équipe pluridisciplinaire ?

Annexe III

Entretien IDE 1

Donc voilà première question est ce que tu peux te présenter brièvement un petit peu retracer ton parcours ton expérience ?

Alors moi ça fait maintenant 16 ans je suis infirmière donc depuis 2006 j'ai fait un peu d'urgence au début 2 ans après j'ai travaillé en cardio pendant 3-4 ans dans le privé un hôpital de la région grand-est et maintenant ça fait 10 ans que je fais de la psychiatrie en hôpital public j'ai commencé par des secteurs fermés et .. un peu de temps au secteur ouvert et ensuite je me suis dirigée plutôt vers les appartements thérapeutiques ça fait 4 ans que j'y travaille avec une formation en éducation thérapeutique mes que le premier niveau. Puis très attachée à aujourd'hui la réhabilitation très dans des notions du "aller vers". Je suis aussi intervenante pour mon ancienne IFSI (institut de formation en soins infirmiers) référente des étudiants aux appartements. Et aujourd'hui je m'intéresse aussi à la formation de pratique avancée , bon.. Je commence à regarder sérieusement depuis quelques mois c'est un projet qui pourrait m'intéresser et pendant un moment je me suis questionnée sur la possibilité aussi de faire cadre de santé.

Super d'accord donc maintenant je voulais un petit peu savoir ce que tu connais du métier d' IPA? Finalement ce que tu avais compris sur ce nouveau métier ?

Alors comme je me suis renseignée ça me permet aussi moi de réviser je postule au concours dans mon établissement. (Rire)

Super ça va être intéressant pour nous alors (rire)

Bon bien sûr il y a le droit de prescrire le côté infirmier prescripteur c'est ce qu'on entend en premier les mini médecin. Après euhh... C'est aussi des infirmières expérimentées avec un regard très précis, une prise en charge finalement globale il peut aussi intervenir sur la coordination des soins... Et aussi.... La prévention je crois enfin je suis pas sûr il me semble avoir lu ça. Ah zut j'essaie de me souvenir des compétences que j'avais vu un petit peu. Si il y a aussi la recherche ça c'est un truc qui m'intéresse vachement la recherche même en soins infirmiers. Après je pense que c'est quand même une position particulière entre le médecin et

l'infirmier ça doit pas être évident il faut savoir jongler avec les deux enfin ça c'est mon avis je sais pas c'est peut-être toi qui le sais mieux (rire). Je crois aussi qu'il y a la possibilité de faire de la formation non ?

Je sais pas tu entends quoi par formation ?

Former dans les IFSI mais ça tous les infirmiers peuvent le faire je pensais plus à former les infirmiers des services tu sais dans une place un peu transversale comme ça un petit peu en dehors de l'équipe. Je crois que l'IPA peut faire ça... Je dis pas de bêtises ?

Non effectivement ça ressemble à une compétence avec un mot précis je sais pas si tu le connais ?

Ah bah comme ça ah je me retrouve bête je vois de quoi tu parles mais ...attends 2 secondes je réfléchis.

Non mais t'inquiète c'est pas grave.

Tu parles de supervision ?

Ça me revient il y a aussi de l'éducation et de la prévention la prévention je l'ai déjà dit je crois.... ah il y a ça me revient c'est le leadership je me souviens avoir vu le schéma avec les 6 compétences et c'était dedans.

Rire oui c'est ça du coup il y a d'autres choses tu veux rajouter sur la même question ?

Non ça va crois avoir déjà assez galérer pour me souvenir de tout.

C'est pas une évaluation t'inquiète pas (rire). Du coup j'enchaîne une autre question pour toi c'est quoi les nouvelles compétences de l'IPA par rapport à un IDE ?

Ben je pense déjà tout ce que je viens de dire c'est nouveau même si l'éducation thérapeutique et la prévention de le faire. Après je pense que vraiment des gens qui vont être hyper pointu sur le sujet et... Et comment dire Ouais je pense que ça va être des infirmières vachement qualifiées avec de base... des bases vachement au taquet après bin la prescription c'est pas rien non plus donc il faut des bonnes connaissances pharmacologie après je pense que c'est quand même des gens qui doivent un petit peu avoir des capacités transmettre ceux qu'ils savent. Je crois que c'est pas donner à tout le monde de se poser et de dire je vais faire de ...de de la formation infirmier ça doit pas être évident tout le temps parce que il y a des infirmiers qui ont parfois de l'expérience aussi. Après je pense que comme je t'ai dit tu dois être bien formé bien

au taquet dans la vision holistique dans le savoir théorique aussi parce que faut quand même au médecin que on peut te faire confiance c'est juste aller fait à ma place je crois que tous les médecins vont pas être facile à convaincre et les autres professionnels non plus d'ailleurs finalement ça va être galère avec tout le monde (rire) . Après je pense que c'est aussi des comment dire des infirmiers avec une réflexion quand même si tu fais de la recherche des projets comme ça des trucs comme ça tu dois forcément avoir de la réflexion. Après voilà moi j'imagine aussi que tu dois avoir des responsabilités et aussi savoir travailler tout seul parce que là tu travailles pas avec le médecin tout le temps quoi il va te laisser faire tes consultations tout seul donc j'imagine que ouais ok tu es autonome mais tu as aussi des responsabilités bon ça aussi il faut le dire je pense.

Ouais Très bien.

J'espère rien oublier et pas dire trop de bêtises.

Mais non t'inquiète du coup si tu veux bien j'ai encore quelques questions c'est quoi pour toi les qualités professionnelles qu'il faut trouver chez IPA ?

Alors tu dois ... comme j'ai dit être autonome je pense aussi que tu dois être confiant parce que la responsabilité c'est pas rien après je pense que pour travailler avec tout le monde tu as intérêt à être sociable enfin je sais pas si ça se dit...je vais dire mieux attends tu dois être dans la relation et du coup avoir la capacité de bien s'adapter parce que tu vas travailler avec les médecins c'est pas facile de se faire sa place avec les infirmiers on sait qu'on peut être parfois un peu chiant (rire) on en a pas parler mais avec les cadres ça doit pas être toujours évident, je sais pas j'imagine quelqu'un qui vient comme ça coacher leur équipe je les imagine bien regarder ça d'un mauvais œil. Après je pense que il faut être patient aussi parce que tout ça ça va mettre du temps il faut avoir un peu de charisme pour réussir à parler devant tout le monde à former après je pense que il faut être posé réfléchi et puis je pense que je sais pas si c'est une qualité en tant que tel mais faut avoir de l'expérience. Après euh... Euh ... comme ça je vois pas trop de trucs donc je sais pas je pense que c'est tout ce que je vois comme ça en tout cas.

Super nickel Ça me va, du coup toi tu perçois quoi comme élément qui pourrait rendre plus facile l'intégration dans une équipe de l'IPA ?

Ah ben ... Quand l'équipe est sympa (rire) ça aide toujours d'avoir une équipe sympa. Je sais pas si tout le monde a bien compris ce que tu faisais ce que tu allais mettre en place développer je crois que tout le monde aujourd'hui à pas exactement compris ce que c'était IPA en même

temps il y en a pas encore donc on a du mal à imaginer... Ça c'est pas même pour moi j'hésitais mais c'est compliqué de trouver quelqu'un qui m'expliques ce qui va faire exactement.

On pourra en discuter après si tu veux (rire)

Ah super, Du coup ouais il faut qu'on comprenne. Après j'imagine que par exemple en psy tu vois on écoute vachement déjà l'infirmier on travaille déjà vachement avec plein de profession en équipe pluridisciplinaire et du coup intégrale vos professionnel je trouve que c'est plus facile quand il y a déjà une idée de de travailler ensemble je sais pas j'imagine que c'est plus facile de s'intégrer. Après je sais pas si c'est plus évident de s'intégrer quand tu connais déjà l'équipe quand tu as déjà travaillé par exemple moi si je reste dans mon service bah l'équipe ils me connaissent savent voilà que je suis plutôt bosseuse que j'aime bien participer à des projets donc je pense que malgré tout ça peut aider ça.

Ok pourquoi tu crois que ça aiderait qu'ils te connaissent ?

Connaissent déjà mon caractère comment je travaille et puis savent que voilà j'essaie d'être une bonne infirmière de bien m'occuper des patients que j'aime bien ça je trouve que derrière c'est plus facile du coup de s'intégrer.

Tu as plus de légitimité tu crois ?

Oui je pense que j'aurais plus de légitimité à donner des conseils aux équipes par exemple et puis avec les médecins ils me reconnaissent ils savent ce que je vau... Après je pense que l'arrivée elle doit être bien préparé parce que si tu débarques comme ça comme un cheveu sur la soupe du jour au lendemain peut-être que les gens vont pas comprendre. Ouais .. après il y a des disciplines qui s'y prête la psychiatrie c'est parfait la diabète pareil il y a déjà beaucoup de prévention d'éducation l'addictologie aussi. Ça m'a l'air compliqué en libéral j'ai pas trop bien compris comment ça pouvait fonctionner. Voilà voilà.

Tu parlais d'une arrivée bien préparée ça veut dire quoi?

Qu'on soit au courant que on sache exactement ce que L'IPA va faire, tu vois qu'on sache quand est-ce qu'on peut l'interpellé quelle posture il va avoir c'est pas évident pour lui dire que tu es et pour nous non plus du coup si c'est préparé en amont nous c'est un peu comme un médecin ou c'est pas un cadre ça peut nous aider.

Ok cool on a parlé des leviers un petit peu là je voudrais si tu peux me dire ça serait quoi les freins est-ce qu'il compliquerait l'implantation dans une équipe pluridisciplinaire ?

Du coup une équipe accueillante je pense aussi que ça doit pas être facile avec les médecins parce que malgré tout il y a du travail encore en collaboration et si ils sont pas cool avec toi si ils ont pas envie de délégué des tâches ou qu'ils ont pas confiance en toi, ça peut vite devenir compliqué. Après comme j'ai dit si les cadres il t'aide pas pareil ça va devenir chaud pour toi mettre en place des choses et puis vis-à-vis des équipes comment ils vont te percevoir si déjà les cadres t'aident pas. Il faut pas tomber sur des infirmières peau de vache qui vont dire oui il va m'apprendre mon travail ou ...ou des trucs comme ça, après je me dis il y a peut-être aussi les patients les patients pas évident de plus être suivi par un médecin qu'est-ce qu'ils vont dire oui je vois qu'un infirmier est-ce qu'ils vont comprendre vraiment il y a peut-être de la formation à faire aussi auprès des patients. Et puis ben faudra réussir à... à prouver au patient à expliquer au patient que tu es capable de gérer que le médecin te fais confiance je pense que c'est rassurant aussi. Après je sais pas c'est nouveau ça doit pas aider non plus comme je disais pour que tout le monde comprenne c'est quand même un nouveau métier et ça faut pas l'oublier, je pense que ça doit être plus compliqué.

Super il y a d'autres choses dont tu aurais aimé me parler j'ai plus de questions ?

Non on a fait le tour maintenant c'est moi qui ai des questions pour toi (rire)

(Rire) Pas de Problème...

Entretien IDE2

Bon déjà est-ce que tu peux commencer par te présenter, présenter ton parcours, ton ancienneté, tout ce que tu fais ?

Alors moi je suis infirmière depuis... diplômée 2011 j'ai commencé par faire quelques postes d'intérim et après j'ai été.... j'ai fait des petits contrats en chirurgie ambulatoire et urgences à dans une clinique privée et après j'ai travaillé jusque 2018 là-bas en chirurgie polyvalente et après je me suis mise à mon compte en libéral en avril 2018 et depuis je suis à domicile. J'ai des formations PRADO (Programme de retour à domicile) sur la BPCO(broncho-pneumopathie chronique obstructive) et l'AVC (accident vasculaire cérébral)

OK parfait ; bon première question du coup qu'est-ce que tu connais un petit peu du métier d'IPA qu'est-ce que t'en as compris ?

Je sais que c'est quelque chose de... d'assez nouveau. Je connais pas grand monde autour de moi qui... qui connaissent vraiment à part avoir entendu un peu le nom mais sinon à ça part à quoi ça consiste je pense pas. Pour moi je pense que ça doit être quelqu'un qui va gérer un peu faire un rôle de lien avec les autres intervenants gérer des choses que nous les infirmiers on peut pas gérer en temps normal et avoir peut être plus de communication avec les médecins les autres les autres intervenants avoir des tâches un peu plus pluridisciplinaires quoi...

OK parfait du coup d'après toi c'est quoi les nouvelles compétences qu'un IPA va avoir par rapport à une infirmière ?

Alors je pense que le grand rôle enfin principal qui ressort le plus c'est celui de... de prescription parce que ça c'est un... c'est une chose que nous on peut pas faire même si on aimerait bien pouvoir le faire à certains moments mais je pense que c'est ça qui ressort le plus et après bin voilà enfin moi c'est ça que je re... j'ai retenu le ... le plus connu.

Tout à l'heure tu parlais de pluridisciplinarité t'imagines comment L'IPA dans cette pluridisciplinarité justement ?

Heu ben aider le patient justement à ... en fonction de ses besoins selon leur pathologie de pouvoir les mettre en relation en contact avec d'autres intervenants, les orienter sur des choses qui sont pas dans... dans son champ de compétences en fait .

D'accord et auprès des équipes soignantes tu imagines ça comment ?

Alors en service avec un rôle de formation je pense du coup vu que l'IPA ça va être par un jeune diplômé donc peut être t'as un rôle sur l'intégration être sûr que le jeune professionnel se positionnent au sein de l'équipe en tant que soignant sur ses difficultés.

Okay, du coup-là on a parlé des compétences, maintenant plutôt au niveau des qualités professionnelles que tu penses qu'il faudrait retrouver chez l'IPA tu mettrais quoi en avant ?

Alors... bah quelqu'un qui a une certaine expérience être expert dans... dans son dans son domaine. Quelqu'un à l'écoute et très un bon communicant quoi parce que il va devoir gérer à la fois s'adapter au patient et avec tout le monde qui va graviter autour et puis je le vois être pédagogue quelqu'un qui ... qui entraîne un peu les chefs des équipes et un rôle de ... de ... de leader quoi quelqu'un qui va accompagner les gens quoi les motiver quelqu'un voilà.

Quand tu dis accompagner les gens tu penses aux patients ?

Aux patients en premier mais aussi vu qu'il a un regard un peu extra de l'équipe soignante d'aider aussi les... les soignants en fait soit aux jeunes professionnels ou même des gens qui sont déjà là depuis... depuis longtemps, de pouvoir les aider dans des projets que eux-mêmes peut être font déjà dans les équipes du coup

Tu as dit que l'IPA doit être beaucoup communicant qu'est-ce que tu entends derrière pourquoi tu... tu mets ça en avant ?

Je réfléchis... Quand je voulais dire bon communicant c'était plus dans le sens où c'est quelqu'un qui va devoir s'adapter au profil des personnes qui va devoir gérer c'est pas vraiment quelqu'un qui fait comme un cadre ... mais bon c'est un peu compliqué parce que ça reste un infirmier mais c'est un ... c'est quelqu'un qui est quand même extérieure à l'équipe donc il va pas forcément connaître très bien les gens avec qui ils travaillent donc il faut quand même savoir être quelqu'un qui arrive à vraiment s'adapter quoi c'était plus dans ce sens-là

OK parfait et du coup tu parles de cette équipe pluridisciplinaire qu'est ce que tu imagines comme levier comme qu'est ce qui faciliterait l'intégration de l'IPA dans une équipe pluridisciplinaire ?

Alors bah déjà faire connaître le... le métier un peu dans tous les... les... les corps de métier je sais pas si c'est au niveau de l'ARS ou quoi où ça peut se faire je sais pas mais parce que pour moi c'est très large parce que un IPA qui a envie de par exemple et qui peut orienter les gens

faut qu'ils connaissent...c'est bête mais enfin je sais pas moi les pédicures les assistantes sociales les médecins traitants le lien aussi avec des médecines d'urgence de convalescence pour moi c'est tellement un panel large au niveau du département ou de la région que voilà je sais pas trop comment on peut faire ça à moins de faire connaître déjà en formation aux gens le métier de santé. Parce que tous les professionnels vont pas forcément se tourner vers eux s'ils savent même pas que ça existe en quoi ça consiste...

Okay là tu me parlais de d'une vision très globale de travailler dans le dans le système de soins et dans une équipe pluridisciplinaire par exemple je sais pas en service comment tu imagines ça, de faire connaître l'IPA comment tu imagines les choses qui pourraient faciliter son... son implantation

Bah qui qui viennent faire des visites régulièrement déjà parce que si on le voit jamais je sais pas si ils apportent réellement quelque chose aux patients ou à l'équipe.

Et du coup à l'inverse qu'est ce qui va être un frein qui va... qui pourrait à ton avis compliquer son intégration dans une équipe ?

Peut-être les gens ils ont peut être pas envie d'être encore chapeauté par quelqu'un d'autre tout simplement où s'ils connaissent pas du tout ils vont peut être pas vouloir pas travailler avec la personne ou de changer tout simplement leur façon de... de travailler au quotidien.

Tu parles de changer le quotidien du coup j'imagine que ça va changer comment le quotidien d'une équipe ?

Alors bah au niveau peut être des... des bonnes pratiques donc il pourra faire peut être des formations entre guillemets régulières dans un service il y a des pratiques qui peuvent changer et il y a des IPA qui vont être plus aussi tournés vers peut être la recherche ou ... ou avoir eu des... des dans les compétences plus... plus récentes et s'intéresser à d'autres choses vu que ils sont peut être pas au quotidien dans le service et ils vont apporter des nouveaux points de vue faire le un point, avoir un regard extérieur sur les façons de... de travailler aider à régler des problèmes complexes qu'on a qui peuvent être dans des équipes pour des prises en charge plus complexes par exemple apporter un autre regard. Et puis orienter les équipes et dans les relations euh avec eux entre personnes on va dire.

Comment tu imagines que l'IPA va aider les relations interpersonnelles ?

Encore une encore une fois je pense que c'est le c'est la méconnaissance déjà du parcours et de... du rôle de la personne en... en premier après je pense que tout le monde va avoir un... un rôle important et s'appuyer sur ... sur les uns et les autres après je sais pas si c'est vraiment le rôle de L'IPA de faire le lien entre les médecins et les ... les soignants mais je pense que ça va être quand même un rôle comme ça.

Et avec les patients comment tu imagines que ça pourrait passer L'IPA avec les patients comment ça pourrait bien se faire ?

Alors euh je pense déjà que pour les patients ça doit être un concept assez flou je pense qu'il y a très peu de patients qui doivent connaître ça après je pense que ça peut être surtout à mon avis ils font toujours plus confiance aux médecins que le médecin vienne justement leur ... leur expliquer l'importance du... de leur rôle plutôt que de leur dire “ bon voilà vous avez rendez-vous avec un IPA” Ah et puis voilà quoi mais que ce soit amenée je pense un peu par leur médecin je pense que ça passera mieux comme ça et après les des infirmiers pratique avancée ils auront peut être plus de temps et je pense que c'est la mécanique au début qui va être un petit peu dur mais après les je pense que les patients ils seront contents d'avoir aussi un... une personne avec un regard un peu différent du médecin ou de l'infirmier qui peuvent avoir régulièrement

Okay et bah c'est très bien pour moi est ce que il y a d'autres choses dont tu aurais voulu me parler sur la pratique avancée des choses comme ça que t'aurais aimé dire où qui te viennent encore en tête ?

Non (rire) non mais j'ai hâte de travailler avec un prochain IPA

Entretien IPA 1

Peux-tu te présenter, ton poste, ton ancienneté et ton parcours

Je me présente aussi avant d'être infirmière de pratique avancée ?

Oui tu peux

Je... je veux dire alors moi je suis alors moi je suis diplômée du DE infirmier depuis ...2015 j'ai travaillé dans le même service et l'endocrinologie au CHU Nice et j'ai commencé le master du coup en 2019 et j'en suis sortie du coup en juillet 2021 et je suis toujours dans le même service du coup en diabéto- endocrino au CHU

OK super du coup une question un peu simple pour toi tu peux me dire ce que tu connais du métier d'IPA ? Peux-tu m'expliquer ce que tu en as compris ?

Eh bah ma perception c'est que déjà elle est très différente de celle que j'avais au départ du master parce qu'alors faut dire que nous les décrets étaient pas du tout sortis et tout n'était pas encore développé comme à l'heure actuelle. Toujours est-il que je peux déjà te dire comment moi je travaille moi j'ai 60% de temps de consultation 20% de recherche et 20% de temps de formation. Donc en fait si tu divises la semaine en fait 60% de temps de consultation c'est en fait c'est 3 jours mais je consulte pas 3 jours entiers je consulte 2 jours et demi par semaine et la dernière demi-journée c'est un temps de compte rendu, de paperasse, d'appel des patients et enfin ... euh ...tout ce qui peut être fait. En une journée de formation donc c'est pour la préparation des cours pour le master ipa pour le pour les cours pour les IFSI et la formation pour les infirmières aussi du service enfin voilà réalisation de ce moment-là aussi du coup ça compte. Et ensuite une journée de recherche donc du coup moi j'ai gardé mon sujet de mémoire et du coup Ben je commence enfin voilà on participe j'ai plusieurs trucs j'ai fait un abstract pour la dernière... pour le dernier congrès national de diabète et là du coup je continue en parler de ma petite recherche personnelle pendant ce temps, le temps d'avoir des données

OK super du coup pour toi selon toi, quelles compétences nouvelles doit avoir un IPA par rapport à un IDE?

Oui ...ouais okay déjà il y a une compétence qui est supplémentaire ça c'est la base de tout et je pense que c'est un petit peu en fait la... la alors j'ai répondu à un autre mémoire là-dessus mais pour moi la base clinique c'est énorme ça comprend tout ce qui comprend bien sûr le

l'examen clinique du patient mais... mais aussi tout ce qui est l'analyse des examens cliniques, des examens paracliniques à la réception de tous les comptes rendus pour faire le lien avec tout ça.

Ensuite il y a aussi des compétences mine de rien de leadership qui sont ...qui... est un petit peu à mettre en avant également qui est un petit peu compliqué à trouver parfois mais en tout cas c'est un petit peu la... le plus

Ensuite qu'est-ce que je pourrais dire en compétence supplémentaire après t'as une compétence aussi au niveau de la recherche mais du coup qu'on approfondit un petit peu

Compétences également en formation mais en fait du coup bah ça prend aussi en fait avec le cas on ne l'apprend pas forcément en formation mais tu l'apprends aussi derrière tu dois manager ou quand tu dois former tes collègues qui ont plus d'expérience que toi et que tu connais depuis 7ans, t'inverse la donne, tu apprends aussi cette compétence-là ...voilà

Je pense que c'est les principales peut-être que tu en as d'autres mais j'y pense pas forcément. Tu as aussi la prévention, en fait tout se recoupe dans les autres mais voilà. Plusieurs petites compétences qui vont dans les autres.

Selon toi, Qu'aimerais-tu trouver comme qualités professionnelles chez un IPA ?

Déjà toutes celles des infirmiers, c'est une question large. Ça dépend auprès de qui tu intervies, il faut toutes les compétences humaines, éthiques, finalement tout ce qui est déjà inhérents aux soignants.

Quand tu es avec les équipes c'est ...euh ... quand tu es avec les équipes il faut des compétences managériales sans être cadre. Les équipes il faut que tu aies les valeurs un petit peu qui soient à la fois managériales sans être cadre mais du coup enfin pas comme le cadre de l'unité en tout cas mais faut que tu sois un petit peu dans le managériale il faut aussi que tu sois dans l'enseignement et en même temps faut pas que je te laisse faire il faut que t'arrives à mettre des plates-bandes du coup que faut ...faut mettre bien la séparation en tout cas de les infirmiers et toi parce que

il faut bien manager aussi la relation avec le cadre aussi du service donc c'est important également de ne pas faire de copinage enfin c'est obligé de faire du copinage avec les infirmiers quand ça fait 7 ans que tu bosses avec eux tu connais toute leur vie mais c'est important de nous dresser une barrière à ce moment-là et de prendre du coup tes distance et justement voilà de

plus se mêler de ce qui peut se passer entre un cadre et c'est son équipe. Ça c'est important ne plus prendre position ni pour l'un ni pour l'autre en disant bah si vous avez un problème vous échangez mais laissez-moi en dehors de tout ça.

Donc il y a ... il faut aussi avoir une bonne relation avec le cadre du service donc c'est parfois compliqué quand c'est ton ancien cadre enfin dans mon cas c'est mon ancienne cadre, tu dois nouer une nouvelle relation et c'est parfois compliqué mais il faut trouver du temps

Après au niveau des médecins un peu c'est à peu près la même chose mais du coup il faut pas de valeurs particulières un peu c'est juste des valeurs humaines après y a pas de valeurs particulièrement

Alors voilà puis après entre IPA surtout après ce qu'il faut aussi mettre en avant c'est qu'il faut favoriser les échanges je veux dire autant IPA que libérale qu'hospitalière il faut continuer à avoir des échanges entre nous il faut favoriser en tout cas voilà tout tous ces échanges. Et en et en même temps il faut aussi éviter aussi les conflits avec toutes les autres spécialités en même temps qui y a tout ce qui s'en suit parce que mine de rien même si on n'est pas confronté aux IADE et IBODE que ce soit sur les réseaux sociaux ou en vrai il faut qu'on arrive en fait à trouver un petit peu en point commun parce que je pense qu'il y a il y a beaucoup d'enjeux politiques là-dessus et je pense qu'il faut éviter les conflits il faut apaiser les conflits qui existe. A l'heure actuelle voilà plutôt favoriser la formation auprès de... des autres c'est ce qu'on essaye un peu nous là de se trouver essayer de mettre un peu en place parce que... parce que justement il y a eu des conflits pas venant du corpus IPA mais d'autres corpus donc moi ça m'énerve donc moi je veux juste qu'on se qu'on soit informé de ce que chacun fait enfin je veux dire il y a la place pour tout le monde et au vu du système de santé à l'heure actuelle il y a besoin de tout le monde donc il faut juste échanger et que les autres comprennent où est-ce qu'est notre place car on fait peur à tout le monde mais au final on est juste là en plus quoi quoi donc voilà mais il faut-il faut informer tout le monde donc voilà.

OK super du coup qu'est-ce que tu perçois qui faciliterait l'implantation de l'IPA dans une équipe pluridisciplinaire

IPA 1: le médecin le médecin porteur du projet clairement il y a une vision d'ensemble dans une intégration il y a ta vision et la vision de celui qui est qui est en charge du projet et qui lui va avoir toutes les réflexions pendant 2 ans pendant que toi tu vas être en formation et clairement je ne l'avais pas moi ce...ce ressenti là et je l'ai eu qu'en fait on a fait un cours avec

mon professeur pour expliquer du coup l'implantation de l'IPA diabète. Et en fait je me suis aperçu que j'avais moi mon ressenti et lui il a tout vu.

Il a eu au début les infirmières qui ont cru qu'en fait j'allais prendre le poste d'éducation donc qui ont peur du coup moi j'étais en service d'hospitalisation et du coup c'est les infirmières surtout de l'hôpital de jour avait très peur donc il y a eu l'incompréhension de la part d'une partie de l'équipe donc il y a eu les infirmières au début qui sont allés voir le professeur de service pour comprendre, et une fois qu'il avait mis à plat avec les infirmières de service ça a duré 6 mois,

Il a eu 6 mois de médecins qui étaient étaient dans le doute donc du coup il a eu 6 mois avec les médecins du coup les médecins qui avaient peur qu'il savait pas comment travailler avec moi ce que j'allais faire voilà il y a eu 4 mois des cadres ... sur 2 ans j'ai passé plus de temps à faire de l'information.

Et tout ça alors que moi tout ça j'avais pas eu du tout ce ressenti là enfin j'avais des questions parfois des infirmières mais j'avais pas eu ressenti là un petit peu de bouclier comme ça et c'est lui qui les a eu et c'est en fait c'est bah c'est si t'as pas un médecin enfin malheureux mais t'as pas un médecin qui est porteur fédérateur de ton projet qui est là pour expliquer pendant que pendant que tu es occupé autre chose clairement c'est compliqué enfin si t'as pas de plan d'implantation déjà avec le médecin c'est compliqué

Ensuite ce qui pourrait favoriser aussi c'est si pas aussi t'es ta cadre la direction générale des soins qui t'aide dans ton implantation parce que un protocole d'organisation ça se fait pas du jour au lendemain donc je ...si en plus je dois tout faire enfin franchement enfin donc si tu dois tout faire au moment où t'es dans le mémoire où t'es enfin dans tout enfin ensuite la tête sous l'eau donc clairement heu sais pas que ça va rendre compliqué mais ça risque de retarder l'implantation et je sais que les premières IPA du coup avaient fait le protocole d'organisation après leur diplôme donc du coup ça avait pris du retard quoi effectivement ça implique 4-5 mois de retard alors que nous la chance qu'on a eu ...la chance que j'ai eue c'est que les premiers la première année les premières IPA sorties qui est l'année avant moi du coup avait galérer 4 5 mois avant de s'implanter nous on est sorti notre implantation a été faite direct est-ce que du coup les protocoles ont été anticipés donc du coup par la direction donc voilà et après... après... voilà

Après il faut faire des réunions. Ce qui a aidé aussi à l'implantation c'est également une réunion avec les infirmières en du service pour expliquer qu'elle va être mon rôle quelle place je vais

avoir et répondre un petit peu aux questions et aux peurs qu'elles avaient et du coup ça a un petit peu clarifié la situation c'est à dire que les infirmières me considère sur un... une place médicale à un niveau médical pour en fait facilité dans leur représentation que si je leur fais une prescription bah il faut qu'elle l'applique voilà donc je suis pas je suis pas là pour la réaliser après c'est elle qui doivent le faire mais par contre... enfin voilà donc elle me classifie plus à un niveau intermédiaire entre l'infirmière et le médecin enfin voilà plus à ce niveau-là pour que pour que ce soit plus simple pour elle et en fait ça a été plus simple à être intégré en étant considéré comme ça finalement

Question de relance : tu m'as beaucoup dit que tu avais dû informer tu peux préciser :

Ouais en fait parce que au début c'est très flou mais pour tout le monde c'est très flou et puis et puis en fait il faut mettre en avant ce que tu fais en fait il faut leur identifier en fait des choses qu'elles connaissent pour qu'elles puissent mieux favoriser l'implantation et du coup les infirmières parce qu'elles connaissent les médecins les internes donc du coup on a dit bah voilà considéré moi comme un médecin et puis qui va faire des consultations et puis en fait du coup maintenant elle voit ce que je fais elle voit un petit peu enfin voilà j'ai pas le même temps de consultation je vois pas le même nombre de patients mais bon voilà

Dernière question du coup à l'inverse on a parlé de ce qui favorisait l'implantation là on va parler de selon toi qu'est ce qui pourrait être un frein à l'implantation

Bah clairement du coup si t'as pas de médecin fédérateur (rire) je te le dis parce que du coup nous on a une autre collègue qui a qui a eu un souci avec un médecin donc clairement c'est voilà donc elle a pas pu s'implanter donc voilà donc ça

Ensuite ce qui est compliqué c'est alors ...je réfléchis un peu mais au niveau médical donc il y a ça.... après si t'as une hiérarchie qui te suit pas non plus après clairement là au niveau salarial c'est aussi un petit peu compliqué donc moi j'ai eu de la chance parce que j'ai arrêté ...enfin quand j'ai commencé mon master il y a eu le Ségur donc après on est reparti en service mais après il y a eu le Ségur donc en fait quand je suis passé quand moi j'ai arrêté de faire les week-ends et tout il y a eu le Ségur donc ça m'a compenser un petit peu ma perte de salaire que j'allais avoir et ensuite ça on a eu Ségur 2 donc en fait moi clairement mon net à l'heure actuelle c'était mon ancien net avec 2 week-ends je vois pas trop de pertes à l'heure actuelle pour l'instant mais je suis pas encore passer sur la grille IPA je suis encore que sur la grille IDE donc ça aidera le jour où je serai sur la grille parce que du coup il y a quand même une prime non négligeable qui est là à l'heure actuelle mais je peux entendre que pour ceux qui ont une certaine

ancienneté ou quand il faisait 1h sup par mois bah c'est enfin moi je vois j'ai une collègue elle est plutôt en fin de carrière quand t'as fait une heure sup c'est pas du tout la même que la mienne donc du coup la différence est plus importante et donc on gagne pas grand chose donc clairement voilà au niveau salarial le manque de le manque de revalorisation ça c'est sûr ce que n'ont pas les autres Masters 2 parce qu'il faut retenir que les autres Masters 2 quand elles font des astreintes quand elles font des nuits quand elles font des week-ends elle voit pas forcément en fait ça cet impact sur le sur le salaire alors que nous l'a clairement on l'a et donc c'est un peu compliqué quand voilà il faut-il faut voilà donc là clairement au niveau salarial effectivement ça peut donner un frein on a pas on habituée à un certain train de vie et que on voit son salaire baisser c'est effectivement et pour les prochaines pour les prochaines sessions enfin c'est con mais en fait sur le salaire ils auront déjà eu le Ségur un le Ségur 2 donc pour eux il y aura plus une baisse de salaire parce que du coup ils auront plus les week-ends plus les nuit plus les astreintes clairement donc effectivement là-dessus je peux entendre que ça freine des quatre fers là-dessus et donc ça favorise pas l'implantation

Ensuite ce qui peut être compliqué c'est après oui si si t'as aussi une relation cadre IPA qui est pas harmonieuses là pour le coup quand t'as des cadres qui sont contre les infirmières pratiques avancées ça peut être compliqué aussi parce que bah ça peut être tendu et du coup enfin le lien avec le l'équipe est pas... est plutôt difficile du coup et ça peut être un peu un frein et ça peut être difficile alors si tu vas forcément tu vas te planter mais du coup au niveau de... des relations ça ...c'est avoir un peu le cul entre 2 chaises c'est pas non plus agréable là-dessus donc ... on a pas ça au niveau du CHU si tu vois tes patients on s'en fiche hein parce que tu trouves tu rapporteras des sous quoi qu'il arrive mais clairement le ressenti est pas le même et du coup ça pourrait favoriser en tout cas les départs si tu es pas bien dans ton dans ton taf c'est pas non plus voilà

et après voilà après je vois pas explorez un petit peu toutes les toutes les complications

Avec l'équipe infirmière t'as eu des freins des... des choses qui ont été difficiles

Alors avec l'équipe infirmière alors effectivement alors c'est pas le j'ai j'ai pas eu des freins en vrai je suis franchement moi comparé à d'autres collègues clairement j'ai pas eu de freins ça s'est très très bien passé suite à la dernière réunion d'information là tout le monde était convié où je pus j'ai pu expliquer en fait ce que j'allais faire franchement j'ai pas eu trop de frein je pensais en avoir plus que ça a effectivement quand j'ai fait des petites formations parce que du coup on m'en a demandé des infirmières du service qui m'ont dit non mais j'ai besoin d'être

formé là-dessus donc j'ai fait des formations et du coup il y avait quelques anciennes il y a des anciennes qui sont très ouvertes et qui disent Ah bah oui effectivement moi je pensais pas ça comme ça qu'ils sont plus sur l'échange et y'en a qui ont qui ont du mal enfin de compte que du coup... bah celle qui était considéré il y a quelques années le bébé du service maintenant soit, parce que j'étais le bébé du service à une certaine époque, mais bon maintenant en hospitalisation je suis plutôt la dernière je suis plutôt l'ancienne ça fait peur mais voilà donc avoir se lâcher prise et de se dire ouais c'est une jeune qui me forme tu vois donc il y a eu des une formation il y en a une qui a interrompu un petit peu la formation moment donné pour compléter ce que je disais mais parce que du coup j'avais pas le temps encore de l'expliquer mais donc je me suis pas après c'est à nous aussi de... de... bin aussi de manager un petit peu à ce moment-là et de laisser du coup un peu la place pour pas qu'elle se ressente aussi voilà qu'elle puisse quand même s'exprimer et compléter en même temps et dire oui effectivement donc voilà c'est quelque chose que j'ai expérimenté je... je m'en suis pas du tout plainte j'ai rien dit là dessus et en fait ça m'est remonté par les médecins derrière en disant ouais t'as fait une formation apparemment il y en a une qui a pas été cool donc en fait ça a parlé en disant que voilà je mettais des choses en place et que donc tu vois donc je dis oui mais bon après enfin voilà il faut entendre aussi au final sans même en parler effectivement je dis oui effectivement c'était c'était un petit peu difficile sur le moment mais après bon ça va se faire au fur et à mesure on verra sur les autres formations ça ça se reproduit mais bon. Voilà c'est pas ça c'est pas trop trop enfin pour l'instant j'en suis une autre depuis ça s'est pas trop reproduit voilà après c'est quand c'est aussi des inf^o voir aussi que y'a des infirmières c'est que leur bébé enfin ils ont monté tout le truc de programmes d'éducation et elles ont vécu tout tout depuis 30 ans dont certains qui sont là depuis 30 ans ils ont tout vécu et du coup voilà de laisser la place un petit peu compliqué mais bon après c'est les caractères de chacun quand t'as des étudiants c'est pareil hein ils ont chacun des caractères différents donc t'arrive à les manager différemment bah là c'est la même chose tu passes avec les infirmières quoi donc c'est normal

OK voilà écoute c'était ma dernière question est-ce qu'il y a d'autres choses dont tu voudrais me parler

Comme ça Ah Ben écoute non Ah si peut être si peut être en fait en vrai ce qui va être important aussi pour ton implantation c'est la position de ton bureau alors l'emplacement ton bureau va être important dans le sens où en fait il faut pas que tu sois je le vois parce que j'ai d'autres collègues qui ont des soucis là-dessus moi par exemple je suis-je suis très favorisé moi là-dessus je je j'ai un professeur il est cadré, carré donc j'ai moi j'ai pas de souci là-dessus mon

bureau quand je suis hors des temps de consulte je suis dans un bureau ou il y a les médecins donc en fait c'est un bureau c'est médicaux chaque médecin à son bureau moi je partage mon bureau avec une une senior enfin voilà il y a tout le monde partage son bureau avec quelqu'un mais voilà on a chacun notre bureau et on est dans un coin réservé au PC médicaux j'ai des collègues leur bureau c'est leur bureau de consult donc du coup quand t'es en service dès que dès que une infirmière va avoir besoin de toi c'est bête mais elle va avoir tendance à "tocer" quand un médecin interne va avoir besoin il va faire "tocer" et donc en fait elle est jamais tranquille enfin moi j'ai des collègues ils sont jamais tranquilles si elle veut faire de la recherche ou faire de la formation enfin elles sont toujours sollicitées et en fait elles ont pas le temps alors que clairement moi j'ai aussi un téléphone portable et un ordinateur portable professionnel que la direction du coup nous a mis à disposition et en soit si elles ont besoin de me joindre elles me joignent sur ce téléphone là mais du coup le fait de devoir téléphoner c'est beaucoup moins facile que de "tocer" à la porte du bureau qui est à 2 mètres donc clairement le positionnement aussi du de ton bureau vraiment de travail en dehors de tes consulte il va être important après je sais que par manque de place parfois il y en a ainsi leur bureau de consulte c'est leur bureau tout simple nous c'est simple on observe 2 jours on se marche déjà dessus quand tout le monde est censé consulter donc clairement on n'a pas la place de mettre les bureaux médicaux avec eux donc on est vraiment extérioriser à ça mais voilà clairement il faut ...voilà il faut.... cet emplacement là il est-il est important que tu puisses prendre de la distance effectivement enfin en plus ça te permet aussi de prendre de la distance et du coup de pas être si t'es tout le temps en service que ce soit le service traditionnel complet ou en hôpital de jour c'est tout le temps-là et du coup c'est pas forcément non plus la meilleure façon d'être bon après ça dépend si les médecins sont avec sont pareils mais voilà et ensuite et ensuite effectivement pour favoriser l'implantation et tout effectivement chez nous la direction pour favoriser l'implantation a mis en place aussi du coup les PC et les téléphones portables pour favoriser puisqu'on est en télétravail aussi on a 2 jours télétravail par semaine par mois je veux dire et du coup qu'on peut bah voilà une fois par mois on peut rester à la maison pour travailler sur les comptes-rendus travailler sur les formations travail en la possibilité donc en fait ça permet aussi d'être moins dérangé parce que il faut savoir que moi mon organisation c'est que quand je consulte pas vous comptez une place de consultation libre parce que bon 5 plages il faut quand même les remplir. Du coup je passe toujours je fais toujours un tour en service et un tour en hôpital de jour pour voir s'il y a eu des soucis si tout va bien voilà je fais du relationnel aussi également maintenant donc donc voilà et en fait du coup je fais mon tour mais du coup quand je suis en télétravail je ne sais pas ce tour-là donc tu gagnes énormément de temps parce que

ça prend à peu près 1h parce que en fait en gros je prends le café en service traditionnel je descends en plein de tables de jour et donc du coup faire la boucle ça me prend à peu près une demi-heure une demie heure et 1h s'il y a des besoins s'il y a des questions et du coup ça c'est un truc que je perds pas en télétravail donc voilà ça permet aussi d'être plus au calme essayer de pas être dérangé voilà donc ça permet aussi de favoriser aussi t'as des réunions bah du coup de faire des réunions tout à droite à gauche

Qu'est ce ca représente la position du bureau et d'avoir des outils ?

Pour le coup c'est une forme de reconnaissance oui ... après du coup je sais pas comment ça a été perçu auprès des cadres parce que du coup les cadres n'ont pas tous le téléphone et l'ordinateur professionnel donc c'est quelque chose voilà il a fallu aussi que je le fasse entendre aussi au niveau des médecins parce que du coup ça a été proposé par ma direction générale des soins et la direction générale des soins qui s'occupe que des paramédicaux et là les médecins ont dit non maintenant moi aussi on peut faire du télétravail mais on n'a pas que ça ...oui moi m'a proposé j'ai pris donc du coup j'ai eu des médecins aussi qui était jaloux là-dessus voilà maintenant donc ça se passe après je leur ai dit ouais mais tu vois en contrepartie ça ton ordinateur fixe moi j'ai pas d'ordinateur fixe j'ai que mon ordinateur professionnel c'est un tout petit écran je fais donc là clairement je suis en train de négocier avec ma direction d'avoir dans mon salle de dans mon bureau d'avoir un plus grand écran parce que clairement je me pète les yeux quand je dois faire des recherches de données bref quand tu vas faire du tri de mail c'est la même chose hein je veux dire j'ai un tout petit écran j'arrive pas à faire mon mail j'ai j'ai ma boîte avec plein de mails enfin bref c'est c'est bête hein c'est enfin sur c'est trop petit mais bon du coup je voilà j'essaye donc de négocier au fur et à mesure juste l'écran peu plus grand . Certains médecins ont dit ouais vous êtes favorisées quand même ton ordinateur et téléphone professionnel oui mais ça veut dire que les téléphones professionnels il est à la maison aussi donc si j'oublie de l'éteindre et qu'on me joint en dessus bah bah voilà je suis censé être voilà donc c'est un petit peu compliqué aussi tu vois donc voilà il faut-il faut c'est en plus pour un bien mais voilà en même temps il faut réussir à trouver sa place et puis après au final faut... faut prendre du temps faut communiquer faut parler faut voilà après c'est dans cette mine de rien ça a été que du coup je sois dans le bureau avec un médecin ça a permis aussi de bah d'échanger avec elle et du coup parfois qu'elle fasse le relais auprès des autres médecins mais du coup ça a permis un peu de de décoincer certaines situations quoi

Entretien IPA 2

Donc ma première question est ce que tu peux te présenter un petit peu, ton parcours, ce que tu fais aujourd'hui

Alors je m'appelle Laurent j'ai 42 ans je suis infirmier en pratique avancée en pathologie chronique stabilisé prévention et Poly pathologie courante en soins primaires depuis 2000 .. euh je suis diplômée depuis 2006 comme infirmier j'ai d'abord été pendant donc de 2006 à 2013 comme militaires infirmiers dans les hôpitaux des armées en hématologie ou j'avais créé tout ce qui est consultations d'annonce au niveau hémato et tout ça donc j'ai fait ça donc de 2006 à 2013 ça fait pendant 7 ans. En 2013 donc j'ai quitté la région parisienne et je me suis installé à côté de Tours où j'ai créé mon cabinet d'infirmier libéral dans une à Saint Pierre de Corse une ville qui est connu pour sa gare, beaucoup de précarité 60% de logements sociaux pas mal d'enjeux de santé publique. Et... euh donc entre-temps j'ai fait un DU d'éthique là j'avais fait un DU de plaies. Et puis... Ben voilà même si c'est dans la première agglo beaucoup de problèmes d'accès aux soins puisque du coup beaucoup de médecins qui partent mais pas du tout qui s'installe et donc commencé à ...à se poser la thématique de l'accès aux soins des patients et donc ça c'est quelque chose qui m'a vraiment intéressé depuis le début Donc travailler avec des personnes. Et est arrivé cette formation d'IPA pour lequel du coup j'ai pu m'inscrire pour le faire et puis en pensant voilà m'installer dans ce secteur de précarité où j'étais installé et puis ben en fait à la sortie pouf finalement les médecins ont plus voulu bosser. Parce que le fait qu'un infirmier puisse travailler euh puissent prescrire pardon ça... ça leur poser des grands soucis philosophiques je me suis retrouvé un peu le bec dans l'eau donc étant le vice-président de la CPTS O'Tours donc c'est la grosse agglo en fait : 50 communes 380000 habitants et 2700 professionnels de santé j'ai rencontré des médecins c'est à dire avec qui je suis donc par exemple j'ai pu faire mon stage de 2e année avec elle et bah le projet s'est défini comme ça gentiment pour m'installer avec elle est arrivé le covid pendant 2021 à 2022 j'ai géré les gros centres de vaccination sur Tours donc montage du projet mise en place du protocole tout... toute la synthèse d'une revue de littérature pour savoir ce en gros comment tu diffuses tes vaccins et schémas les indications enfin tout ça et à côté de ça j'ai toujours gardé mon vendredi pour faire quelques consultes IPA pour faire autre chose. Et puis Ben non maintenant que la vaccination est fini bah du coup je vais à temps plein sur le cabinet et donc là je suis en

train maintenant de vraiment organiser les consultations comment elles sont organisées entre nous et si ça tourne bien en septembre du coup pour l'ouvrir en terrain stage

Super ...bien merci je découvre du coup ton ...ton riche parcours quoi c'est hyper ...c'est hyper intéressant quoi... ouais et du coup bon, pour toi qu'est-ce que tu connais du métier d'IPA ?et comment tu le perçois ?

Ce que j'ai compris c'est en fait ...enfin tu as 2 axes principaux pour moi le premier dans les termes d'aujourd'hui un manager de parcours de soins on va dire même si c'est un peu plus complexe que ça mais en tout cas aider les professionnels de santé, le patient surtout dans son parcours de soin à se réapproprier le parcours de sa maladie et la gestion de sa maladie avec tout ce que ça incombe avec une vision infirmière qui reste une vision infirmière mais cette... cette vision infirmière elle a des leviers supplémentaires pour pouvoir accompagner plus loin le patient sur la gestion des symptômes l'autonomie de sa maladie donc ça c'est la première partie on va dire sur la vision chronique

EUh et puis il y a l'accès aux soins sur la partie prévention et polypathologie donc qui pour l'instant n'est pas pris en charge par la sécurité sociale mais qui va permettre du coup... moi je m'en sers pas mal sur l'évaluation gériatrique donc pour voir s'il y a des difficultés en amont en termes de dépistage...euh ... et puis on élargie au renouvellement de la PrEP (prophylaxie pré-exposition) pour les produits sexuels etc... enfin voilà il y a tout un champ des possibles donc moi je dirais ces 2 aspects : 1 -fluidificateur et gestionnaire des parcours et facilitateurs sur les parcours et petit 2 - facilitateurs de l'accès aux soins j'espère que les textes évolueront pour nous donner une pleine capacité sur ça parce que c'est aussi peut être permettre à ceux qui n'ont pas de médecin traitant de pouvoir réintégrer le parcours de soins et les aider là-dedans

Q3 et du coup selon toi c'est quoi les nouvelles compétences qu'un IPA par rapport à un infirmier

C'est des capacités d'autonomie déjà donc qui dit autonomie des responsabilités parce que là on est en pleine capacité sur nos prescriptions et tout ça donc ça veut dire quand on ... on renouvelle une ordonnance Ben ça veut dire qu'on a bien ausculté qu'on a pas dépister de problème donc c'est des capacités supplémentaires sur les examens cliniques de la prescription pharmacos des capacités supplémentaires on peut dire en ETP en création de parcours ETP je vais mettre les 2 ensemble et puis aussi on va dire en termes de santé publique sur les dépistages cancer colorectal dépistage de cancer du sein dépistage de fragilité dépistages voilà c'est des compétences supplémentaires mobilisés qui nous permettent vraiment là ou en IDE est bloqué sur certains aspects de pouvoir avoir plus de facilité sur ces parcours de passion

J Q4:OK et du coup alors là on a parlé des compétences au niveau des IPA qu'est-ce que tu imagines comme qualités professionnelles chez un IPA?

Qui est ...ce qui est important je pense que c'est quelqu'un qui alors qui doit avoir de l'expertise alors je sais que c'est autorisé mais j'ai toujours un peu de mal à visualiser le fait qu'on puisse être IPA en sortant du DE parce que je pense qu'il faut quand même acquérir une certaine vision de des parcours de soins des pathologie des patients ouais

IL faut être fédérant je pense c'est ça un truc de caractère qu'il faut-il faut arriver à un manager les susceptibilités un peu de tout le monde et savoir les conjuguer au bon endroit au bon moment en sachant vers quel axe tu vas aller jouer vers les professionnels etc...Pour pas les vexer mais en même temps savoir bien les mobiliser comment et quand il faut donc je pense ouais voilà fédérant certainement un peu stratégique pour savoir comment les mobiliser et puis pour vis-à-vis du patient c'est la disponibilité l'ouverture ça va être des traits caractère très infirmiers mais c'est vrai que les patients ils osent aborder des sujets qui n'abordent pas du tout avec leur médecin traitant et ce qui est très intéressant c'est le fait de pouvoir synthétiser tout ça au sein d'un même dossier donc ça veut dire que je vois de quoi il parle avec le médecin traitant et je vois de quoi il parle avec moi et cetera ça permet de faire une globalité de la situation et ça intéresse aussi beaucoup les médecins parce que on aborde pas les mêmes choses mais et je... je pense que c'est des visions qui ont besoin de coexister en fait elles ont besoin d'exister séparément et c'est pour ça que l'IPA, l'infirmier en pratique avancée n'est pas de la subsidiarité mais de la complémentarité ça c'est des éléments je pense à mon avis donc vraiment voilà penser en complémentaire et puis ça a un peu cédé aux sirènes un peu qu'on entend dans la télé en disant qu'on va sauver le système de santé mais plutôt voir comment on peut refédérer les choses.

J Q5 : OK du coup qu'est ce que t'imagines comme leviers pour t'intégrer dans une équipe pluridisciplinaire ? ça ...ça serait quoi pour toi les leviers

Les ...le ...les leviers... hum... je pense qu'il faut cerner les professions et en fonction des professions il faut détecter quels sont les obstacles et dans ces obstacles-là comment on vit au travers de ta profession et du patient etc. Comment tu peux lever tout ça et à partir de là tu feras le rouage indispensable pour faciliter parce qu'une fois que finalement t'as goûté à l'habitude de faire bien que tes patients ils aient des évaluations qu'ils aient l'éducation qui va avec la gestion de leur maladie. Mes médecins par exemple elles gèrent plus le diabète parce que quand le patient vient c'est déjà géré et en fait elle peuvent s'occuper d'intercurrent du jour et elles savent que le reste c'est gérer bien gérer... mieux gérer... parce que comme on peut faire et que on sait comment orienter vers de l'ETP. Oui du coup c'est des choses que les patients n'avaient pas donc ils savent que les patients montent aussi en compétence sur leur maladie et donc voilà je pense qu'il faut savoir... il faut connaître comment on construit le puzzle pour savoir où se placer

Du ...du coup j'avais l'impression que tu parles aussi d'un sentiment aussi de... d'efficacité de l'IPA en fait de prouver ...?

C'est ça si le patient ne voit pas l'intérêt de voir un IPA on est dans une société en France où il ne viendra pas. On peut ériger n'importe quelle théorie où stratégie si le patient lui n'y voit pas son intérêt personnel pourquoi au final il viendrait chez nous plutôt que chez le médecin traitant. Alors j'ai cru comprendre ça parce que par exemple là j'ai un couple que j'ai vu deux personnes âgées et ils vont pas revenir parce que c'est trop long les consultations bah forcément les 2 ils viennent en polypathologie bah moins de 2h je sais pas faire quoi pour passer les 2 donc ils ont dit à la médecin "vous vous rendez-compte ça a duré 2h"... c'est pas la même génération

Oui...

Ils ont un problème ils ont un médicament et puis voilà donc il faut que le patient y voit son intérêt il faut que chaque professionnel y voit son intérêt l'infirmière libérale y voit son intérêt parce qu'il va y avoir de la coordination de la fluidification on va rédiger les ordonnances de manière réglementaire donc elle va être moins embêtée aussi avec les caisses de redemander des ordonnances voilà. Le médecin traitant bah du coup il va voir ce qu'on va faire les ECG annuels, les spirométries, les suivis, les choses qui sont pas faites donc c'est efficacité, qualité, c'est rajouter de la qualité dans les prises en charge et apporter ce qui est nécessaire au patient dans le cadre réglementaire. Et donc ce qui est nécessaire c'est qu'il faut que chacun y trouve son intérêt.

Et du coup tout ça là l'efficacité, la qualité ça va tendre à quoi du coup?

Tu ...tu perçois comme ça a une sorte de légitimité derrière oui parce que en fait au bout d'un moment en tout cas mes médecins elles ont pas de difficulté de dire que bah ça je fais mieux qu'elles parce que c'est pas que je fais mieux qu'elles c'est que j'ai le temps de le faire et donc c'est pas une problématique et d'ailleurs on explique toujours au patient qu'ils verront toujours leur médecin mais c'est simplement qu'on va sur leur parcours de maladie chacun s'occupait d'une partie le tout synthétisé dans le dossier de soins et où tout le monde sera au courant et que au contraire ils seront encore mieux suivis sur ces aspects-là et au final les patients ils apprécient non parce que... qu'il reste. Hier j'ai eu un patient par exemple on a instauré l'insuline donc bah la médecin ...elle.... elle l'aurait pas expliquer la gestion du lecteur de l'insuline etc... Elle aurait fait l'ordonnance de soins infirmiers et bien moi il a passé 1h15 à lui expliqué et il a géré donc là jusqu'à ce week-end il essaie tout seul et si ça fonctionne pas je le revois lundi on prescrit les soins infirmiers parce qu'il doit repasser pour une écho à ce moment-là donc du coup le patient il s'est approprié la maladie on a refait un point sur tout son parcours sur l'alimentation là il doit revenir bientôt avec sa femme pour voir ce qu'elle peut faire à manger donc ça remet la dynamique

J Q6 : et du coup à l'inverse est ce que tu... il y a des des freins à l'implantation des IPA dans des équipes pluridisciplinaires

En fait il faut une alchimie intellectuelle tu si tu bosses avec un médecin qui à chaque symptôme prescrit un médicament et que toi tu vas bosser vachement sur de la iatrogénie...bin ça va pas marcher. Donc il faut une alchimie intellectuelle une alchimie de la vision du soin pour travailler ensemble moi je trouve que on parle toujours du binôme médecin infirmier et pour le coup le binôme médecin IPA c'est vraiment un binôme limite fusionnel en fait on est vraiment sur ...sur quelque chose de très proximal donc il faut être en accord sur ça pour pouvoir travailler. Ça peut créer des jalousies le fait de travailler de cette façon proximale voilà dans nos organisations par exemple Ben au final la remplaçante ça passe pas bien donc on va du coup il arrête il préfère que ça soit moi qui les suivent donc ça peut créer des tensions il faut pouvoir les... les identifier mais en soi dans le reste une fois qu'en fait on a démystifié le fantasme de l'IPA, de ce qui est fait, les infirmières libérales ne me voyait pas du tout comme un concurrent donc elles ont bien vu que bah je leur piquais pas le travail ni rien. Quand on fait des sessions de vaccination Ben c'est comme elles veulent soit je peux le faire soit elles le font ça dépend de leur charge de travail. Là par exemple on a fait des quatrième doses mercredi bon, ben ils ont fait des domicile et puis j'ai fait des gens en cabinet donc on s'est séparé le travail donc je pense qu'il faut créer de la communication et... et puis bah quand je vais commencer j'ai commencé avec 2 médecins généralistes puis là il y a une 3e qui me dit non Ben non vraiment c'est intéressant j'ai lu les dossiers j'ai vu ce que t'as fait maintenant je comprends mieux etc donc il faut créer ...voilà de et puis être authentique dans son échange quoi

J : quand tu parles de démystifier L'IPA tu fais comment ça ?

bah en fait là... pour faire simple j'ai pas trouvé meilleures stratégies alors c'est particulièrement la bonne hein mais je viens avec eux la journée ou bien une journée ou deux peu importe et en fait je fais des consultations avec eux et donc du coup on est à 2 donc bah le patient il arrive je lui dit je suis IPA la médecin dit okay d'accord on peut travailler elle remet à jour tout le dossier pendant qu'elle se met à jour le dossier j'installe le patient j'ausculte cœur, abdo, poumons les trucs à ausculter je fais-je mesure je prends la tension et tous les paramètres si j'ai un doute sur l'auscultation, de ce que j'entends je fais juste un petit signe elle comprend et du coup elle vient vérifier surtout si par exemple j'entends un souffle ou des choses comme ça au niveau cardio je sais pas si ça existait avant donc du coup elle me dit "non non mais c'est bon là c'est okay machin" donc on fait comme ça et puis bah du coup après elle fait sa prescription en fonction si le patient entend ou pas j'ai dit tiens est-ce que tu rajoutes une CRP où est-ce que tu fais ça dans quel cadre elle m'explique et et si bien que du... à la fin de la consultation elle me dit bah tiens tu vois à la personne d'après elle est diabétique bah je vais te présenter comme ça tu vas pouvoir programmer un rendez-vous et je prends mon doctolib et je calle un rendez-vous directement et comme ça... ça permet de travailler ensemble et puis je me conforme à la pratique de la

personne c'est à dire que voilà il y a les 3 médecins il y a des petites exigences qui sont un peu différentes mais c'est très mineur donc bah j'essaie de me conformer à l'exigence de chaque personne avec le médecin etc...

Et puis comme ça dans le suivi tout le monde est content et donc voilà c'est plus pour démystifier j'ai été j'ai travaillé avec, j'ai été en stage ça aide un peu et puis je montre concrètement ce que c'est et qu'est-ce que ça n'est pas... Par exemple ils entendent parler de la primo prescription "ouais j'ai entendu publié la primo prescription mais je comprends pas" j'ai dit non mais tu vois par exemple je fais le le pied diabétique machin monofilament je peux pas prescrire la podologue je dis c'est un peu con enfin "ouais mais c'est ça la primo prescription" bah je dis Ah ouais non c'est sûr c'est pas l'introduction des bêtabloquants voilà "Ah ouais d'accord ouais ouais c'est vrai que ça on s'en fout ouais" j'ai dit non puis l'introduction en fait c'est vous qui allait la faire mais quand on travaille intelligemment et Ben c'est pas une problématique Là le patient que j'ai eu l'autre jour il est venu pour son suivi diabétique il avait eu l'instauration par la médecin généraliste du Trulicity® parce que son diabète est en décompensation et donc je le rejoins il parle de douleur sous épigastrique etc... Donc évidemment de suite on pense au risque de pancréatite donc je vois et comme il est écrit dans les textes le diagnostic et la stratégie thérapeutique et dessiné par le médecin donc j'ai vu avec elle j'ai dit bah voilà il y a ça je ferais bien demi-dose et je prescrirais bien une lipase pour vérifier s'il n'y a pas de souci sur ça est ce que t'es OK dans la réponse par texto oui OK d'accord. Donc j'ai prescrit les trucs j'ai mis dans le dossier au vu des discussions médecins généralistes diagnostic stratégique ta petit que tac tac tac et prescrit ça ça et puis en fait ils voient bien que on... on cherche pas à leur voler des patients

Du coup en fait quand tu fais ces temps de consultation avec eux ça donne aussi ça .. ça t'apportes?

En fait ça permet que le patient il identifie la personne et pour le patient le fait que 1 je travaille avec et 2 je suis dans les mêmes locaux voir le même bureau quand elles sont pas là parce que j'utilise leur bureau etc Ben pour le patient ça crée une légitimité et donc le patient il vient aussi rassurer parce qu'il dit tiens tout ça ça a l'air bien coordonné ça a l'air bien de fonctionner donc OK bah je j'essaye je vois et je vois ce que ça m'apporte donc ça c'est plutôt c'est plutôt facilitants

D'accord le fait de bien travailler ensemble c'est un truc ...

C'est à la fois le soutien des médecins sur l'exercice etc et puis le soutien des patients sur la gestion de leur maladie c'est vraiment et puis le soutien des IDEL sur le maintien à domicile le soutien de voilà c'est c'est c'est différents soutiens. Je pense que c'est un peu le traducteur, on vient au milieu d'une prise en charge où les acteurs ont du mal à travailler ensemble parce que la vision médicale c'est une vision médicale, la vision infirmière elle est infirmière et nous on arrive et on fait la traduction entre les 2 quoi et finalement c'est quand même et puis ça amène les médecins ceux qui travaillent avec IPA tu vers un changement de paradigme qui donc est-ce qu'il a vraiment il y a besoin de 10 ans d'études pour

un nez qui coule enfin il y a il y a plein de questions comme ça que le monde des médecin vous dise “non non vous interdit de faire ça mais en vrai des complications en 22 ans j'en ai vu une “elle me dit “est ce que ça vaut le coup de mobiliser tout le temps des gens qui ont 10 ans d'études pour une complication en 22 ans voilà et de priver tous les autres de l'accès à ce soin-là”. Donc je pense qu'on peut arriver à faire des choses et puis il faut juste bien le border et puis le faire en... en intelligence mais après c'est sûr que c'est difficile de transposer l'exercice en réglementation juridique. Ouais ouais ça ça c'est le plus compliqué ça ça ça représente aujourd'hui une limite là... le... le décret bien moi par exemple ce que je disais c'est que je disais moi je dis là l'accès direct en fait il m'intéresse, enfin pas des trucs mais en fait quand même les gens du cabinet qui sont tous de suivis par le médecin en fait il prend des rendez-vous directement et puis ceux qui ont pas de médecin traitant juste. Après que je fasse la synthèse avec le médecin, avec les gens autour je dit pas de souci ç'est pas le problème je suis là pour ça mais le reste si il y a un protocole faire des... des papiers d'autorisation pour tout c'est quand même ...on est quand même des professionnels ...c'est le plus chiant de travailler d'un point de vue administratif comment est-ce qu'on va encourager les médecins travailler avec des gens avec qui il faut faire plein de papiers c'est pas très encourageant quoi. Donc je pense qu'il faut faire confiance aux équipes et puis après il y aura toujours des gens qui crieront au loup toute leur vie nous. Moi je j'ai du mal à comprendre comment est ce que l'IPA pourrait faire des choses moins bien que le renouvellement d'ordonnance tout simple en pharmacie voilà je parce que en pharmacie y a pas d'auscultation y a rien y a pas de vérification, il y a pas d'accès au dossier médical il y a pas d'accès à etc voilà à partir de là je sais pas comment on peut faire pire...

Moi j'ai fini avec mes questions ouais déjà je te remercie, est-ce qu'il y a des choses que tu aimerais rajouter ?

Ouais finalement ton expertise c'est l'expertise c'est notre premier levier quoi ouais et c'est pour ça c'est un peu différent des fois j'ai déjà entendu là donc les jeunes qui veulent faire se former IPA mais ça va t'apporter quoi ? Il faut quand même de l'approche populationnelle de parcours, il faut et puis il faut savoir manager tout ça donc c'est pas ...après voilà le plus dur ça reste quand même manager les infirmiers je suis assez conciliant assez facilitant, c'est pas trop un problème mais je pense que c'est des profils bien particuliers. Je le vois aujourd'hui quand tu veux mettre en place des choses si t'as pas des ... des qualités personnelles en tout cas au-delà juste du professionnel mais de la capacité à alors aller on va dire manager ou en tout cas avoir la compréhension du fonctionnement de chacun pour trouver ta place parce qu'en fait aujourd'hui là c'est-ce qu'il y a à faire. Donc c'est... c'est ça c'est hyper beau voir les belles théories, des décrets, des décrets en fait mais le principal c'est quasiment de la sociologie comment tu es leader, comment tu trouves ta place, comment tu apportes une plus-value.

Entretien Médecin 1

Q1 : Pour commencer vous pouvez, vous présenter, votre parcours professionnel, votre poste ? :

Je suis une médecin endocrinologue spécialisée en diabétologie je travaille depuis 8 ans dans le même service, en service donc de diabétologie dans un établissement public avec des missions en hôpital de jour, des consultations donc avec une équipe pluridisciplinaire je peux aussi bien travailler avec des adultes qu'avec des enfants je suis aussi formée à l'éducation thérapeutique voilà je pense avoir fait un peu près le tour.

Q2 : Okay très bien merci ... Vous pouvez me dire ce que vous savez sur les IPA , ce que vous avez compris ?

Oui on en entend un petit peu parler depuis maintenant quelques années donc j'ai bien compris que c'était des infirmières "plus" avec un droit de prescription qui se fait avec le médecin en charge de la prise en charge c'est aussi des infirmiers qui peuvent faire de l'éducation thérapeutique si je ne me trompe pas. Après je crois que il y a euh ... des missions de coordination j'imagine que c'est des infirmières qui peuvent faire le lien entre la ville et l'hôpital. Ah j'ai oublié de préciser que je pense que ce sont des infirmières qui sont capables d'assurer des suivis individuels d'accompagnement de patients ok après je sais pas si j'oublie des choses Ah on m'a parlé aussi de la possibilité de former les infirmières du service. C'est une position un peu plus proche du médecin

Q3 : D'accord, et du coup pour vous c'est quoi les nouvelles compétences de l'IPA par rapport à un infirmier ?

Ah c'est compliqué je pense que c'est déjà des infirmières avec des compétences cliniques un regard plus pointu une ...comment dire ça une analyse clinique plus poussée. Je pense aussi qu'elles doivent être autonomes pourquoi pas...hummm... être force de proposition finalement parfois accompagner les équipes dans des pratiques nouvelles avoir un peu un rôle de supervision et d'accompagnement oui. Après je pense qu'elles doivent avoir des compétences dans l'examen clinique et l'analyse des examens paracliniques même si certaines infirmières de mon service sont déjà calées sur le sujet. Je pense qu'il doit avoir peut être plus de réflexion plus de lien avec l'extra hospitalier pourquoi pas appelé les médecins traitants, les infirmières libérales on peut imaginer qu'elle soit aussi en support des infirmières libérales

Q4: On a parlé des compétences maintenant j'aimerais savoir ce vous aimeriez avoir comme qualités chez un IPA?

Ah j'aimerais comme je le disais qu'elle ait des compétences cliniques. j'aimerais bien aussi que finalement elle soit dans un entre 2 entre le médecin et l'infirmier pour parfois faire les passerelles je pense que humainement et professionnellement il faut faire preuve d'intelligence pour trouver sa place ça doit pas être facile parce que j'imagine que la nouvelle place proche des médecins et coacher les infirmiers ça peut être compliqué de trouver sa place puis il y a les cadres aussi c'est pas évident je pense que en plus des qualités professionnelles d'ailleurs j'ai pas parlé mais j'imagine que c'est des infirmières qui ont une vision très globale de la prise en charge donc je disais en plus des qualités professionnelles je pense qu'il faut aussi avoir un peu d'expérience de recul pour pouvoir dire aux infirmières qu'il faudrait changer des choses.

Q de relance: vous parlez de coacher des infirmiers qu'est-ce que vous entendez comme compétence derrière ça ?

je pense à ...à ... comment dire Ah un peu de management quoi mais... mais dans les soins finalement être un peu dans la proposition, dans l'aide aux équipes sur des situations compliquées ou des nouveaux protocoles un peu comme avant des fois il y avait des infirmières un peu en chef (mime des guillemets) qui finalement enfin vers qui on allait quand on était en difficulté dans une prise en charge...un positionnement un peu en retrait de l'équipe mais en même temps auprès d'elle quoi. D'apporter quelque chose de ...de différent mais toujours sur un volet clinique finalement ça pourrait être vu comme un soutien aux équipes dans la nouveauté ou dans la complexité.

Q5: Qu'est ce qui faciliterait son intégration dans une équipe pluridisciplinaire ? Finalement quels pourraient être les leviers?

Ah ça c'est une bonne question (rire) ... je pense qu'il faut que tous les membres de l'équipe soient ouverts et au courant de ce qui est différent d'un médecin, d'un interne, d'une infirmière, ou ... ou finalement même d'un cadre. Ça c'est le versant qui appartient un peu à l'équipe d'être bien accueilli par les médecins bien accompagné que le projet soit réfléchi et aussi qu'il y ait de la demande parce que ça me revient maintenant c'est plutôt pour les pathologies chroniques je l'ai pas dit tout à l'heure donc il faut aussi un service où on rencontre régulièrement des patients chroniques qui ont pas forcément besoin de venir me voir pour avoir une ordonnance finalement l'infirmière elle l'est aujourd'hui tout aussi compétentes il y a beaucoup d'infirmières qui sont expertes dans leur domaine qui gèrent très bien les posologie l'adaptation des traitements mais aussi les nouveaux matériels chez nous on a régulièrement des nouveaux

matériel, des nouveaux boîtiers, des nouveaux systèmes de mesures de ...de la glycémie ou des nouveaux stylos d'injection même des nouveaux traitements donc ça aussi ça va être important qu'il y ait une demande pour que leur place elle soit facile à créer après auprès des équipes comme je le disais je pense que ça va aider de montrer qu'ils ont des connaissances je pense que participer à des... des moments avec les équipes infirmières, les médecins, les moments d'éducation thérapeutique mais aussi les réflexions sur les prises en charges les synthèses pluridisciplinaires. Auprès des médecins moi j'ai pas de problème à laisser des tâches comme la prescription mais peut être que auprès d'autres médecins il va falloir prouver que on sait les choses qu'on peut apporter des choses différentes c'est pareil pour les équipes infirmières finalement dans les services de diabète' il y a beaucoup d'infirmières qui sont déjà autonomes il va falloir montrer le plus. Le plus je pense que c'est dans les moments où il faut coacher ou les moments où il faut accompagner les équipes ça peut être des temps oui où bah l'infirmier de pratiques avancées il va faire sa place différemment de l'infirmière après je pense aussi qu'avoir une équipe ouverte accueillante ça peut largement contribuer enfin j'imagine.

Q6: okay d'accord ...A l'inverse du coup, qu'est ce qui gênerait l'intégration de l'IPA dans une équipe pluridisciplinaire? Qu'elles sont...seraient les freins ?

Oula j'ai pas le droit de juste répondre l'inverse de la question d'avant (rire) ..?

(Rire) Ça serait mieux si vous répondiez (rire)

Non plus sérieusement je pense que comme je le disais finalement les freins ils vont être si les professionnels ne comprennent pas ce que c'est la pratique avancée ce que ça va apporter de différents, de plus. Après il y a toujours les guerres de clochers entre infirmiers médecins cadres là le poste il est compliqué j'imagine que peut être certains médecins même si je vois pas ça dans mon service pourrait avoir du mal à laisser l'infirmière prescrire ou a finalement changé les habitudes du service je peux aussi imaginer que les cadres voit pas d'un bon œil le ...le coaching d'équipe parce que y a des cadres qui font encore ça même si c'est c'est plutôt rare surtout chez nous les équipes sont assez autonomes. Finalement ce qui va être dur c'est trouver sa place et puis c'est nouveau ça c'est aussi quelque chose qui compliqué un petit peu comment on perçoit ce... ce métier aujourd'hui nous on en a pas dans notre service donc c'est dur de se s'imaginer ce qui pourrait être compliqué. Peut-être on... on en parle pas mais les patients, les patients qui... qui sont peut être habitués à leur médecin il y a un côté rassurant quoique chez nous on diabète' c'est plutôt habituel que l'infirmière ait beaucoup de place ou peut-être je sais pas les médecins de ville ou les pharmaciens les spécialistes recevoir des prescriptions, des courriers d'infirmier plutôt que de médecin je sais pas comment ça passerait ce qui est sûr c'est

que il peut avoir des résistances dans les équipes même chez les infirmières plus anciennes très expérimentées très autonomes qui peuvent ne pas comprendre ce qui vace que vont apporter les IPA

Après dans les freins je sais pas on on a bien vu et entendu que tous les médecins voulez pas forcément déléguer la prescription on a vu passer des... des articles des... des mauvaises visions de ce que pourrait être les IPA. Après non je pense, que enfin j'imagine que quand on envoie un infirmier se former pendant 2 ans c'est que on a envie de l'accueillir voilà je sais pas si j'aurais bien répondu à la question...

Très bien merci , il y a d'autres choses dont vous auriez aimé me parler?

Non pas vraiment c'est un sujet intéressant je crois que j'ai déjà dit beaucoup de choses (rire) en tout cas ouais j'imagine que c'est une belle avancée une belle perspective et que de toute façon il y a des infirmiers qui sont compétents et on manque aussi de moyens il faut qu'on puisse répondre à ça. Et c'est une bonne chose je crois c'est peut-être pas facile à mettre en place mais ça va être une bonne chose ouais , j'en reste convaincue j'en reste persuadée ça va être une bonne chose en tout cas on merci parce que ça fait réfléchir aussi de se poser sur le sujet.

Entretien médecin 2

Du coup je vais commencer si vous êtes d'accord par une question très générale si vous pouvez vous présenter brièvement votre parcours ce que vous faites et tout ça

Okay Okay alors je suis médecin psychiatre, je suis praticien hospitalier en service public au centre psychothérapeutique de Nancy et j'y travaille depuis ma thèse 2008 c'était en 2008 donc ça fait 14 ans déjà (rire). Je suis passé par plusieurs postes purement ambulatoire depuis que je suis diplômé donc je suis passé dans plusieurs CMP, en... une carcéral et je me suis spécialisé en réhabilitation psychosocial j'ai une formation en médiation cognitive d'ETP j'ai pu créer une unité de remédiation cognitive en 2015 qui est devenu un centre support de réhabilitation en 2019 avec l'instruction sur le déploiement de la réhab' et puis là depuis une semaine je suis responsable du département de réhabilitation psychosociale de Nancy avec plein de structures de donc va falloir revoir tout ça. Voilà je sais pas si c'est suffisant au niveau...

Très bien très bien du coup ma première question est ce que grosso modo qu'est-ce que vous connaissez des IPA qu'elle se ce que vous avez compris tout ça ?

Alors euhhh... les IPA on entend parler j'en ai entendu parler depuis 4 ans. On a eu des présentations institutionnelles au niveau des instances de l'hôpital notamment je suis à la CME aussi donc on a une présentation des ...des ...des formateurs et puis les ...les... les donc présentations par le directeur des soins et des formatrices référentes il y avait aussi un médecin un ...et un universitaire aussi ... deux médecins universitaires qui étaient chargés de pouvoir élaborer la formation dans la spécialité psychiatrie la 2e année donc on a présenté immédiatement assez rapidement enfin plutôt les... les ce qui était attendu du métier c'est à dire à la fois bah l'aspect de la formation sur 2 années que des ...que ...qui il ait des infirmiers qui puissent faire ça se faire connaître et ce qu'il souhaiterait pouvoir investir dans ce ...ce nouveau métier avec l'attendu de notamment un projet professionnel par la suite en tant qu'infirmier pratique avancée sur les différentes dimensions à la fois d'un point de vue clinique transversale et analyse de pratique et l'aspect recherche.

d'accord et

Oui

allez y allez y

Alors personnellement je... je m'étais porté volontaire pour faire quelques cours aussi aux IPA donc je... je donne quelques cours sur la..la les spécialités sur tout ce qui est de la remédiation et de la psychothérapie, thérapie de groupe, remédiation cognitive et éducation thérapeutique. Il y en a déjà diplômé à Nancy, pas directement dans là où je travaillais j'étais responsable avant il y avait un IPA qui était sur un centre d'intervention précoce dans le dépistage précoce qui a pris son poste en juin ou juillet 2021 et dont l'origine en tout cas enfin de ...de son travail c'était déjà d'élaborer le protocole le ...le... le protocole de.... de le... le protocole de de ...

Le spécifique aux IPA? du coup protocole d'organisation.

C'est ça le protocole d'organisation avec... avec l'équipe médicale sur les... conditions des prescriptions, du retour au médecin, de l'entrée dans le dispositif, du ... du contrat tripartite entre le médecin l'IPA et le patient. Tout ça il y a aussi il a aussi un temps spécifique dédié à la recherche qui est là posé de manière institutionnelle, un temps de formation aussi des IPA et d'analyse des pratiques où là c'est plus spécifiquement sur la l'intervention précoce dans les psychoses et l'équipe de case manager

D'accord du coup au vu de ce que vous savez, là, du métier d'IPA par rapport à un infirmier quelles ...quelles compétences vous voyez nouvelles chez l'IPA plutôt que chez l'infirmier ?

Alors déjà ...je vois d'un point de vue médical mais le ... le point de vue d'aide à la prescription. C'est quand même important parce que il y a cette compétence que les infirmiers n'ont pas qu'en termes de prescriptions médicamenteuses mais pas que je pense aussi aux aux prescriptions d'examens biologiques et de ...de coordination plus spécifique avec la médecine de ville. Alors les infirmiers du CMP font le enfin en tout cas chez moi ils le font déjà enfin dans le sens qu'ils sont en lien avec la médecine générale avec mais là c'est un petit peu plus poussé que ça puisse quand même des possibilités de pouvoir.... de pouvoir le ...le faire directement sanssans forcément venir demander au médecin de ...de faire telle ou telle chose ça c'est quelque chose de d'assez spécifique aux IPA enfin ça fait partie des très spécifique du poste IPA. L'autre point aussi c'est l'aspect analyse de pratique aussi les infirmiers elles le font pas... pas forcément l'IPA il a cette légitimité là de pouvoir.... de pouvoir réaliser l'analyse de pratique, de pouvoir renforcer les compétences des ...des...des de ses collègues, des collègues infirmiers toujours ça c'est quelque chose voilà ça parle de collègues d'autres non enfin c'est...

Normalement ça reste des collègues effectivement

Je vois bien que ça pose question parce que sais pas si vous avez même le même débat aussi encore de l'encadrement est-ce que ça dépend de l'encadrement du cadre de santé ou ça dépend du cadre sup' de santé on sent qu'il y a un espèce de flottement comme ça avec l'arrivée avec l'arrivée du nouveau métier

Effectivement c'est des des ...des zones un peu grises qu'on retrouve un peu partout finalement qui va encadrer quelle posture prendre

ouais c'est pas évident quand même parce que la vision que vous auriez c'est que l'IPA à un leadership clinique c'est à dire que l'IPA a un certain nombre de compétences dans l'accompagnement des patients du parcours des patients, des coordinations de parcours de patient que je trouve est très différent du cadre de santé qui lui il y a un leadership managérial celle de l'organisation pas auprès des patients mais de l'organisation du travail des professionnels qui vont accompagner le patient et je trouve que c'est pas c'est pas forcément évident trouver cet équilibre-là on entre les deux. C'est pas non plus évident de trouver sa place avec les autres infirmiers. C'est pas non plus évident avec les médecins aussi où aussi vous y trouvez une rigidité médicale où certains qui sont plus dirais plus... plus... peut être plus... plus ouvert c'est un peu compliqué aussi de certains de la.. peut être de de lâcher la .. le... la prescription de pouvoir la déléguer à d'autres, tout le monde n'est pas... on n'est pas équipé pour ça.

Effectivement c'est des thématiques qu'on retrouve régulièrement en fait hein c'est cette cette position qui est difficile à prendre du coup. Là on parlait des compétences professionnelles il y a des qualités aussi que vous aimeriez retrouver chez l'IPA vous ?

Des qualités ... pas ... en termes vous voulez dire en termes de qualité pour le métier ?

Oui pour le métier oui,... voilà comment vous le percevez ?

Alors qu'il faut, qu'il soit très très adaptatif, qu'il soit curieux, qu'il soit réactif qu'il puisse aussi être force de proposition tout en ayant une capacité à pouvoir trouver des compromis et c'est beaucoup de qualités à avoir c'est un peu les qualités des case manager en plus. Un peu classique il y a quand même intérêt à... à ce qui est je trouve une adaptation par rapport l'environnement dans lequel il est et puis aussi par rapport aux... aux situations des patients qui l'accompagne parce que ...parce que de part son métier il doit aller quand même plus loin que... que ... qu'un infirmier entre guillemets standard au CMP alors je dis là standard son sens sans aspect négatif. Il faut qu'il fasse preuve d'une certaine flexibilité et qui puisse aller plus loin et

qu'il puisse faire je dirais défendre le fait d'aller plus loin d'accordJe sais pas si je suis clair voilà .

Si, si, si très bien si si du coup tout c'est vrai que tout à l'heure vous parliez de... de l'implantation dans l'équipe pluridisciplinaire ça c'est quelque chose qui est... qui effectivement qui m'intéresse beaucoup qu'est-ce que vous percevez qui pourrait être facilitateur dans l'implantation dans une équipe

A mon avis mon avis ce qui est-ce qui est peut être manqué chez nous et on a ça chez d'autres c'est qu'il faut pas forcément mettre en avant qu'on a ses compétences, c'est qu'il faut arriver à montrer qu'on a une plus-value très concret dans l'accompagnement des patients, dans la vie de l'équipe, etc. Je dirais que le point faible ça a été de dire bah voilà on vient avec telle compétence et on va faire si on va faire ça etc oui OK mais les ...les gens ont besoin de voir très concrètement la plus-value de l'IPA et que c'est parce que là ... là comment dire le la légitimité du métier c'est aussi de pouvoir le mettre en en pratique, c'est pas juste dire voilà on va pouvoir faire. Le protocole ça prend ça a pris sens à partir du moment il va commencer à devenir concret je vais tout toute la phase de préparation avant je dirais que les gens OK on on le sait de manière théorique, ouais mais dans la pratique pour l'instant on ne voit pas on voit pas de l'apport ni la différence.

Et du coup cette plus-value elle pourrait se démontrer par quel genre de d'activité ? de choses ?

Bin justement l'accompagnement des patients, la satisfaction des patients et de leurs proches dans les ...les relations dans le ...le renforcement des compétences des infirmiers de ce que eux ce qu'ils en disent, de la facilité des ... des relations du trépied médecin-IPA-patient enfin des... des actions concrètes. Et puis alors c'est pas évident il faut.... faut pouvoir faire sa place alors que c'est un nouveau métier et c'est à dire on peut pas s'appuyer sur référence ancienne. Il se trouve que sur notre établissement il y a deux nouveaux métiers qui arrivent en même temps qui ont le même... je dirais ...les mêmes défis de... de pouvoir aussi démontrer l'apport qu'ils... qu'ils amènent aux personnes qui sont pas convaincus parce que voilà il y a aussi cette différence là , l'autre métier c'est médiateurs de santé pairs qui arriver en sur la même année et qui il y a un certain nombre de... de je dirais de défis semblables en terme de oui... c'est ...c'est utile qui ...qu'il y a une compétence de médiateurs de santé pairs dans une équipe de psychiatrie que l'enjeu c'est pas trop de convaincre convaincu ça c'est assez facile c'est aussi dede convaincre les indécis voir les franchement réfractaires et force est de constater il y en a

chez nous mais j'imagine que dans les autres établissements mais confronté aussi à cette situation personne remettre en doute la ...l'assise du médecin, de l'infirmier, du psychologue etc c'est une compétence présente depuis longtemps il y a une expérience et cetera. Là le défi en plus c'est de montrer la plus-value de ce que ça peut apporter

Et... et du coup là, on a parlé de ...de ce qui favoriserait le l'implantation il y a aussi des freins que vous arrivez à identifier à l'implantation du coup de l'IPA dans une équipe pluridisciplinaire

Alors les représentations du métier hein “c'est pour remplacer les médecins” c'est pour prendre la place des médecins donc ça ... ça fait rager les médecins “c'est des super l'infirmier” donc ça fait rager les infirmiers car ils sont mieux que les autres. Vous avez l'aspect c'est si justes c'est des économies faites Ben justement sur l'infirmier c'est moins cher un IPA c'est qu'un médical ça... ça c'est d'un point de vue administratif

Ouais y a beaucoup effectivement il y a un travail sur les représentations

Chez nous les syndicats ont présenté comme “il y a des super infirmiers qui sont formés et qui vont venir expliquer à leurs collègues comment il faut faire pour bien travailler” c'est pas ce qu'il y a de mieux hein. Ah oui ce qui est compliqué c'est pas... la mise en place concrète c'est... c'est le fait aussi que trouver un équilibre de travail entre entre les différentes compétences: de l'analyse de pratique, l'aspect recherche, l'aspect coordination etc c'est... c'est des très belles compétences sur le papier mais ça prend du temps à faire tout ça. C'est pas... c'est pas une évidence je connais une collègue IPA à 80 pourcent qui est sur 2CMP qui a un temps recherche en même temps bah là une activité très ... très découpé et peu présentes sur les différents sites c'est pas très confortable ne serait-ce qu'en termes d'intégration. Vous me parliez de nouvelles compétences qui sont attendues par certain les compétences leadership clinique par exemple c'est quelque chose qu'on effectivement qu'on retrouve pas forcément chez les infirmiers à mon avis il faut pas qu'il arrive en disant je sais-je vais vous montrer comment (rire). J'aurai plutôt appuyer sur le fait qu'il y a une possibilité de... d'appuyer sur les évaluations pratiques peut être sur ... sur l'accompagnement patient ,qui peut être aussi une force de proposition sur les ... les des aspects théoriques aussi qui peut apporter aux équipes parce qu'il y a aussi la recherche paramédicale , sur l'évolution du métier alors tout le monde n'est pas égaux sur l'accès à la formation et puis vous pouvez avoir un sacré delta sur les compétences infirmières dans un CMP par exemple c'est ... c'est le cas chez nous mais je pense ça fait pas forcément c'est ça doit pas faire exception. En fait c'est vrai que cette compétence elle est du coup... j'ai l'impression

qu'elle met une sorte d'ambiguïté finalement un truc très positif mais en même temps un peu passez moi l'expression un peu "casse-gueule". Cette compétence avec donne un équilibre difficile à trouver il y a des moments c'est plus compliqué que d'autres ça veut pas dire que ça avance pas mais que c'est pas évident

Est-ce qu'il y a d'autres choses dont vous aimeriez me parler comme ça au fil de cette discussion sur les IPA ?

Je dirais un des points aussi dans... dans la représentation c'est je dirais, je dis ça par expérience, mais la première présentation que j'ai eu c'était l'IPA vient combler les manques qui a un peu partout et je dis "ouh là "s'il faut qu'il comble le problème de manque médical, infirmier, des suivis, des aidants mais tout seul et se dire plus faut qu'il soit transversale avec plusieurs structures ... ouais... enfin je veux dire derrière c'est ... c'est enfin... je il y a beaucoup de compétences mais ça veut pas dire qu'elles sont... elles peuvent être toutes être mises en ... en place. Une journée c'est que 24h je crois qu'il y a aussi cette vigilance là. Nouse' est un peu pareil on m'explique "Ah bah c'est super i va pouvoir aller sur 10 unités différentes présenter son métier" non enfin ... c'est ouais... En fait les compétences spécifiques, la compétence autour de la ... la prescription du suivi médicamenteux etc ça c'est ça c'est précieux et spécifique alors je dis pas ça parce qu'on manque de médecins mais je dis ça parce que c'est ... c'est quelque chose que les autres n'ont pas effectivement et puis elle a été très mise en avant finalement cette compétence parce que quand on parle des IPA c'est les infirmiers prescripteurs. Cette compétence peut se mettre en place que s'il y a du protocole organisation c'est à dire un accord aussi avec le médecin et l'équipe médicale donc c'est pas l'infirmier tout seul qui va comme ça. Sur notre région s'était posé la question de de l'évaluation en urgence en première intention par les IPA en tout cas les compétences lui permettent pas de le faire comme ça le effectivement il y a rien dans le décret qui... qui acte ça. Aussi un des points faudrait faire attention par la suite mais c'est par expérience aussi attention aussi à ne pas mélanger et faire une formation d'IPA et de vouloir faire cadre de santé c'est pas du tout pareil je connais ... je connais des IPA je pense qu'il était intéressé par faire IPA mais qui sont voilà qui irait dans ce positionnement un peu d'organisationnel, cadre d'organisation de services... ça me semble voilà des fois il y a je dirais que voilà c'est... mais le métier de cadre de santé ou bien d'IPA c'est différent à l'origine se sont des infirmiers et les formations IPA et la formation management d'équipe c'est pas la même chose que la formation clinique et de compétences accompagnement parcours patient c'est pas pareil.

AUTEUR(E) : Nom : Maniez

Prénom : Jocelyn

Date de soutenance : 06 juillet 2022

Titre du mémoire : Leadership et implantation de l'infirmier en pratique avancée

Mots-clés libres: Clinical leadership, Advanced Practice Nurse, Implementation, Expertise, Professional identity, Recognition and legitimacy

Résumé anglais :

In my professional projection as an Advanced Practice Nurse (APN), clinical leadership has always had an important place. During my first year placement, two situations struck me. One was because my clinical leadership was valued by being recognised as having clinical expertise. In the other situation, weakened by negative representations and a lack of legitimacy, I had not managed to participate in clinical exchanges.

Following these observations, I decided to question myself on the role of leadership in the implementation of APN. To organise my research I used the IMRAD method.

My research explored the concepts of leadership, representations and professional identity, recognition and legitimacy and expertise. This conceptual framework enabled me to determine concomitant relationships between all these concepts and the implementation of IPA. Thus, I chose as my research question: How does clinical leadership promote the implementation of APN among caregivers? First, I put forward two hypotheses:

The APN's clinical leadership makes it possible to demonstrate his or her clinical expertise, thereby promoting legitimacy among caregivers.

The implementation of the APN is linked to the recognition of his or her clinical leadership.

In order to provide some answers, I conducted a qualitative survey through semi-directive interviews with six health professionals: nurses, APNs and doctors.

The analysis of my results enabled me to validate the first hypothesis and to partially validate the second.

The analysis of my results allowed me to validate the hypothesis and partially validate the second one. A reflection on interdisciplinarity and the importance of professional identity in the implementation of APNs emerged from this work.

Directeur de mémoire : Me Kozlowski Veronique

AUTEUR(E) : Nom : Maniez

Prénom : Jocelyn

Date de soutenance : 06 juillet 2022 à 15h

Titre du mémoire : Leadership et implantation de l'infirmier en pratique avancée

Mots-clés libres : Leadership clinique, Infirmier en pratique avancée, Implantation, Expertise, Identité professionnelle, Reconnaissance et légitimité

Résumé :

Dans ma projection professionnelle en tant qu'IPA le Leadership clinique a toujours eu une place importante. Lors de mon stage de première année, deux situations m'ont interpellé. L'une d'elle parce mon leadership clinique était valorisé en étant reconnu comme ayant une expertise clinique. Dans l'autre situation, fragilisé par des représentations négatives et un manque de légitimité, je n'avais pas réussi à participer aux échanges cliniques. C'est suite à ces constats que j'ai décidé de me questionner sur le rôle du leadership dans l'implantation de l'IPA. Pour organiser mes recherches j'ai utilisé la méthode IMRAD.

Mes recherches ont exploré les concepts de leadership, de représentations et d'identité professionnelle, de reconnaissance et légitimité et d'expertise. Ce cadre conceptuel m'a permis de déterminer des relations concomitantes entre tous ces concepts et l'implantation de l'IPA. Ainsi j'ai choisi comme question de recherche : En quoi, le leadership clinique favorise-t-il l'implantation de l'IPA auprès des soignants ? Dans un premier temps j'ai émis 2 hypothèses :

- Le leadership clinique de l'IPA permet de démontrer son expertise clinique favorisant sa légitimité auprès des soignants.
- L'implantation de l'IPA est liée à la reconnaissance de son leadership clinique.

Pour apporter des éléments de réponses j'ai mené une enquête qualitative par des entretiens semi-directifs auprès de six professionnels de santé : IDE, IPA et médecins.

L'analyse de mes résultats m'a permis de valider la première hypothèse et de partiellement valider la seconde.

Une réflexion autour de l'interdisciplinarité et de l'importance de l'identité professionnelle dans l'implantation des IPA a pu émerger de ce travail.

Directeur de mémoire : Me Kozlowski Veronique