Réussir l'implantation d'un infirmier en pratique avancée : le rôle du cadre de santé

Delphine André Peton

▶ **To cite this version:**

Delphine André Peton. Réussir l'implantation d'un infirmier en pratique avancée : le rôle du cadre de santé. Sciences de l'Homme et Société. 2023. dumas-04295690

HAL Id: dumas-04295690

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04295690

Submitted on 20 Nov 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

Institut de Formation de Cadres de Santé
CHU de Brest

Université de Brest Occidentale

Master Mention Administration Economique et Sociale
Parcours Management et Formation en Santé

Promotion 2022-2023

Réussir l'implantation d'un Infirmier en Pratique Avancée :

Le rôle du Cadre De Santé

Delphine PETON

Juin 2023

Sous la direction et la guidance de

Madame Myriam NOURRY et Madame Stéphanie BOUAZIZ

Se réunir est un début, rester ensemble est un progrès,

travailler ensemble est la réussite.

Henry Ford

Remerciements

Je tiens à remercier,

Madame Nourry, directrice de mémoire, pour son accompagnement et sa disponibilité et Madame Bouaziz, cadre supérieure de santé, pour sa guidance et ses conseils dans l'élaboration de ce travail de recherche,

L'équipe pédagogique de l'Institut de Formation des Cadres de Santé de Brest, Monsieur Jamet et Madame Salaun pour leur écoute,

L'ensemble des professionnels qui se sont rendus disponibles et ont contribué à la rédaction de ce mémoire,

La direction de mon établissement pour m'avoir permis de bénéficier de cette année de formation,

Mes collègues de l'Institut de Formation des Professionnels de Santé, pour leurs conseils et encouragements,

Mes collègues de promotion pour la richesse de nos échanges au cours de cette aventure pédagogique,

La Team WhattsApp pour les moments de complicité partagés,

Ma famille, Gwé qui ne doute jamais de mes capacités, son soutien sans faille dans mes évolutions professionnelles et qui sachant que j'allais, une fois encore, être inexistante cette année, a su pallier mes absences,

Milo et Cyann pour leur compréhension,

Mes parents et beaux-parents pour leur présence si précieuse auprès de mes enfants durant cette année si particulière à bien des égards et leur soutien permanent.

Glossaire

APP : Analyse des Pratiques Professionnelles

ANFIPA : Association nationale Française des Infirmiers en Pratiques Avancées

ARC : Attaché en Recherche Clinique

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CIP : Collaboration Interprofessionnelle

CMP : Centre Médico psychologique

DPC : Développement Professionnel Continu

ECTS : Système Européen de Transfert et d'accumulation de Crédits

ETP : Education Thérapeutique du Patient

ETP : Equivalent Temps Plein

GRH : Gestion des ressources Humaines

HAS : Haute Autorité de Santé

HDJ : Hôpital De Jour

HPST : loi Hôpital, Patient, Santé et Territoires

IP : Infirmier Praticien

IPA : Infirmier en Pratiques Avancées

ISP : Infirmier de Secteur Psychiatrique

LMD : Licence, Master, Doctorat

MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique

MMOPK : Médecine, Maïeutique, Odontologie, Pharmacie, Kinésithérapie

PACES : Première Année Commune aux Etudes de Santé

PASS : Parcours Accès Santé Spécifique

PIA : Pratique Infirmière Avancée

PSM : Psychiatrie et Santé Mentale

OHO : Oncologie et hémato-oncologie

RPS : Risque Psycho-Sociaux

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

UE : Unité d'Enseignement

Table des matières

Introduction 1

1. Le contexte 2

1.1 Le questionnement de départ 3

1.2 Evolution du métier d'infirmier 4

1.2.1 Historique de la profession 4

1.2.2 Le virage vers l'universitarisation 6

1.2.3 Apparition des IPA 7

1.3 De surveillant à cadre de santé 10

1.4 Devenir et Être médecin 12

1.4.1 Historique des études de médecine 12

1.4.2 L'engagement des médecins 13

1.4.3 Des missions de managers 13

2 Le cadre conceptuel 15

2.1 La construction identitaire 15

2.2 La collaboration 17

2.2.1 Les compétences collectives 19

2.2.2 De la pluridisciplinarité à l'interprofessionnalité 19

2.3 La coopération 21

2.3.1 La cohésion comme élément favorisant la coopération 23

2.3.2 Protocole de coopération, de quoi s'agit-il ? 24

2.4 Le trinôme 25

3 La question de recherche et les hypothèses 28

4 La méthodologie de la recherche 29

4.1 La population étudiée 29

4.1.1 Contexte et déroulement des entretiens 29

4.1.2 Les limites de l'étude 32

5 L'analyse et l'interprétation 32

5.1 L'arrivée des IPA dans les unités de soins 33

5.1.1 Une arrivée complexe 33

5.1.2 Un poste partagé 33

5.1.3 Pas de création de poste : entre incompréhension et craintes 34

5.1.4 Pas toujours d'anticipation 36

5.1.5 Pas de précédent 38
5.1.6 Freins et résistances de la part des IDE, des CDS et des médecins 39
5.2 Les missions des IPA 41
5.2.1 Le protocole d'organisation 41
5.2.2 Les consultations 44
5.2.3 Les actions d'éducation thérapeutique 45
5.2.4 Les temps de recherche 46
5.2.5 Des activités réalisées en autonomie 48
5.3 Relations des IPA avec les différents acteurs 50
5.3.1 Liens avec les IDE 50
5.3.2 Liens avec les CDS 52
5.3.3 Liens avec les médecins 57
5.3.4 Travail en trinôme 59
5.4 Eléments facilitants l'intégration des IPA 62
5.4.1 La communication 62
5.4.2 Être connu comme IDE dans le service 63
5.4.3 Le collectif IPA 64
6 La discussion et la confrontation des hypothèses 66
7 Ma projection professionnelle 71
Conclusion 76

Introduction

Les progrès de la médecine et les innovations technologiques ont permis d'accroître l'espérance de vie de plus de 40 ans en un siècle et demi. (INED, 2020) Cependant, le système de santé français est mis à mal : désert médicaux, file active des médecins qui ne désemplit pas, pénurie de professionnels médicaux et paramédicaux, des patients qui se chronicisent et nécessitent des accompagnements spécifiques. La liste n'est pas exhaustive. L'accès aux soins est donc devenu un enjeu de santé publique. La crise sanitaire a mis en exergue les difficultés des hôpitaux, des structures privées et libérales à répondre aux besoins de santé qui ne font que s'accroitre.

La France n'est pas le seul pays à devoir faire face à ces difficultés. Afin de maintenir l'offre de soin, le redéploiement des compétences des professionnels médicaux et paramédicaux est une des réponses apportées par certains pays. En effet, la Suisse, mais également le Canada et les Etats-Unis ont choisi de redélimiter les compétences des soignants et du corps médical.

La mission du CDS est d'assurer la qualité des soins en permettant aux équipes de répondre aux besoins des patients. Le CDS est alors aux premières loges pour assister et accompagner les équipes et être force de propositions dans la mise en œuvre de réformes amenant des évolutions hospitalières. Le métier d'IPA fait partie de ces évolutions.

L'objet de ce travail de recherche est de décrire et comprendre le positionnement du CDS dans l'intégration d'un IPA en psychiatrie et en oncologie. En effet, l'arrivée d'un nouveau métier au sein d'un service amène certainement un déséquilibre et la nécessité de se questionner sur les rôles de chacun dans une équipe afin d'apporter aux patients des soins de qualité.

En premier lieu, je présenterai donc le contexte de ce travail de recherche à partir de mes préoccupations, amenant à un questionnement de départ. Dans un second temps, je présenterai le cadre conceptuel en me questionnant autour des notions d'intégration, de considération, la notion de construction identitaire et de collaboration. Ensuite, je formulerai ma problématique ainsi que les hypothèses émises concernant l'accompagnement du CDS auprès de l'IPA. Puis, j'exposerai la méthode de recherche employée et j'analyserai les données recueillies au cours des entretiens semi-directifs réalisés. Pour terminer, je présenterai les éléments significatifs de l'analyse en les confrontant aux hypothèses afin d'éclairer la question de recherche. Je clôturerai par ma projection professionnelle en tant que cadre de santé formateur.

1. Le contexte

Infirmière depuis 2006, j'ai exercé en santé mentale pendant plusieurs années. Cela fait maintenant 9 ans que j'occupe un poste de faisant fonction cadre de santé formateur au sein de l'Institut de Formation de Santé (IFPS) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Brest.
Cinq années de formatrice à l'Institut de Formation des Aides-Soignants (IFAS), m'ont permis d'accompagner des apprenants adultes de niveaux scolaires disparates, aux profils très hétérogènes tant par l'âge que par les exercices professionnels. Cette variété nécessite une adaptation permanente des apprentissages pour répondre aux mieux aux attentes des étudiants, tout en respectant le référentiel de formation et le contexte législatif. L'IFAS proposant un parcours de formation de plus en plus personnalisé, centré sur l'acquisition des compétences, je me suis efforcée à diversifier les modes d'apprentissage et les supports utilisés, ainsi qu'à former les élèves à la pratique réflexive : comprendre pour agir, agir en comprenant, évaluer pour évoluer.
En 2018, j'intègre l'équipe de Formation Continue de l'IFPS en tant que formatrice et ingénieure pédagogique. Je propose des formations pour les professionnels paramédicaux du secteur sanitaire et médico- social. Les thématiques sont variées en fonction des besoins relevés par les équipes. Le tutorat des étudiants, la formation de formateur ou encore l'hygiène bucco-dentaire en font partie. Sensible à la démarche qualité, je développe des formations dans l'objectif d'identifier des éléments porteurs de risque pour le patient. Je rencontre lors des formations que je porte, un public de professionnels expérimentés et avides de se former. En effet, ces professionnels viennent en formation afin d'améliorer leurs pratiques. Mon rôle est de les amener à trouver du sens aux situations vécues. Je les accompagne dans la compréhension et l'analyse des situations qu'ils rapportent du terrain. Je m'attache à prendre en compte leurs expériences de professionnels, en considérant que les situations vécues, constituent des opportunités d'apprentissage : analyser les pratiques, prendre de la distance et tenter de comprendre pour donner du sens. Le formateur est alors un médiateur permettant d'impulser une dynamique de groupe positive et ouvrir les échanges. Ce poste en transversalité, nécessite une adaptation constante au vu des différentes typologies de formation proposées, des profils de professionnels accompagnés mais également des besoins émanant du terrain.
Afin d'assoir ma pratique, je m'inscris en 2018 en Master 2 « Science de l'éducation ». Ces éclairages théoriques m'apportent de solides compétences en ingénierie pédagogique et m'ont permis d'appréhender l'analyse de l'activité en situation de travail.

Mes expériences professionnelles, me rendent particulièrement sensible à l'évolution des professions de santé et leurs formations.

1.1 Le questionnement de départ

Au cours de mon expérience de faisant fonction cadre de santé formateur, une situation m'a particulièrement interpellée. Dans le cadre de l'Unité d'Enseignements Disciplinaires mention Sciences Infirmières d'une durée de 72H adressée aux étudiants du Parcours d'Accès Spécifique Santé (PASS), nous avons organisé une journée de présentation des spécialités et des différents lieux d'exercices de l'infirmier. Une Infirmière en Pratique Avancée (IPA) en oncologie est venue présenter son métier aux étudiants. Lors de son intervention plusieurs éléments m'ont interpellé dans son discours. Elle dit avoir eu beaucoup de mal à trouver sa place dans le service de cancérologie qu'elle connaissait pourtant très bien y ayant travaillé en tant qu'infirmière. Elle a eu beaucoup de difficultés à faire connaître et accepter ses nouvelles fonctions d'IPA ainsi qu'à avoir une fiche de poste. Durant plusieurs mois, elle dit s'être sentie démunie et seule. Cette situation m'a donné envie d'aller questionner le rôle du Cadre de Santé (CDS) dans l'intégration de ce professionnel exerçant un nouveau métier. En effet, sachant qu'une des missions du CDS est de participer à l'intégration et à l'encadrement des nouveaux personnels, comment s'effectuent l'accueil et l'accompagnement de l'IPA ?

Les CDS accompagnent ils, présentent-ils et aident-ils à l'intégration des IPA au sein de leurs équipes de soins ?

De plus, je souhaiterai élargir ma recherche à un autre secteur de soin. L'IPA en psychiatrie est la dernière mention à s'être déployée sur le terrain. J'ai souhaité découvrir si l'expérience vécue par l'IPA en oncologie était un phénomène isolé. J'ai donc effectué un entretien exploratoire auprès d'une CDS exerçant en psychiatrie et ayant une IPA au sein de son équipe depuis six mois. J'ai également pu m'entretenir avec l'IPA. Il s'avère que pour l'IPA en psychiatrie, il semble également difficile de trouver sa place et de réussir à définir ses missions. Du côté de la CDS, les missions de l'IPA paraissent floues, de même que son rôle auprès d'elle. Elle exprime l'envie de travailler avec l'IPA afin d'améliorer les prises en soins des patients, mais leur collaboration n'est pas encore effective.

Il apparaît donc que les mêmes questionnements et difficultés apparaissent en oncologie et en psychiatrie. Je désire alors pouvoir questionner le rôle du CDS dans l'intégration de l'IPA dans ces deux mentions : Oncologie/Hémato-Oncologie et Psychiatrie/Santé Mentale.

Dès lors, d'autres questionnements émergent :

-Quel sont les liens entre CDS, IPA et médecin ?

-Quel positionnement pour le CDS face à l'IPA qui collabore étroitement avec le corps médical ?

-Y-a-t-il une collaboration entre CDS, IPA et médecin concernant les projets de soins ?

-Quel est le rôle du binôme CDS/chef de service dans le déploiement des missions de l'IPA ?

Une question de départ s'impose et englobe toutes les autres :

Comment le CDS, le Médecin et l'IPA travaillent-ils ensemble ?

Il apparaît alors essentiel de se pencher sur ces trois métiers, de les définir et de faire un focus sur leur historique.

1.2 Evolution du métier d'infirmier

1.2.1 Historique de la profession

Au Moyen Age, il n'y a pas de soignant à proprement parlé. « Le soignant représente plutôt un assistant à la misère sous la coupe des ordres religieux. » (Calbéra, 2003, p55) A la Renaissance, les personnels s'occupant des malades sont des médecins et des religieuses non qualifiées. Le soin à cette période n'est pas rémunéré. Les recherches de Pasteur au milieu du XIXème siècle, vont faire évoluer les soins avec l'apparition de nouveaux gestes d'hygiène et la stérilisation. Les religieuses refusant d'évoluer, les médecins vont alors se tourner vers des auxiliaires qui acceptent de mettre en œuvre ces pratiques.

De plus, comme l'explique Calbéra (2003, p55) les priorités de la République sont également revues. Deux objectifs vont mettre fin au « règne » des religieuses au chevet des malades : le soin pour tous et le combat des maladies. Il faudra néanmoins, attendre la 1ère Guerre Mondiale pour que la fonction d'infirmière émerge. Dans l'Union des femmes françaises en 1920, nous y découvrons le rôle de ces soignantes : « servir le malade en veillant constamment sur lui et tout ce qui l'entoure, et principalement en secondant assidûment et docilement le médecin. »

En 1922, un décret uniformise le programme de formation dans les différentes écoles et crée le premier diplôme français. En 1930, en milieu psychiatrique le terme de gardien est remplacé par celui d'infirmier en psychiatrie. En 1937, est promulguée une loi d'exclusivité obligeant d'avoir le diplôme d'état pour l'exercice de la profession. Il s'agit de l'article L.474 du Code

de la santé publique : « Nul ne peut exercer la profession d'infirmière s'il n'est muni d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné à l'article L.474-1 ».

C'est lors de la Seconde Guerre Mondiale ; que l'infirmière gagnera en autonomie vis-à-vis des médecins. En effet, les nouveaux traitements obligent ces derniers à effectuer de nouveaux gestes techniques. Ne pouvant assumer seuls l'exécution de ces nombreux gestes, les infirmières trouveront une place particulière entre le médecin et le patient.

En 1955, un arrêté règlemente le premier diplôme pour les infirmiers psychiatriques qui devront suivre une formation de deux ans.

Pour André Roumieux (1981), les changements concernant la réflexion de l'infirmier psychiatrique comme pour l'infirmier en soins généraux, sont amorcés à partir de mai 1968. Cette démarche s'inscrit dans un moment global de questionnement de la société. Les infirmières commencent à s'émanciper du dévouement religieux et de la charité. Elles se professionnalisent et osent davantage se positionner face aux médecins. Daniel Brandeho (1988), infirmier psychiatrique, fait également le constat de l'évolution de la profession en santé mentale, depuis le siècle précédent : le « gardien de fous » est devenu selon lui un technicien de la relation. En 1969, le titre d'Infirmier de Secteur Psychiatrique (ISP) est entériné.

En 1984, l'autonomie de l'infirmière est renforcée avec un décret de compétences qui développe son rôle technique et son rôle propre. Les soins infirmiers deviennent alors une discipline avec des compétences spécifiques.

En 1992, l'arrêté du 23 mars crée un diplôme d'état polyvalent, c'est la fin de la spécificité du diplôme d'ISP. La psychiatrie n'est plus considérée comme une spécialité nécessitant des apprentissages spécifiques. Le diplôme d'état infirmier en soins généraux permet d'exercer aussi bien dans des services somatiques que psychiatriques.

Plus tard, en juillet 2009, la réforme basée sur la notion de compétences, fait entrer les études dans le système européen Licence Master Doctorat (LMD). A ce jour, l'exercice de la profession d'infirmier et les actes professionnels, dépendent du décret du 29 juillet 2004 du code de la Santé publique.

1.2.2 Le virage vers l'universitarisation

En 1999, la déclaration de Bologne a permis de rendre plus homogènes les formations universitaires pour 21 pays européens. Le but de ce processus est de permettre la mobilité des professionnels en rendant les diplômes universitaires comparables entre eux. Ces parcours LMD sont découpés en semestres validés par des Crédits Européens.

En 2006, les ministères de la Santé et de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche mettent en place l'universitarisation pour les formations paramédicales. Cette réforme permet de délivrer des équivalences universitaires pour plusieurs métiers paramédicaux dont les infirmiers.

Les formations des paramédicaux doivent donc être adaptables, modulaires pour répondre rapidement à ces nouveaux besoins. De plus, en ce qui concerne la réforme LMD pour les paramédicaux, Francis Brunelle et Patrice Queneau (2015) précisent que « l'appétence de ces professionnels pour plus de responsabilité est aussi un élément en faveur de cette évolution. »

1.2.2.1 Réforme de la formation en soins infirmiers

La formation initiale des étudiants infirmiers évolue donc en 2006, avec une réorganisation des contenus et une logique pédagogique profondément modifiée : un raisonnement et une logique par compétence.

L'intégration du système LMD offre au programme d'étude un regard nouveau. Construit autour d'une logique de compétences, la formation de 3 ans s'articule autour d'enseignements universitaires et d'une formation professionnelle, notamment grâce aux stages et aux travaux dirigés. L'objectif est de former des étudiants réflexifs en les incitant à développer le « travailler ensemble » tout en développant leur autonomie et leur esprit critique. Le dispositif de formation privilégie « la co-construction des connaissances théoriques, des capacités, des habiletés et des compétences. » (Robertson, p. 25, 2006).

Les patients souhaitent des prises en soins individualisées et personnalisées répondant à leurs besoins. Dès lors, les étudiants infirmiers doivent apprendre à développer des capacités d'analyse des situations, mais également des habiletés purement opératoires, tout en faisant preuve de capacités relationnelles et organisationnelles. Pour cela, des connaissances théoriques, l'acquisition d'expériences grâce aux stages et une appétence pour répondre aux besoins des patients, tout cela en interprofessionnalité, sont nécessaires.

1.2.2.2 L'apprentissage par compétences

En effet, le référentiel dénombre 9 activités auxquelles s'ajoutent 10 compétences que l'étudiant devra valider durant ces 3 années de formation. Pour Guy Le Boterf, la compétence n'est pas une juxtaposition de savoirs qu'il faudrait empiler pour exercer un métier. Il s'agit bien de combinatoire des différents savoirs. « La compétence est dans la mobilisation : savoir agir, savoir intégrer, savoir transférer » (G. Le Boterf, 1994, p.7). Il ressort donc que la compétence est un ensemble de capacités, d'habiletés et de connaissances que les étudiants doivent apprendre à mobiliser et combiner entre elles pour répondre à des situations complexes et aux exigences du métier. La formation ne peut donc pas dissocier la compétence de l'action, à savoir pour les étudiants infirmiers, le soin. Des allers retours permanents entre théorie et pratiques vont donc s'opérer. Une répartition égalitaire en temps d'apprentissage se fera entre les Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) et les lieux de stage. Philippe Perrenoud (1997, p. 9) précise que « toute compétence est fondamentalement liée à une pratique sociale d'une certaine complexité. » En effet, pour lui, les compétences sont liées à des savoirs disciplinaires spécifiques. Cependant, il précise que « dans des professions comme celles autour du soin, les frontières sont moins délimitées : il existe des carrefours, des coopérations entre disciplines et corps professionnels ». Un savoir théorique découvert en IFSI n'est donc pas immédiatement applicable auprès du patient. Les étudiants doivent alors faire le chemin intellectuel dans l'autre sens : c'est la situation de soin rencontrée qui amènera la mobilisation de compétences. Selon les travaux de Philippe Jonnaert, cité par Robertson (2006), les compétences se définissent en fonction des situations. Travailler autour de situations est alors essentiel pour développer de nouvelles compétences. Il précise que c'est en situation que l'apprenant se construit, confirme ou infirme des connaissances et développe donc des compétences.

Depuis 2006, les IFSI se sont donc adaptés afin de former de futurs professionnels qui devront pouvoir répondre aux situations professionnelles prévalentes, quels que soient leurs lieux et modes d'exercice afin d'agir avec compétence. Dès lors, la professionnalisation du métier d'infirmier fondé sur le développement des compétences est en mouvement.

1.2.3 Apparition des IPA

Cette évolution des formations a permis d'envisager la création de nouvelles professions et compétences rendues nécessaires par les progrès de la médecine et l'évolution démographique.

En effet, l'allongement de l'espérance de vie, la chronicisation des patients, le souhait de maintenir à domicile nécessitent un accompagnement et des connaissances spécifiques alliant une évolution des savoir-faire. Les évolutions sociétales amènent des modifications rapides au niveau de la réponse à apporter aux usagers en matière de soins. Francis Brunelle et Patrice Queneau (2015), rapportent qu'il y a donc nécessité de créer de nouveaux métiers pour répondre à ces changements. Ils font le constat qu'il faut « permettre une coopération interprofessionnelle en développant la notion d'équipe soignante multidisciplinaire et pluri professionnelle ».

Suite à la réforme de la formation en soins infirmiers, au début des années 2000, la pratique infirmière avancée (PIA) émerge progressivement en France. Elle s'inscrit dans le projet national de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016. La pratique avancée permet à des infirmiers d'exercer des activités non répertoriées dans le référentiel infirmier.

Pour ce faire, une formation universitaire de 2 ans après les 3 ans d'IFSI et 3 ans d'exercice en tant qu'infirmier sont nécessaires. La première année de Master 1 est commune permettant de poser les bases de l'exercice infirmier en pratique avancée, l'année de Master 2 est centrée sur les enseignements en lien avec la mention choisie parmi les 5 possibles : Pathologies chroniques stabilisées, Oncologie, Maladies rénales chroniques, Dialyse et transplantation rénale et Psychiatrie et santé mentale. La formation s'organise en alternance de l'activité professionnelle, afin de permettre à l'étudiant de réinvestir les nouvelles compétences dans son propre exercice. Cette formation permet de poursuivre ensuite vers une formation doctorale.

Les IPA ont une autonomie leur permettant d'émettre des avis et formuler des choix en termes d'éducation thérapeutique, de prévention mais également du suivi thérapeutique du patient. Leur formation leur donne accès à une analyse clinique approfondie des situations. Ce nouveau métier définit des modalités inédites d'exercice et redéfinit la collaboration entre les professionnels de santé. L'objectif de l'IPA est d'améliorer les parcours de soins et ainsi d'optimiser l'offre de soin.

Les missions principales de l'IPA présentées dans le référentiel d'activités concernent l'organisation du parcours de soins et de santé du patient, la coordination des interventions avec les acteurs sanitaires, médico-sociaux, sociaux et éducatifs ; l'organisation des réunions de concertation pluriprofessionnelles ; la coordination clinique des différents intervenants. L'IPA joue également un rôle de conseil et d'expertise auprès des équipes et est en charge de l'examen clinique du patient.

Pour Jérémie Montauban, référent du collège universitaire, les compétences nécessaires pour devenir IPA sont donc multiples : « prise de décision éthique, coordination, consultation, expertise et accompagnement, leadership et recherche basée sur des données probantes. » (2022, p 25)

Pour De Rosis, Teixeira et Jovic (2021, p. 90) la formation à la fonction d'IPA et sa reconnaissance officielle sont essentielles pour garantir le statut professionnel. Cependant, leur exercice dépend de plusieurs facteurs contextuels. D'après elles, leur intégration dans les milieux de soins doit être planifiée et adaptée aux environnements de travail.

Barrière-Arnoux et Chrétien (2021, p. 19) expliquent que la pratique avancée en France est basée sur l'association des compétences des infirmiers cliniciens spécialisés et des infirmiers praticiens. Cette alliance de savoir-faire et savoir-être est innovant dans le champ des soins infirmiers. En effet, les IPA vont mobiliser de nombreuses connaissances théoriques et cliniques centrées sur le patient, l'objectif étant d'améliorer son état de santé. Mais leur mission est plus vaste encore : la gestion de projet, la consultation, la formation, la démarche qualité, la démarche éthique et la recherche. Ces missions complémentaires sont mobilisées auprès des personnes soignées mais également auprès des équipes soignantes. Pour Walter Hesbeen, les IPA (2019, p.54) « peuvent être considérés comme des catalyseurs de changement lors des séances de consulting en soins ou quand ils mobilisent la démarche éthique. » Ils amènent des éclairages nouveaux aux autres professionnels sur des situations cliniques complexes, ils participent à redonner du sens à la prise en soin. Les IPA vont donc accompagner les soignants et les patients.

Michel Foucault évoque, dans son ouvrage *Naissance de la clinique* en 1990, le fait que la clinique est réservée à ceux qui ont reçu un savoir et qui occupent un certain rang sur l'échiquier social, les autres sont dans la pratique. L'IPA occupe les deux rôles : en effet, il est expert clinicien et praticien.

L'association nationale française des IPA (ANFIPA) s'est structurée en collège pour leur permettre d'échanger et de travailler ensemble sur l'implantation de ce nouveau métier. Créé début 2021, le collège Oncologie et hémato-oncologie (OHO) de France, compte aujourd'hui 32 IPA et étudiants. Ils exercent en hôpital public, centre de lutte contre le cancer ou clinique. Ils suivent des patients en consultation, en hôpital de jour, en cours de traitement et en surveillance post traitement. Le collège a organisé des visioconférences afin de créer du lien entre ces IPA. Ces réunions, comme l'explique Cécile Migala, référente de ce collège, (2022,

p. 24) leur permettent d'échanger sur leurs pratiques et d'approfondir leurs connaissances. Pour elle, faire partie de ce collège participe à la construction identitaire des IPA.

En juin 2022, on dénombrait 42 adhérents IPA et étudiants IPA au sein du Collège Psychiatrie et Santé Mentale (PSM) de l'ANFIPA. La majorité des IPA en santé mentale travaille en Centre Médico psychologie (CMP). Ce qui ressort des rencontres du collège PSM, c'est que l'implantation des IPA dans les structures de psychiatrie ne va pas de soi. Certains disent se sentir isolés dans leur établissement, leur arrivée manque de préparation. Une fois diplômé, l'IPA a pour obligation de travailler à sa propre implantation au sein de son service.

1.3 De surveillant à cadre de santé

Avec le changement de dénomination, un changement de rôle est apparu. En 1878, les suppléantes et les surveillantes remplacent les religieuses. Le docteur Désiré Magloire Bourneville crée la première école laïque d'infirmières à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière. « Ces surveillantes devront non seulement être des infirmières "soignantes" d'élite, mais aussi au fait des questions d'économie, de maintien de l'ordre et de la discipline dans les salles de malades. » (Poisson, 2010). Les motivations sont politiques et visent l'éviction du pouvoir religieux des hôpitaux. Le corps médical souhaite la laïcisation du personnel soignant. Ces surveillantes ont deux missions : faire régner l'ordre dicté par les médecins dans les services et exercer un contrôle sur les agents et sur les malades. La formation des surveillantes conçue par Bourneville est au départ très peu répandue. La majorité des encadrantes exercent leur fonction sans formation et sont promues à l'ancienneté suivant la volonté des médecins et directeurs d'hôpitaux. En 1958, un diplôme apparaît offrant deux Certificats d'Aptitude aux Fonctions d'Infirmière Surveillante (CAFIS) pour l'un et d'Infirmière Monitrice (CAFIM) pour l'autre. En 1973, le certificat cadre infirmier de santé publique est créé et le certificat de cadre infirmier de secteur psychiatrique voit le jour en 1976. L'émergence de métiers dits « paramédicaux », (masseurs kinésithérapeutes, manipulateurs d'électroradiologie médicale, techniciens de laboratoire, et ergothérapeutes) souhaitent également accéder au titre de surveillants. Au cours des années 1970 ils réussissent à obtenir leur propre certificat de cadre. En 1975, la différenciation entre monitrice et surveillante disparaît, avec l'apparition du Certificat de Cadre Infirmier (CCI).

1995 est l'année d'une grande avancée dans le processus d'unification des professions paramédicales. Le CCI devient le diplôme de Cadre de Santé. Tous les soignants de la filière

infirmière et tous les personnels paramédicaux des filières médicotechniques et de rééducation peuvent désormais accéder à la fonction de cadre, via une formation et un diplôme unique, soit quatorze métiers différents. Le diplôme cadre de santé devient donc interprofessionnel et obligatoire pour exercer. Il renforce ainsi la professionnalisation de ces leaders d'équipe qui ne peuvent plus être promus à l'ancienneté, mais par voie de concours qui leur donne accès aux Instituts de Formation de Cadres de Santé (IFCS). Ces instituts sont soumis à la même réglementation et au même programme national qui contient une part importante d'apports en gestion, management et droit. Le terme de surveillante sera alors oublié. Sa connotation trop négative est en inadéquation avec la politique de management participatif souhaitée dans les structures afin de promouvoir le changement, impliquer et dynamiser des équipes. Cette loi de 1995 donne également la possibilité aux IFCS de développer des partenariats avec les universités et proposer parallèlement au Diplôme d'Etat de cadre de santé des Master 1 ou Master 2, notamment spécialisés en sciences de la gestion ou en sciences de l'éducation.

Les cadres de santé d'aujourd'hui sont donc des managers généralistes, porteurs de réformes hospitalières récurrentes. L'appartenance au métier infirmier n'est plus de mise. Chantal de Singly dans son rapport de 2009 proposait des organisations de travail portées par des cadres "plus autonomes et dotés de capacités d'agir élargies". Elle préconisait également un réel positionnement des cadres dans l'organisation hospitalière et de les impliquer davantage dans les processus de décision des établissements. Le rôle des cadres de santé a donc beaucoup évolué depuis le temps des surveillants. Ils sont aujourd'hui les garants de la qualité et de la sécurité des soins, ils participent à la maîtrise des coûts et constituent un élément de changement à l'hôpital. Leur place charnière entre organisation des activités de soins et participation au processus décisionnel de l'hôpital, les amènent à gérer des situations complexes au quotidien et à collaborer avec les médecins. Si l'on considère la fiche de poste figurant dans le Répertoire des métiers de la fonction publique, quatre activités principales en ressortent : la gestion des ressources humaines, la gestion des moyens matériels et financiers, la conduite de projets et la garantie de la qualité des soins. Pour Sophie Divay et Lucille Girard (2019, p.78), il est important de noter « que le travail de soin est totalement absent de cette liste de tâches prescrites et que le terme de patients n'apparaît pas une seule fois. »

1.4 Devenir et Être médecin

1.4.1 Historique des études de médecine

Isabelle Bernier (2019), historienne, explique qu'au début du XVII^{e} siècle, la médecine repose toujours sur des théories antiques. L'étudiant en médecine à cette période n'est pas en contact avec le patient. Il a peu de connaissances en anatomie et étudie surtout l'aspect extérieur du corps humain. Il faudra attendre le XIX^{e} siècle, pour qu'apparaissent l'externat et l'internat en 1802. En effet, avec les découvertes et les évolutions rapides de la médecine, l'enseignement théorique universitaire telle que prodigué jusque-là n'était plus adapté. Une formation pratique en milieu hospitalier accessible par un concours est instaurée. L'hôpital devient alors un lieu de formation dans lequel les médecins ont une grande autonomie et s'occupent des patients.

En 1958, la réforme hospitalière va fusionner la fonction d'enseignement universitaire et hospitalière. Les étudiants en médecine vont donc alterner avec des temps sur le terrain et en cours. Comme pour les infirmiers, mai 68 amène des changements en termes de formation médicale. Le concours de l'externat est supprimé et tous les étudiants en médecine suivent la formation pratique devenue obligatoire.

C'est en 1971, qu'apparaît le concours de fin de première année avec le système de numerus clausus tel que nous le connaissons aujourd'hui encore. Cette première année de médecine a également connu des changements. Devenant en 2010 la Première Année Commune aux Etudes de Santé (PACES), elle évolue en 2020 en Parcours Accès Santé Spécifique (PASS). Comme pour toute formation LMD, l'année est découpée en semestres et en unités d'enseignement (UE) correspondant à des ECTS. Il n'y a pas de redoublement possible pour ces étudiants qui doivent choisir une mineure disciplinaire (ex. Economie-Gestion, Sciences de la vie et de Terre…) pour accéder à la 2^{e} année de la licence choisie. L'étudiant pourra alors retenter d'intégrer la filière Médecine, Maïeutique, Odontologie, Pharmacie, Kinésithérapie (MMOPK) l'année suivante. L'objectif de cette réforme est de permettre à de nouveaux profils d'étudiants d'accéder à ces études et d'améliorer l'orientation et la réussite du premier cycle à l'université.

Les études de médecine se déroulent en 3 cycles : le premier d'une durée de 3 ans, le second cycle dure 3 ans également et est consacré à la clinique, les étudiants sont externes, puis le cycle 3 dure de 3 à 6 ans en fonction de la spécialité choisie, les étudiants sont internes puis docteur junior. Durant toutes ces années d'études, ils engrangent de l'expérience auprès des patients et des équipes tout en alliant la théorie universitaire. Depuis 2004, tous les étudiants en médecine doivent passer l'examen national classant et faire un internat.

1.4.2 L'engagement des médecins

C'est lors de la soutenance de leur thèse que les jeunes médecins prêtent le serment d'Hippocrate, auquel « on attribue encore aujourd'hui une grande importance morale » comme le souligne Gwenn Duval (2014). Le conseil national de l'ordre des médecins précise que même s'il n'a pas de réelle valeur juridique, ce serment reste l'un des textes fondateurs de la déontologie médicale. Un autre texte fondateur de la déontologie médicale est la déclaration de Genève, également intitulée Serment du médecin. Elle fut adoptée à l'assemblée générale de l'Association médicale mondiale en 1948. Sa dernière révision date d'octobre 2017. Cette déclaration apparaît dans un contexte d'après 2nde guerre mondiale et s'attache à poser les objectifs humanistes de la médecine.

En outre, comme la précise le conseil national de l'ordre des médecins, dans bons nombres d'hôpitaux français, des espaces éthiques permettent au corps médical de se questionner et réfléchir sur les principes fondamentaux de l'éthique médicale.

En effet, pour Michel Duval (2014), il existe une réelle différence pour le médecin entre soigner et guérir. Il explique « on guérit une maladie, on soigne un patient, c'est une distinction primordiale dans l'exercice de la profession. » Pendant des années, le médecin était limité dans son pouvoir de guérison. C'est avec l'apparition des vaccins et des antibiotiques que le pouvoir de guérir a été rendu possible. Le médecin s'est alors écarté du soin pour être davantage dans la technique et l'approche scientifique. Néanmoins, les médecins ont dû se repositionner avec l'apparition dans les années 80 du SIDA. La guérison n'étant plus possible, les médecins sont impuissants. Dès lors, la nécessité de repenser la posture médicale s'est imposé pour certains médecins en privilégiant le soulagement des douleurs et non plus l'utilisation de traitements agissant directement sur la maladie. Ainsi, comme le dit Michel Duval (2004) « après avoir pu se transformer en guérisseurs grâce aux progrès scientifiques du siècle dernier, les médecins se retournent depuis peu vers leur rôle de soigneur. » Les médecins se retrouvent à concilier éthique et progrès scientifique.

1.4.3 Des missions de managers

Mais devenir médecin ne se limite pas à prodiguer la médecine. Certains deviennent chefs de service ou chefs de pôles. Parmi les différentes missions allouées aux chefs de service, il y l'encadrement d'équipe pluridisciplinaire et la gestion des ressources humaines. Ces tâches ne sont pas enseignées pendant les années universitaires.

Néanmoins, comme le précise Alain Bidon (2015) ce qui est attendu aujourd'hui d'un chef de service relève de compétences managériales, à savoir conduire un projet, répondre à la démarche qualité. Il se questionne sur l'augmentation des tâches administratives et gestionnaires qui se feraient au détriment des tâches cliniques auprès du patient. Pour lui, « tout l'enjeu est probablement de maintenir en tension des impératifs qui s'articulent difficilement entre eux » (Bidon, 2015, p.21). Certains chefs de service sont donc pris dans des contraintes multiples.

Pour répondre à ces difficultés, le rapport Claris (2020) demande à ce que les managers (CDS/médecins) soient systématiquement formés aux démarches de médiation, de prévention des risques psycho-sociaux (RPS) et aux méthodes de renforcement de travail collectif en équipe. Le niveau de formation au management des médecins est très disparate en France. Les responsabilités données aux médecins nécessitent donc qu'ils soient accompagnés et formés à ce sujet. L'ancien Ministre des Solidarités et de la Santé, Olivier Véran (2021), souhaite que « dans chaque établissement, soit lancée une réflexion collective (…) dans le cadre de l'élaboration du projet de management et de gouvernance (…) afin d'améliorer le fonctionnement et l'organisation de l'hôpital. » Une réflexion concernant la valorisation de cette montée en compétences des chefs de service, avec une évolution règlementaire visant à promouvoir ces fonctions, est en cours dans certains établissements de santé.

C'est pourquoi en avril 2021, le Ségur de la Santé demande « à tous les professionnels hospitaliers en situation de gestion d'équipe (…) de suivre dans les deux années suivant leur prise de fonction une formation de 28 heures dont le programme recouvre la totalité des compétences clés requises. » Une évaluation par le N+1 lors de l'entretien annuel proposé aux médecins devra être effectuée. L'objectif est de créer un « passeport managérial » combinant les moyens pour faire face aux difficultés quotidiennes et également une reconnaissance légitimant la position du manager.

Le Ségur de la santé amène d'autres changements en termes d'organisation afin d'améliorer le fonctionnement de l'hôpital. L'objectif d'Olivier Véran (2021) était de « mieux manager pour mieux soigner. » Il y est précisé que les étudiants en médecine, devront recevoir des enseignements sur « le travailler ensemble » dès le cycle deux. Les notions d'équipe multi-professionnelle et de savoir être seront travaillées.

Ne pas se focaliser uniquement sur une pathologie ou un organe mais considérer le patient dans sa globalité et mieux appréhender les missions des professionnels qui l'accompagnent deviennent une nécessité pour le médecin d'aujourd'hui.

A travers ces développements sur les métiers d'infirmiers, de cadres de santé et de médecins, nous constatons qu'ils suivent tous les trois l'évolution de la société et tentent de s'adapter aux besoins des usagers et des établissements de santé. Une émancipation certaine s'est effectuée face au poids de la religion et des contours moins flous sont apparus concernant les missions des uns et des autres. Cependant, avec l'apparition de nouveaux métiers comme les IPA, des craintes et des questionnements persistent. De plus, une hiérarchie coexiste toujours entre ces différents métiers. A chacun de trouver sa place afin de répondre à un but commun : le mieux-être du patient.

Mon questionnement de départ et ma contextualisation des trois professions m'amènent à préciser ma question de recherche :

Quel fonctionnement pour le trinôme CDS, Médecin et IPA afin d'améliorer la prise en soin des patients ?

Pour éclairer cette problématique, je vais développer les concepts de construction identitaire, de collaboration, de coopération et la notion de trinôme. Puis au terme de ce cadre conceptuel, je formulerai la question de recherche et les hypothèses qui en découlent.

2 Le cadre conceptuel

Dans cette revue de littérature, je vais décliner quatre concepts essentiels à la compréhension de mon sujet : la construction identitaire, la collaboration, la coopération ainsi que le trinôme.

2.1 La construction identitaire

La construction identitaire débute dès l'enfance avec les normes, les valeurs, la culture, l'environnement dans lequel l'enfant grandit. C'est ce que Berger et Luckmann (1986) nomment la socialisation primaire. La socialisation secondaire arrive dès que l'individu s'intègre dans de nouveaux groupes (école, sport, groupe d'amis…). Tout au long de la vie, ce processus s'enclenche à chaque nouveau changement. L'individu montre alors aux autres une facette de lui-même appelé « Moi social ». Les autres vont le recevoir et l'interpréter et renvoyer à l'individu une identité spécifique qu'il va incorporer petit à petit. Le milieu professionnel n'en déroge pas, celui-ci étant en perpétuel mouvement. Il oblige les

professionnels à s'adapter en permanence. La construction identitaire en tant que professionnel est également mouvante et acquise temporairement.

Sainsaulieu (1985) définit l'identité professionnelle comme étant « 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 » (p.9). Le fait de se situer par rapport aux autres professionnels, la vision que l'on en a et les échanges qui en découlent développent le sentiment d'appartenance au groupe. L'identité professionnelle demande donc au professionnel de s'impliquer dans la relation avec les collègues afin d'avoir une place reconnue par le groupe. Dubar (1991, p 111) précise les dires de Sainsaulieu. Pour lui, l'identité professionnelle est «la marque d'appartenance à un collectif, qui permet aux individus d'être identifiés par les autres mais aussi, de s'identifier face aux autres ». Les échanges et interactions dans le cadre du travail offrent l'opportunité au professionnel de se construire. Le travail est un lieu de socialisation dans lequel les identités professionnelles s'affinent. Sainsaulieu détermine quatre modalités d'accès à l'identité professionnelle : l'appartenance, l'œuvre, la trajectoire et l'affrontement. L'appartenance peut s'expliquer par le fait que le professionnel se sente « chez lui » dans l'équipe et le service dans lequel il évolue. En effet, se sentir appartenir à un service spécifique est valorisant socialement. De plus, œuvrer pour une cause commune, le patient, et participer à des missions transversales renforcent l'identité professionnelle. La notion de trajectoire renvoie quant à elle, à l'évolution professionnelle, au changement de statut, à la montée en compétences comme le fait de devenir CDS ou IPA. La notion d'affrontement, correspond au positionnement que peut avoir un soignant, telle que s'opposer au médecin et refuser d'effectuer un soin pour des raisons argumentées.

Néanmoins pour Sainsaulieu et Dubar, la constitution de cette identité professionnelle n'émane pas des mêmes éléments. Pour le premier, elle serait constitutive des relations avec les autres professionnels ; pour le second, elle serait en lien étroit avec la reconnaissance des compétences par l'institution dans laquelle évolue l'agent.

Malhomme (2004) avance une autre vision. D'après elle, la construction identitaire des professionnels de santé est bicéphale. Elle s'élabore d'après les modèles et contre-exemples rencontrés. « La construction d'une identité repose tout à la fois sur un processus d'identification (imitation d'un modèle) et sur un phénomène d'identisation (affirmation de la différence) » (2004, p. 266).

En fonction des individus, la construction identitaire n'est donc pas univoque et ne se bâtit pas de la même façon. Elle peut se construire par les rencontres, les liens professionnels, mais également grâce à la montée en compétences ou se développe en réponse aux exemples et contre exemples rencontrés pendant sa carrière.

On retrouve chez les médecins une forte appartenance au corps médical ainsi qu'une entraide en cas de remise en question. Cela est influencé par la confraternité posée dans leur code de déontologie médicale (2021). Il y est stipulé qu'ils « doivent entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité » (…) et qu'ils se « doivent assistance dans l'adversité » Cela renforce la construction identitaire.

Les CDS peuvent également s'appuyer sur la force du collectif cadre. Comme le précise André Roche (2019), « s'intégrer dans ce collectif permet d'être reconnu, de promouvoir des valeurs communes professionnelles et des objectifs communs et éventuellement exercer un contre-pouvoir vis-à-vis de la hiérarchie ». Ce sentiment d'appartenance au collectif cadre permet de ne pas se sentir isolé et évite d'être la cible individuelle de mécontentements.

Quant à l'IPA, leur construction identitaire est en devenir. En effet, l'émergence de ce nouveau métier est récente. Les bases de ce métier sont posées, mais il reste à en définir les contours. Néanmoins, les rencontres régulières entre IPA d'un même établissement ou les échanges via les Collèges entre mentions laissent envisager une appartenance importante à ce groupe.

2.2 La collaboration

Sonia Bal (2011) cite Mucchielli qui définit l'équipe hospitalière comme « un groupe de personnes pouvant avoir des qualifications différentes et qui collaborent pour réaliser un projet de soin commun. » (p.43). Ainsi, Wittorsky (2006, p. 237) détermine la collaboration comme « une intentionnalité différente selon qu'elle émane des organisations vers les individus, ou des individus eux-mêmes. »

Martine Louis Simonet (2017, p. 1771) partage cet avis. D'après elle, « il ne suffit pas de réunir des professionnels en équipe pour conduire à une pratique collaborative efficace et satisfaisante. ». En effet, pour parler de pratique collaborative, il faut identifier et définir un but commun mais également que la participation de différents acteurs de soins soit nécessaire, c'est-à-dire que la mobilisation de leurs compétences respectives soit justifiée.

Dans le travail en collaboration entre le CDS et le médecin responsable de service, « le premier contact entre les membres du binôme, qu'il soit formel ou informel, va permettre à chacun d'exposer, à l'autre, ses attentes. » (Damette, 2022, p. 238) Les logiques de métiers et les statuts étant différents, il ne suffit pas faire se rencontrer ces deux professionnels pour qu'ils collaborent. Comme le dit Havard (2015), une des complexités à l'hôpital réside dans la « coexistence en interne de différents corps professionnels hiérarchisés (personnels médicaux, personnels soignants et personnels administratifs) qui entretiennent des rapports de pouvoir ».

Dans ce management à deux têtes, la mission clinique du médecin va donner la direction à prendre et le CDS mettra en œuvre l'organisation qui en résulte. Il y a une réelle complémentarité et interdépendance entre ces deux professionnels. Leur relation doit se construire et s'ajuster pour fonctionner.

Une collaboration interprofessionnelle implique donc de travailler plusieurs notions ; telles que la confiance, la communication et le respect mutuel. Pour M O'Daniel et A Rosentien (2012, p.3) communiquer de manière adaptée entre professionnels soignants « encourage un travail d'équipe efficace et favorise la continuité et la clarté au sein de l'équipe de soins aux patients. Dans le meilleur des cas, une bonne communication encourage la collaboration, favorise le travail d'équipe et aide à prévenir les erreurs. » Ils recommandent une communication structurée, à savoir une identification des rôles et des responsabilités de chacun.

Louis Simonet (2017) explique que la collaboration peut mettre à mal certaines équipes « si les compétences spécifiques liées à chaque profession sont ignorées (…) L'expertise de chaque profession doit donc être reconnue et valorisée ; la complémentarité des rôles des autres professionnels et leur interdépendance également » (p.1771). Cela nécessite donc une connaissance mutuelle des rôles et missions de chacun. La formation peut être un moyen pour apprendre à mieux se connaître. L'hétérogénéité d'une équipe pluriprofessionnelle est constructive. Le partage de valeurs, un langage professionnel et un cadre de référence communs peut faciliter les échanges. Cela permet d'évoluer ensemble et de développer des compétences communes. Les difficultés d'intégration de l'IPA dans certains services résultent notamment de la méconnaissance de ses missions et du rôle qu'il peut jouer auprès des patients. (Schwingrouber, Loschi, Gentile et Colson, 2021, p. 114).

2.2.1 Les compétences collectives

En 2011, Le Boterf, nous relate une approche de la compétence qui décrit la dimension individuelle et collective de cette dernière. La compétence découle d'un savoir agir (savoirs et savoir-faire), d'un vouloir agir (motivation) et d'un pouvoir agir (l'environnement). La compétence collective ne consiste pas en l'addition de plusieurs compétences individuelles. C'est l'articulation entre elles de ces compétences dans un contexte particulier qui lui donne sa mention collective. La compétence collaborative quant à elle, consiste à savoir interagir efficacement avec les autres. Les compétences collaboratives seraient individuelles ; à l'inverse les compétences collectives seraient allouées à une équipe. Agir avec compétence amène donc à savoir interagir avec les autres. Pour Le Boterf (2011), cela impose « la capacité pour le sujet à se mettre en synergie avec les autres pour traiter efficacement la situation. » De plus, les professions différentes et la diversité des statuts permettent de faire évoluer chacun dans ses représentations. (Meirieu 1997 cité par Policard 2014). Découvrir et comprendre les contraintes de chaque profession, remet en perspectives les idées et convictions de chacun. Cela favorise alors une meilleure collaboration. La notion de compétence collaborative se retrouve dans le Ségur de la Santé (2020). Il y est précisé que « la complémentarité entre le chef de service et le cadre de santé, leurs capacités de dialogue et de confiance réciproques constituent des atouts pour assurer un management de proximité efficace. » Selon Schwingrouber, Loschi, Gentile et Colson pour que les IPA puissent collaborer efficacement avec les autres membres de l'équipe médicale et paramédicale, « une relation de confiance doit s'établir entre les différents acteurs ». (2021, p.119) Ils expliquent que l'IPA doit faire preuve d'humilité et d'un savoir-être afin de ne pas avoir une posture condescendante par rapport aux autres professionnels, notamment les infirmiers et CDS. Cela pourrait entraver son intégration dans les unités de soins et faire échouer une collaboration naissante. (2021, p.118)

2.2.2 De la pluridisciplinarité à l'interprofessionnalité

D'après l'étude de Campéon, Le Bihan et Mallon (2012), il faut distinguer la pluridisciplinarité « simultanée » c'est-à-dire la prise en soin d'un patient au même moment par plusieurs professionnels et celle dite « successive » constituant les relais entre professionnels. Pour eux la pluridisciplinarité est « une heureuse complémentarité de compétences spécifiques ». (2012, p.136) Sa mise en œuvre dans les services n'est pas si simple et peut créer des conflits. La pluridisciplinarité « successive » peut « être à la source de tension, parce qu'elle est susceptible

d'attribuer une place hiérarchique aux différents professionnels dans la prise en charge du patient. » (Ibid, p.138) A l'inverse la pluridisciplinarité « simultanée » crée du lien entre collègues. Les actions et la réflexion sont collectifs, la demande est la même et les échanges sont facilités. Cela nécessite une confiance réciproque. Entre le médecins et l'IPA il s'agira davantage de pluridisciplinarité « successive ». Après une consultation, ils pourront échanger de certaines situations et revoir le protocole de soins posé.

Le médecin, l'IPA et le CDS ont tous les trois un objectif commun, à savoir la prise en soin efficace du patient. Les rôles de chacun face au patient sont néanmoins très différents et ne se situent pas au même niveau. Ils se doivent d'être complémentaires et au service de l'usager. Dans ce trio, la pluridisciplinarité sera par alternance « successive » ou « simultanée » en fonction des moments. La communication entre ces professionnels est alors essentielle afin de ne pas entraver les rapports professionnels et la prise en charge du patient. La pluridisciplinarité s'appuie donc sur une collaboration étroite entre les divers membres d'une équipe et offre une complémentarité entre les différents métiers. Cependant, pour Parent et Jouquand (2013), un réel travail en collaboration est souvent compliqué à mettre en œuvre. D'après eux, pour faciliter la collaboration sur le terrain, il faut développer les formations des professionnels de santé en interdisciplinarité. Des temps de rencontres entre IPA, CDS et médecins, mais également des formations communes permettraient de construire cette collaboration. Des formations continues sur l'expertise de santé pluriprofessionnelle, des temps d'analyse de pratique ou de simulation en santé interdisciplinaire pourraient renforcer la collaboration de ce trinôme.

C'est une manière « de viser l'intégration des compétences relatives à la collaboration, au travail d'équipe dans une vision éthique et de reconnaissance de l'autre. » (Parent et Jouquand, 2013, p.170). Il est donc nécessaire de développer des pédagogies actives développant une pratique réflexive. « Ainsi l'interprofessionnalité apparaît comme la condition nécessaire des formations professionnels, lorsqu'est visée la possibilité que se développent de réelles relations de collaboration et de coopération entre les divers professionnels. » (Ibid, p.171). « Ainsi la collaboration interprofessionnelle est un ensemble de relations et d'interactions qui permettent à des professionnels de mettre en commun, de partager leurs connaissances, leur expertise, leur expérience pour les mettre de façon concomitante, au service du client. » (D'Amour, 1999, p.35). La collaboration interprofessionnelle existe donc par les interactions entre les professionnels et avec l'environnement dans lequel ils vivent. Communiquer, prendre des décisions, agir, apprendre sont nécessaires pour développer une collaboration efficiente. Cela

suppose la connaissance du champ de pratique des autres et la reconnaissance de leurs compétences. Les textes qui régissent les professions paramédicales ont intégrés cette notion. Concernant les IPA il est précisé en termes de compétences attendues qu'ils devront « organiser un parcours de soins et de santé adapté au patient (…) avec une approche globale et interprofessionnelle. » Les notions de collaboration et d'équipe pluriprofessionnelle sont également présentes dans le référentiel d'activité des infirmiers. En outre, pour Bilodeau (2013, p 47) on parle de pratique collaborative quand il y a un besoin et un souhait de travailler ensemble. Cette notion paraît donc naturelle pour les paramédicaux. Les médecins responsables de service et CDS doivent également collaborer. Ce binôme, comme le rappelle Géraldine Damette (2022) semble essentiel afin de permettre une bonne gestion des services de soins, en assurant la qualité et la sécurité des soins. Collaborer favoriserait l'efficience des soins. Dans le référentiel national de compétences créé par le Consortium pour l'InterProfessionnalisme en Santé (CIPS) en 2010, des compétences en matière d'interprofessionnalisme ont été posés. Six domaines de compétences sont repérés afin de forger un esprit critique indispensables à la collaboration interprofessionnelle. Il s'agit de la communication interpersonnelle, des soins centrés sur la personne, la clarification des rôles, le travail en équipe, le leadership collaboratif et la résolution de conflits interprofessionnels.

2.3 La coopération

Pour Stéphane Michaud (2012, p.24), « la coopération entre professionnels de santé est une formidable opportunité pour répondre aux objectifs fixés par les pouvoirs publics (…) et permettre aux managers de clarifier et légitimer des situations de travail à la frontière de la légalité. » Selon lui, la coopération entre professionnels de santé doit permettre de partager des connaissances et des savoir-faire au profit du patient. Il ne doit pas y avoir de rivalité, mais une complémentarité grâce à un partage différent des compétences entre IPA, CDS et médecin. Il explique que « traditionnellement, les médecins ont une habilitation générale et monopolistique à intervenir sur le corps d'autrui. » Au centre du système de soins, les compétences des autres professionnels de santé, se construisent et se répartissent les actes de soins autour de ce monopole médical. Les IPA et les CDS coopèrent à des niveaux différents avec le médecin. Il s'agit maintenant de trouver les leviers de coopération pour ces deux professions.

Pour Dejours (2015) « la coopération est une conduite coordonnée qui est définie comme l'action de participer à une œuvre commune ». Cependant, coopérer n'est pas inné. Cela se

construit et se travaille. Il donne l'importance de « mettre les intelligences singulières en cohérence et les énergies en convergence ». Construire la coopération pour tenter d'atteindre la synergie est un des enjeux pour les cadres de santé (Cours Mme Messager S, 2022). Guy Le Boterf (2011) explique que pour réussir à travailler ensemble et développer la compétence collective, il faut un management adapté et spécifique, une organisation pensée, des relations conviviales et solidaires induisant une coopération entre professionnels. Il présente trois pivots de développement managériaux :

- « le savoir coopérer » c'est-à-dire la mise en œuvre de conditions favorables à la coopération
- « le pouvoir coopérer », il s'agit ici de donner les moyens aux professionnels pour travailler ensemble
- « le vouloir coopérer », le manager doit réussir à donner envie aux équipes de travailler ensemble.

Cette coopération doit émaner du trio CDS/médecin/IPA. Le cadre de santé en partenariat avec le médecin doit donc créer les conditions à l'émergence de cette coopération. Selon Dejours « le ciment du vivre ensemble » sont la convivialité et la confiance. L'objectif est donc de valoriser et d'optimiser les compétences présentes dans le service afin de créer un environnement de travail serein et performant. De plus, selon Sennet (2014), la coopération est « la capacité d'apprendre des uns, des autres, de s'enrichir, de se respecter, de se soutenir mutuellement et de tirer un bénéfice à cet échange ». Ces modalités indispensables pour coopérer sous-entendent qu'il y a un avantage intrinsèque pour chacun et que chaque acteur a le pouvoir d'agir dans cette relation de coopération.

La recommandation n°17 du rapport Claris stipule que le médecin chef de service et le CDS doivent devenir un binôme managérial équilibré et opérationnel. En effet, la coopération doit venir en premier lieu de ce binôme avant même de vouloir la déployer à l'équipe. Le fait de réfléchir et travailler ensemble au projet de service et à la répartition des rôles de chacun, garantit une meilleure implication quand il s'agit de prendre des décisions.

Pour améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, la loi de 2021, attribue dans l'article 22, une base législative au chef de service et au CDS en tant que référence en termes d'organisation, pertinence et qualité des soins, mais également pour l'encadrement de proximité des équipes. Cette loi impose alors une étroite coopération des deux professions.

Ce binôme médecin/CDS va devoir également travailler avec l'IPA afin de devenir un trinôme efficace. Pour Anzieu et Martin (2004, p.226) un groupe autocratique fonctionne moins bien qu'un groupe démocratique. En effet, ces trois professionnels forment un groupe dans lequel chacun va devoir trouver sa place. Selon Anzieu et Martin (2004), un fonctionnement de style

démocratique amène de la satisfaction des parties prenantes et augmente la performance. Cependant, cette coopération médecin/IPA/CDS ne pourra s'opérer qu'à certaines conditions : « le sentiment d'une réelle coopération, avoir un objectif clair, la possibilité d'observer un progrès vers l'objectif et le fait que chacun ait des tâches spécifiques nécessaires à l'accomplissement de l'objectif » (Anzieu, Martin, 2004, p.212). L'objectif global à atteindre dans notre cas, sera l'accompagnement et le mieux-être du patient. Néanmoins, pour qu'un groupe restreint fonctionne, la communication semble d'après Anzieu et Martin (2004) être un élément essentiel. Selon eux, il est important que les informations collectées soient utiles et qu'elles soient distribuées correctement à ceux qui en auront besoins. En d'autres termes, il parait nécessaire, que l'IPA est accès à des transmissions claires venant du médecin et inversement, mais que le CDS soit également informé des changements éventuels pour le patient.

2.3.1 La cohésion comme élément favorisant la coopération

Comme l'explique Sonia Bal, la cohésion d'une équipe permet de « dispenser des soins de qualité et accomplir une prise en charge individualisée des patients. » (2011, p. 43) Une fois la cohésion créée, c'est au cadre d'être garant de son maintien. Plusieurs éléments peuvent néanmoins ébranler cette cohésion. En effet, comme l'explique Divay et Jovic les compétences élargi et les domaines d'activités partagés exigent de l'IPA « une reconfiguration des relations interpersonnelles entretenues avec les autres professions de santé, notamment les médecins et les infirmiers. » (2022, p.228) Or, il semble qu'il soit parfois difficile pour l'IPA d'établir des relations de travail fonctionnelles avec les infirmiers (Debout, 2018, p. 54-55). De plus, un autre élément peut bousculer une apparente cohésion. Il s'agit d'une menace de perturbation de la hiérarchie existante. Selon Divay et Jovic (2022, p.229), « les cadres de santé peuvent se sentir menacées par les IPA ». En effet, Meyer et Chrétien expliquent que les « différentes possibilités offertes autour de la hiérarchie des IPA (…) peuvent accroître les inquiétudes. » (2019, p.17). Divay et Jovic parlent de travail en synergie entre l'IPA et le CDS, soit une répartition équitable du « leadership managérial pour le cadre et clinique pour l'IPA. » (2022, p.230). Le CDS peut y voir une source de conflit dans le partage de ces responsabilités. Pour Sonia Bal, les membres de l'équipe doivent accepter les règles du groupe, l'organisation du travail doit être pensée et commune. Cela oblige à prendre en considération les contraintes professionnelles des autres soignants afin de respecter le rythme et le travail de chacun. En outre, la cohésion d'équipe ne se décrète pas, cela prend du temps et est un processus dynamique mouvant en fonction des

membres qui la compose. Pour qu'il y ait un travail d'équipe efficace, la confiance entre les membres de l'équipe est un élément important. « Les professionnels de santé travaillent de manière interdépendante afin de prodiguer des soins aux patients » (Ibid, p. 43). Cet objectif commun va leur permettre de se réunir afin de l'atteindre.

Les cadres de santé participent à cette cohésion en communiquant autour des projets de soins, cela permet de « renforcer la dynamique du groupe (…) et favoriser l'émergence de conduites collectives performantes. » (Ibid, p. 43) De plus, les relations interprofessionnelles entre IPA, cadres et médecins vont permettre aux soignants de donner du sens aux soins réalisés. Sonia Bal (2011) rappelle alors l'importance de créer des espaces d'échanges, comme des réunions régulières, afin de créer une réflexion collective. Des cadres interrogés lors d'une étude définissent la cohésion comme « un sentiment entier de valeurs communes partagées par l'ensemble des membres, où chacun trouverait un intérêt. » Ces valeurs communes peuvent être inscrites dans le projet de soin et requestionnées si nécessaire. Cette cohésion est à trouver entre le cadre et le médecin du service. De cette manière, ils pourront prendre des décisions communes et réfléchir ensemble à l'intégration de l'IPA au sein du service. De plus, la reconnaissance des compétences individuelles de l'IPA au service du collectif valorise le professionnel, augmente sa motivation et son implication. En outre, les temps informels, comme les échanges autour d'un café, renforce le sentiment d'appartenance à un collectif et favorise la cohésion.

2.3.2 Protocole de coopération, de quoi s'agit-il ?

Les protocoles de coopération ont été créés en 2009 par la loi HPST. Des modifications ont été apportées en juillet 2019, par la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé et en 2020 par la loi de simplification de l'action publique. Un protocole de coopération « est un contrat entre deux professionnels de santé, qui organise le transfert d'actes relevant légalement du champ de compétences du délégant. » (Lemasson et Crochet, 2021, p.76) A l'heure actuelle, il existe 54 protocoles de coopération en France. Les délégués sont la plupart du temps des infirmiers et les délégants des médecins. Les infirmiers dans ce cas ne disposent pas de l'autonomie décisionnelle mais se reposent sur des arbres décisionnels en fonction du contexte. Ces protocoles répondent à une pénurie médicale. Cependant la pénurie de soignants freine leur développement. Cette coopération spécifique, sous forme de protocole de délégation d'actes, nécessite une montée en compétences des infirmiers par la formation. Les IPA par leur formation universitaire et les nouvelles compétences acquises répondent à ces attentes. Pour les

infirmiers, les formations vont de 4 à 925 heures, la moitié des protocoles dure moins de 40H. C'est la HAS qui peut étendre un protocole au niveau national. Dans ce cas, la formation a lieu en formation initiale ou dans le cadre du Développement Professionnel Continue. Ces protocoles « contribuent à élargir l'offre de soins, à réduire les délais d'intervention et améliorent les parcours de santé. » (Lemasson et Crochet, 2021, p.78)

Les protocoles de coopération et la pratique avancée ne sont pas identiques. Néanmoins « certains protocoles et certaines activités de l'IPA ont un domaine d'intervention commun. » (Ibid, p.78) Les infirmiers travaillant sous ces protocoles et les IPA ont des pratiques collaboratives et sont donc complémentaires. Pour les IPA nous parlerons de protocole d'organisation, qui doit être formalisé afin de clarifier les conditions de complémentarité interprofessionnelle et les modalités d'intervention de l'IPA. Comme précisé dans le Code de Santé Publique[1], ce protocole prend la forme d'un contrat entre médecin et IPA.

La coopération entre IPA, CDS et médecin doit donc être amorcée par un travail de collaboration, en mutualisant les connaissances et les savoir-faire de chacun, au profit de l'usager. Selon Michaud, (2012, p.24) « le premier enjeu est d'avoir un exercice professionnel partagé où la pluridisciplinarité est coordonnée et non juxtaposée. » En effet, les parcours de soins se complexifient et obligent la coordination d'une multiplicité d'intervenants dont les IPA, les CDS et les médecins font parties intégrantes.

2.4 Le trinôme

Le métier d'IPA en France étant très récent, peu d'écrit traite du trinôme entre IPA, CDS et médecin. Nous pouvons néanmoins revenir sur les 30 années d'expérience canadienne. Benoit, Pilon, Lavoie et Pariseau-Legault (2017) nous exposent la place des Infirmières Praticiennes (IP) au Canada ayant été reconnue au cours des années 1990. Ils développent que plusieurs études indiquent que l'intégration des IP au sein du système de santé a « amélioré la qualité des soins, les compétences du personnel et a facilité la prise en charge des personnes tout en réduisant les temps d'hospitalisation et d'attente hospitalière. » (p.694). Malgré cela, le rapport Naylor (2015) souligne que les IP sont encore sous-utilisés malgré les preuves favorables et les aspects positifs qu'ils apportent au système de santé canadien. Deux arguments s'opposent les concernant : certains prétendent qu'il existe un chevauchement dans le travail des IP avec celui

[1] Art. R4301-4 du Code de Santé Publique.

des médecins et des infirmiers. D'autres au contraire y voient de l'interdépendance et de la complémentarité. En 2015, le réseau de santé canadien comptait 4580 IP bénéficiant d'une grande autonomie dans leur travail. Selon Benoit, Pilon, Lavoie et Pariseau-Legault, il semble néanmoins que les IP rencontrent des difficultés d'intégration auprès des autres professionnels tels que les chefs d'unités[2]. La collaboration interprofessionnelle soulève alors la question de la mise en commun des compétences et le partage des responsabilités. Si les liens hiérarchiques semblent établis, les liens fonctionnels restent parfois à redéterminer. Le lien fonctionnel est le rapport qui existe entre deux professionnels qui déterminent des relations d'échanges sans que l'un ne possède d'autorité sur l'autre. Le lien hiérarchique quant à lui, demande un rapport de subalterne et d'autorité de l'un par rapport à l'autre. Pour Florence Ambrosino et Julie Devictor (2019), les IPA se situent dans une position intermédiaire entre le médical et le paramédical, dans les limites du champ des maladies chroniques et des missions spécifiques qui leur a été accordées. De plus, des missions d'organisation au sein d'une unité font partie de leurs prérogatives. Le rôle du cadre de santé pourrait alors perdre de son influence, ce qui est susceptible de poser un problème de gouvernance. En effet, le leadership clinique défini par Ann B. Hamric et citée par Schwingrouber, Loschi, Gentile et Colson (2021) est une compétence centrale des IPA. Il comprend notamment la gestion des ressources matérielles, financières et informationnelles ainsi que le développement des ressources humaines. Cependant, comme l'explique Eloic Mégert, ce leadership clinique « ne s'oriente pas vers un management administratif des équipes, mais vers l'amélioration des pratiques cliniques, de la formation et de la qualité des soins. » (2021, p.19) Pour Mégert, les compétences de gestion des ressources, ressemblantes à celles des CDS, en termes de mises en place de projets de prévention, de dépistage, de formations devront être parlées afin que les CDS ne se sentent pas dépossédés d'une part de leurs missions, mais qu'il y ait une co-construction CDS-IPA pour développer de nouveaux projets dans les unités de soins.

Dans ma Santé 2022, il est notifié que les compétences de l'IPA relèvent règlementairement des médecins, que l'IPA a la responsabilité du suivi régulier des patients pour leurs pathologies et peut prescrire des examens complémentaires, demander des actes de suivi ou encore renouveler ou adapter, certaines prescriptions médicales. De ce fait l'IPA ne ressent pas réellement de lien hiérarchique avec le cadre de santé comme le stipule Eloic Mégert. Selon lui, « un CDS ne peut s'inscrire dans une relation hiérarchique avec un IPA. » (2021, p.16) Il serait plus pertinent d'envisager des liens uniquement fonctionnels entre CDS et IPA. Pour lui, les

[2] Equivalent du cadre de santé en France

IPA devraient dépendre des cadres de Pôles ou d'un coordonnateur IPA, du fait que ce dernier définisse et signe son protocole d'organisation directement avec le médecin, sans intermédiaire et exerce des activités spécifiques sous sa responsabilité propre.

En outre, le trinôme CDS, IPA, médecin pour être opérationnel et performant doit se poser des questions d'ordre éthique : bien faire et bien agir. (Doat, 2014, p.31) Pour ce faire, un processus en trois étapes se met en place. Tout d'abord, la perception qui permet à chacun de détecter et reconnaître des éléments d'une situation de soin. Les modèles, les schémas, les émotions de l'IPA seront différents de ceux du CDS, qui diffèrent également de ceux du médecin. Comme le souligne Doat, personne ne construit une représentation mentale identique aux autres. Ensuite, la compréhension de la situation rencontrée est possible grâce aux savoir être, savoir-faire et savoirs de chaque membre du trinôme. La dernière étape est l'anticipation, elle permet de projeter les futures évolutions de la situation. Cette performance collective au service d'une unité fonctionnelle, verra le jour si les trois acteurs de ce trinôme partagent et mutualisent leurs savoirs.

Des chercheurs de l'université de Pennsylvanie vont également dans le sens d'un travail plus efficace à trois professionnels. Ils ont observé des groupes restreints, comme un trinôme. Il apparaît que des binômes seraient moins performants et commettraient plus d'erreurs que des trinômes. (Carton et Cumings, 2013) Mais pour qu'un trinôme fonctionne, il doit « s'instituer comme groupe et non pas seulement comme une somme de relations interpersonnelles (Eyraud, 2022, p.380). Néanmoins, comme le souligne Eyraud (2022), le travail en trinôme ne va pas de soi et des conflits peuvent émerger par sa forme « triadique » (Simmel, 1999). Rappelons les trois éléments importants pour qu'une coopération à trois soit efficace : « les justifications pour entrer dans le groupe, le partage des tâches et la reconnaissance des places. » (Eyraud, 2022, p.376) En effet, les IPA, CDS et médecin ont des statuts différents, il est important pour que ce trinôme fonctionne qu'il y ait « une reconnaissance la plus égale possible » (Ibid, p.377), cela facilite le partage des savoirs. Mais « l'effort d'invisibilisation des statuts ne signifie pas pour autant leur disparition. » (Ibid, p.377) En effet, les métiers d'IPA, de CDS et de médecin et leurs statuts sont réellement différents. Ils n'appartiennent pas au même groupe professionnel l'un appartient au corps médical, les deux autres au corps paramédical. « Le sentiment d'appartenance à l'une ou l'autre de ces catégories est souvent très fort et les représentations de ces métiers ne facilitent pas la coopération. » (Damette, 2022, p.248). Selon les recherches menées par Eyraud, une coopération en trinôme oblige chaque membre à requestionner sa pratique et créé un déplacement vis-à-vis de l'identité de chacun. Dès lors, sans communication

et une certaine humilité, « des formes de délégitimation et d'infériorisation de l'autre peuvent apparaître. » (Ibid, p.378) Les CDS pourraient se trouver mis à l'écart de la paire IPA/médecin, de même que l'IPA pourrait ne pas trouver sa place entre le binôme CDS/médecin. En effet, le rapport de la mission Claris en juin 2020, renforce davantage ce binôme chef de service-cadre de santé. Le médecin quant à lui, pourrait également ne pas souhaiter une collaboration et une délégation d'actes à l'IPA. En laissant la prise en soin de certains patients à l'IPA, certains médecins auraient l'impression de perdre le lien de confiance avec leur patient et ne se sentent pas prêts à le faire, comme l'expliquent d'Amour, Tremblay et Proulx (2009) avec les IPS au Québec. De plus, comme le souligne Eyraud, un trinôme doit en permanence se mettre d'accord sur ce qu'il fait ensemble et comment le faire et parler des points de désaccord pour qu'ils puissent exister sans disloquer le trinôme. Cela oblige chacun à se « confronter aux différences de statuts, à sortir de sa zone de confort et des habitudes de son groupe d'appartenance et à dialoguer pour partager des savoirs et faire émerger de nouveau savoir-faire. » (Eyraud, 2022, p.380)

3 La question de recherche et les hypothèses

Pour rappel, la revue de littérature présentée dans le cadre conceptuel m'amène à formuler la question de recherche suivante :

Quel fonctionnement pour le trinôme CDS, Médecin et IPA afin d'améliorer la prise en soin des patients ?

Afin de répondre à cette problématique, j'ai posé les trois hypothèses suivantes :

Hypothèse 1 : Les liens hiérarchiques et fonctionnels ont intérêt à être définis en amont pour faciliter la collaboration CDS-IPA-médecin.

Hypothèse 2 : La posture du CDS influence le travail en trinôme CDS, médecin, IPA.

Hypothèse 3 : La coopération au sein du trinôme sera d'autant plus efficace si chacun communique et partage son expérience.

Afin de questionner ces hypothèses, il semble essentiel de confronter le travail théorique à une enquête de terrain, afin de recueillir des données auprès des professionnels de santé. Ainsi je pourrai mettre en parallèle leurs réponses à la question de recherche.

4 La méthodologie de la recherche

La collecte des données sur le terrain va permettre de comprendre le fonctionnement du trinôme CDS, IPA et médecin, la place et le vécu qu'occupent chacun dans ce groupe. Je souhaite en effet accéder aux représentations des différents acteurs concernés et appréhender le rôle joué par les CDS interrogés. Je souhaite également identifier les leviers et les difficultés rencontrées par les CDS à l'implantation d'un IPA dans un service de soins.

Dans un premier temps, je présenterai les étapes et la méthodologie d'enquête qui m'a permis de recueillir les données issues du terrain. J'exposerai le contexte et le déroulement des entretiens, ainsi que le talon sociologique étudié. Enfin, je formulerai les limites de cette étude.

4.1 La population étudiée

4.1.1 Contexte et déroulement des entretiens

Après accord des directions des établissements, j'ai choisi d'orienter mes entretiens vers quatre services différents : deux services de santé mentale et deux services d'oncologie afin de récolter des points de vue variés de professionnels aux expériences différentes. J'ai contacté les professionnels par mail ou par téléphone. Ils ont tous répondu favorablement à ma demande, nous avons alors pu organiser une rencontre. L'enquête de terrain s'est déroulée sur quatre semaines.

J'ai réalisé trois guides d'entretien (Annexes 1,2 et 3) reprenant des questions en lien avec mes hypothèses. J'ai fait le choix d'un guide commun pour les CDS et les médecins, d'un guide particulier pour les IPA car les formulations de questions étaient singulières et d'un guide pour les CSS, les éléments recherchés n'étant pas les mêmes que pour les trois autres catégories de professionnels.

J'ai donc effectué 12 entretiens, j'ai pu rencontrer 4 IPA, 3 CDS, 2 CSS et 3 médecins. Les professionnels interviewés exercent dans des établissements publics de taille différentes et dans une clinique. Il me semblait également intéressant de confronter le fonctionnement d'établissements public et privé. J'ai pu questionner trois trinômes CDS/IPA/Médecin : 2 en psychiatrie et 1 en oncologie. L'interview des 2 CSS a permis de donner une vision plus macro de la politique des établissements liée à l'intégration de IPA. Toutes les personnes m'ont

exprimé leur intérêt pour le sujet, elles se sont très vite exprimées librement en abordant souvent d'elles-mêmes les thématiques présentes dans mon guide d'entretien.

J'ai donc rencontré 11 femmes et 1 homme, âgés entre 35 et 60 ans, ayant entre 7 ans à 35 ans d'expériences professionnelles. Ce panel relativement hétérogène me paraît intéressant pour confronter les points de vue et les expériences de chacun. Les entretiens se sont tenus dans des bureaux, sur le lieu de travail des professionnels, dans un environnement calme. Après avoir demandé l'accord des interviewés, j'ai enregistré les entretiens afin de faciliter leur retranscription et leur analyse par la suite. Les entretiens ont duré entre 32 minutes et 1 heure 14. J'ai choisi de présenter mon sujet de manière assez large, en expliquant qu'il portait sur l'intégration des IPA. En effet, je ne souhaitais pas influencer les réponses en parlant de trinôme et de travail en collaboration. Dès le départ, j'ai assuré la confidentialité et le respect de l'anonymat pour tous les professionnels.

Pour le recueil de matériaux, j'ai choisi une méthode qualitative, en effectuant des entretiens semi directif. Cet outil permet la libre expression des personnes interviewées et permet d'accéder à leurs vécus, à leurs représentations en lien avec l'objet de recherche. Le rôle du chercheur est alors de faciliter l'expression de l'interviewé tout en recentrant sur l'objet d'étude lorsqu'il y a trop de digression. L'enjeu est donc d'accéder aux significations des professionnels pour tenter de comprendre comment travaillent ensemble les CDS, les IPA et les médecins et s'il existe un trinôme.

Je souhaite maintenant croiser et confronter les réponses des 12 professionnels.

Fonction Identification	**Date Durée entretien**	**Profession**	**Tranche d'âge/ Genre**	**Service**	**Ancienneté dans le service**	**Années d'expériences**	**Type d'établissement**
CSS 1	18/01/23 54'	Cadre Supérieur de Santé	40-45 F	Oncologie	7 ans	23 ans	CHU
IPA 1	02/02/23 34'	Infirmière en Pratique avancée	35-40 F		14 ans	14 ans	
Med 1	02/02/23 41'	Oncologue	30-35		1 an	7 ans	

CDS 2	02/02/23 36’	Cadre de Santé	45-50 F		3 ans	12 ans	
IPA 2	25/01/23 52’	Infirmière en Pratique avancée	40-45 F	Psychiatrie	8 ans	17 ans	CHU
Med 2	02/02/23 35’	Psychiatre	30-35 F		6 ans	8 ans	
CDS 3	19/01/23 1H02	Cadre de Santé	50-55 M	Psychiatrie	1 an	16 ans	CHU
IPA 3	20/01/23 1H14	Infirmière en Pratique avancée	40-45 F		5 ans	23 ans	
Med 3	20/01/23 32’	Psychiatre	55-60 F	Psychiatrie	20 ans	35 ans	CHU
CSS 4	31/01/23 42’	Cadre Supérieur de Santé	45-50 F		1 an	19 ans	
IPA 4	7/02/23 37’	Infirmière en Pratique avancée	40-45 F	Oncologie	15 ans	21 ans	CH
CDS 5	13/02/23 38’	Cadre de Santé	45-50 F	Oncologie	8 ans	16 ans	Clinique

4.1.2 Les limites de l'étude

Les principaux freins rencontrés pendant ce travail de recherche ont été de réussir à organiser les entretiens souhaités. En effet, je souhaitais au départ effectuer 14 entretiens, à savoir interviewer 4 trinômes (IPA, CDS et médecins) et 2 CSS. Or la rencontre avec le trinôme en clinique prévu initialement, n'a malheureusement pas pu se faire, lié à des arrêts maladies et une période de congés. Seule la CDS a pu se rendre disponible pour un entretien. Le nombre limité de professionnels rencontrés, ne me permet pas donc pas d'avoir un panel représentatif et de généraliser. En effet, le temps imparti et les résultats de cette recherche ne peuvent pas être exhaustifs au vu du nombre d'entretiens effectués. Cependant, les 12 entretiens très riches, m'ont permis de confirmer ou non mes hypothèses. Un autre biais a été la difficulté à me détacher de la grille d'entretien pour les premiers entretiens. Cela s'est ensuite fait assez naturellement pour les autres rencontres, ou il s'agissait alors d'un échange guidé. Néanmoins, après retranscription des entretiens, je m'aperçois que certaines réponses auraient nécessité des relances pour préciser quelques données.

5 L'analyse et l'interprétation

Je vais maintenant exposer les résultats recueillis en présentant l'analyse qualitative des entretiens effectués, puis je ferai le lien avec mes hypothèses de départ. Cela me permettra de confirmer ou d'infirmer les hypothèses, en prenant appui sur la théorie. Dans un premier temps, la retranscription des 12 entretiens m'a permis de récolter les verbatims des professionnels rencontrés (Annexe 4). Ensuite, j'ai réalisé une analyse en reprenant les verbatims des personnes interviewées et en les classant par thèmes récurrents. Par la suite, j'ai repéré les éléments nouveaux amenés par les professionnels et ne figurant ni dans mon guide d'entretien, ni dans le cadre conceptuel. Les données recueillies m'ont alors permis d'obtenir des éléments significatifs concernant le déroulement de l'arrivée des IPA dans les services, les rôles et missions de chacun, les liens entre les IPA, les CDS et les médecins, ainsi que les éléments facilitants et freinants l'intégration des IPA dans les unités de soins.

5.1 L'arrivée des IPA dans les unités de soins

Les propos recueillis en lien avec l'arrivée dans les services des IPA après leur formation universitaire m'ont permis d'identifier 2 données saillantes à savoir : un retour en tant qu'infirmière et non pas en tant qu'IPA et un retour peu voire pas anticipé comme IPA.

5.1.1 Une arrivée complexe

Pour les quatre IPA interviewées leur retour post formation a été complexe pour diverses raisons. Tout d'abord un contexte compliqué : une période Covid pour certaines, pas de création de poste pour d'autres, l'attente de pouvoir exercer officiellement en tant qu'IPA et aucun précédent sur lequel s'appuyer car un métier nouveau s'implantant dans la région.

En effet, elles ont dû passer un concours sur titre afin de pouvoir exercer en tant qu'IPA. Or, ce concours a eu lieu 4 mois après leur diplomation. Sur les quatre IPA interrogées, une n'a pas réussi son concours et a dû le repasser un an après sa diplomation. Toute cette période de retour sur un poste d'infirmier fut difficile à vivre pour elles. IPA 2 explique *« c'est frustrant car quand on est jeune diplômée, on est très motivée, avec plein d'envie et le souhait de mettre en pratique ce qu'on a appris, mais il faut se réfréner et gérer sa frustration »*. Un autre obstacle, fut la période Covid, car elles ont dû renforcer les équipes dans les unités. IPA 2 partage : « *On ne pouvait pas travailler en tant qu'IPA parce qu'il manquait d'effectifs sur l'hôpital. Il fallait qu'on reprenne notre grade antérieur donc j'avais la fonction infirmière tout l'été, de juin à fin septembre. J'avais déjà commencé mon activité d'IPA, j'y ai mis un frein direct. »* Les CDS et médecins interrogés, n'étant pas directement concernés, repèrent néanmoins les désagréments occasionnés. Med 3 nous livre que : *« La prise de poste a pris un temps fou, entre le concours sur titre et le Covid. On attendait avec impatience son arrivée, mais elle a mis du temps à avoir son truc, il y a eu toutes ces complications, ça n'a vraiment pas été simple. »*

5.1.2 Un poste partagé

Pour une IPA, le retour ne s'est pas du tout déroulé comme prévu. La CSS 4 explique ses difficultés à accompagner cet agent de retour de formation *: « Ça a été un cas particulier, puisque quand elle est partie en formation, deux ans auparavant, je n'étais pas là, mais le visuel à venir n'avait pas été suffisamment préparé. A son retour, ça a été un peu délicat pour elle d'abord, et pour moi de lui annoncer : On n'aura pas la file active suffisante pour un temps plein. Elle était motivée et convaincue de revenir à 100%. Donc, c'est un sujet qui a été très*

compliqué pour elle et je peux l'entendre. Vous entrez en promotion professionnelle avec un projet bien ficelé, vous revenez et les choses ont complètement changé. » Dans cette situation la CSS a joué un rôle d'accompagnateur afin d'aider au mieux l'IPA à s'engager dans cette nouvelle organisation. Il s'agissait pour elle de connaître les missions de l'IPA, les contraintes imposées et de l'aider à s'implanter. En effet, IPA 4 a désormais un poste partagé entre deux établissements, cela n'était pas prévu au départ. L'annonce et l'organisation ensuite furent difficiles à accepter : *« Ne pas savoir où j'irai à mon retour, a été très compliqué psychologiquement. »* Le dimensionnement du poste a nécessité des réflexions entre la direction et la CSS. IPA 4 explique : « *Au début, on m'a dit 10% sur Brest, au final, je suis à 60% sur Brest et 40% ici. »* IPA 4 a dû faire preuve d'une grande capacité d'adaptation afin de réagir à cette annonce : « *Ça a été très dur, ce n'est pas facile à vivre, quand la formation est compliquée, d'entendre en plus que je ne vais pas revenir comme prévu, c'est vraiment difficile. Maintenant que tout est bien lancé, ça va mieux, je ne regrette pas mon choix pour le moment. Il y a quelques mois, je ne disais pas la même chose. »*

Nous percevons que le retour de formation des IPA ne s'est pas effectué comme elles l'avaient imaginé. Des contraintes sanitaires, réglementaires et d'organisation de la charge de travail ont nécessités des aménagements impactant leurs vécus.

5.1.3 Pas de création de poste : entre incompréhension et craintes

Sur le Pôle de psychiatrie, les six professionnels interrogés furent unanimes, la difficulté majeure pour l'intégration des IPA fut l'évolution de leur poste, sans création de poste IPA. CDS 3 : *« Le projet initial était de faire à moyen constant en ayant une IPA sur chaque secteur extra hospitalier. Or cela pose un gros souci, car passer de 5 IDE à 4 pour le même travail ce n'est pas viable.* » Le CDS a trouvé une solution provisoire avec l'IPA : *« Je lui ai demandé de garder 2 jours par semaine au CMP, le temps que sa file active augmente, mais ça fait 15 jours qu'elle est là, je vois bien que ça ne va pas tenir longtemps car elle a des suivis de patients qui augmentent très vite. »* La CDS 2 exprime également son étonnement : *« Il y a des créations de poste en MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) mais des transformations de poste en psychiatrie, c'est illogique. On ne peut pas continuer, je suis en difficulté, il y a des temps d'ouverture du CMP que je dois fermer par manque d'infirmier. C'est énorme de perdre un ETP (Equivalent Temps Plein) IDE. »* Les deux CDS expliquent que les missions de l'IPA sont différentes de celles des IDE et qu'elles ne peuvent pas se substituer. CDS 3 donne pour

exemple : *« Nous avons beaucoup de premières consultations qu'il faut pouvoir accueillir et gérer et l'IPA ne le fait pas, car ce n'est pas dans ses missions. »*

Les médecins quant à eux, se disent très satisfaits de travailler avec une IPA, mais ils sont mal à l'aise vis-à-vis des équipes soignantes qui se retrouvent en sous-effectif pour fonctionner de manière opérante et craignent pour l'IPA. Pour Med 3 : *« L'équipe perd un poste IDE, c'est dur, et ce n'est pas normal qu'elle soit obligée de faire les remplacements infirmières, ce n'est pas dans son rôle d'IPA. Je crains un surinvestissement de sa part qui pourrait amener une fatigue. »* Pour le Med 2 le fait qu'il n'y ait pas eu de création de poste IPA *« est assez compliqué, ce n'est pas évident. On a perdu du temps infirmier, cela complique beaucoup l'organisation. On est passé de 2,9 ETP infirmier, à 1,9 ETP infirmier plus l'IPA. En termes de ressources infirmières, on perd forcément. »* Les CDS craignent des tensions dans les équipes liés au manque d'effectifs IDE. Comme l'exprime CDS 2 : *« Cette situation est assez mal vécue par les IDE, car pour le binôme qui reste, la charge de travail s'est amplifiée. »* Cette situation pose des difficultés organisationnelles et de dynamique d'équipe. Pour IPA 2 : « *Par rapport aux autres mentions de l'hôpital, pour lesquelles ils ont créé un poste IPA, nous on a perdu un poste infirmier, on a gagné un poste IPA, mais on a perdu un temps infirmier. Ce n'est pas remplacé en fait. C'est une 1ère difficulté pour la prise de fonction. »* IPA 3 rajoute : *« l'arrivée d'une IPA, était plutôt bien accueilli, ce qui est compliqué c'est le fait que ce ne soit pas une création de poste. Clairement le fait que je sois là en poste IPA, ça veut dire qu'il y a du temps infirmier en moins. »*

Nous constatons, que dans les trois services d'oncologie où il y a eu des créations de poste IPA, le vécu est très différent. Ce sujet n'est pas développé, il est juste précisé que la charge de travail des infirmiers n'a pas été modifiée par l'arrivée d'un IPA. Je découvre également lors des entretiens que certains CDS et médecins sont inquiets et ont des craintes concernant le bien-être des IPA à moyen terme. Med 3 craint un épuisement d'IPA 3 et exprime une incompréhension face au parcours nécessaire pour être en poste. Elle exprime : *« J'ai mauvaise conscience, parce que je trouve qu'elle est très compétente et qu'elle risque de se fatiguer, faire un travail entre médecin et IDE et lui mettre autant de bâtons dans les roues, j'avoue ça me révolte un peu. Avec tous les efforts qu'elle a fournis pendant 2 ans, plus 1 an payée infirmière alors qu'elle était diplômée. Je trouve que c'est un peu navrant, je ne comprends pas et je pense que ça peut complètement démotiver. »*

CDS 2 est sensible à l'intégration de l'IPA, elle se dit : *« je pense que pour IPA 2, ce n'est pas facile de trouver sa place. J'espère que tout le monde y trouvera son compte. »* CDS

3 appréhende également l'isolement de l'IPA, il décrit *: « J'ai peur qu'elle soit seule au bout d'un moment, parce qu'elle ne va sans doute pas pouvoir continuer, à échanger comme elle faisait avant, avec ses collègues. Mon rôle c'est qu'elle ne soit pas trop seule, mais qu'elle puisse créer quand même sa fonction. »*

5.1.4 Pas toujours d'anticipation

Dans certains services, il semble que l'arrivée de l'IPA n'ait pas été pleinement anticipé et discuté entre médecins et CDS, comme l'exprime CDS 2 : *« Ça n'a pas été préparé plus que ça, j'ai découvert les missions en lisant le protocole d'organisation. »* CDS 3 a le même ressenti : *« Ça n'a pas été assez anticipé et pensé. Les IPA étaient en formation depuis presque 2 ans, quand on a commencé à réfléchir à une fiche de poste, en gros à savoir ce qu'on allait leur demander de faire. Et une fois finalisée les fiches de poste IPA en psy, elles ont été supprimées, car la Direction des Soins exige une seule fiche de poste pour toutes les IPA de l'établissement. On est donc revenu au point mort. »* En revanche, pour Med 2, *« On a un peu réfléchi en amont pour tenter de savoir comment l'IPA pouvait fonctionner avec l'équipe. »* IPA 2 explique : *« Très vite après ma prise de poste, il a fallu réajuster certaines choses qui n'avaient pas été pensées. Je suis donc complètement exclue du planning de mes collègues IDE et ça me va très bien, car c'était ingérable autrement, comme ça je m'organise comme je veux et c'est un peu plus simple pour tout le monde. »* Med 2 confirme ce choix : *« On a vite décidé qu'elle ne soit plus comptée dans l'effectif infirmier, si on veut qu'elle prenne sa place d'IPA, c'est important. »*

Med 3 quant à elle dit : *« On n'a rien pensé à l'avance, on en a discuté toutes les deux à son retour pour voir quels patients je pouvais lui donner. Très concrètement, on a pris la liste de patients que je suis et on a regardé ceux qu'elles pouvaient prendre en charge. »* Pour IPA 3 : *« Quand je suis revenue, il fallait tout créer, tout penser, toute l'histoire à écrire. Maintenant que j'ai pu faire le point avec les médecins sur mes patients à prendre en charge, c'est plus concret. »*

En oncologie, Med 1 affirme également : *« Je n'ai pas spécialement le sentiment que les choses aient été anticipées. Je pense qu'elle a plutôt essuyé les plâtres, surtout en étant la première. »* IPA 1 renforce cette idée : *« C'était tout à construire. Je n'avais rien en arrivant. Personne ne semblait y avoir pensé. On a tout créé. J'ai créé mon poste de A à Z. »* IPA 4 exprime des difficultés *: « Mon arrivée a été très dure car je n'étais pas attendue, contrairement à ce qui était prévu. J'ai longtemps senti le reproche de : Pourquoi on vous a financé ? Sous-entendu,*

alors qu'il n'y a pas assez de file active et une pénurie médicale. » Pour CSS 4 : *« le fait que le projet n'était pas complètement abouti, a été compliqué. Elle a dû patienter. Elle était diplômée au mois de janvier et a pris ses fonctions qu'en septembre en tant qu'IPA. Elle a dû reprendre son poste d'IDE en attendant qu'on organise tout ça. »* Elle enchaîne en expliquant *: « Nous nous sommes retrouvés interdépendants du CHU qui avait sa propre logique d'implantation des IPA. Elle en a fait les frais en termes de durée d'accessibilité au poste. L'implantation a donc été très compliquée. »* Pour CDS 5 : *« l'intégration s'est faite au fil de l'eau, il n'y a pas eu beaucoup d'anticipation. On a attendu qu'ils reviennent de formation et les choses se sont faites au fur et à mesure. Ils ont clairement construit leur poste avec la direction et les demandes des oncologues. »*

Un autre élément important rapporté lors des entretiens, est le manque de matériels et de lieux dédié à l'exercice de la fonction d'IPA. IPA 1 manquait d'outil pour travailler en arrivant *: « Je n'avais pas de bureau, pas accès aux logiciels. J'avais un ordinateur et un téléphone. J'ai dû me débrouiller. Avec ma collègue IPA, on a pris contact avec l'informatique pour créer nos propres outils. On a créé nos observations IPA, on a réussi à avoir un bureau qu'on a partagé. On a dû demander aux personnes occupant le bureau sans réel besoin de nous le céder. Donc au départ, c'était un peu tendu. On s'est alors tournée vers notre chef de service et CSS pour qu'ils nous soutiennent et gèrent ça. »* IPA 1 est consciente d'avoir eu de la chance, car sa hiérarchie les a soutenue. Elle relate que pour ses collègues IPA d'un autre pôle, cela a été beaucoup plus complexe encore : *« elles ont mis très longtemps à avoir un bureau, elles avaient un caddie dans lequel elles mettaient leurs affaires pour se balader dans le secteur. C'était super dur et ça a duré. »* CSS 1 a conscience des débuts chaotiques des premières IPA, pour elle, CDS et CSS : *« ont un rôle de facilitateur, on est là pour donner les conditions favorables à l'intégration de ces nouveaux professionnels. J'ai conseillé aux IPA de l'établissement de prendre contact avec leurs hiérarchies et tous les réseaux fonctionnels qu'elles ont autour d'elles, afin qu'elles aient les formations et les accès aux logiciels nécessaires pour travailler correctement. »* CSS 1 est référente des IPA de son établissement depuis peu, elle indique : « *j'ai fait beaucoup de demandes pour les dernières IPA, on a un train d'avance cette fois-ci. J'ai mis en place une messagerie commune. On a avancé sur beaucoup de sujets. Elles doivent savoir où elles vont travailler, de quelle manière et avec quels outils. »* Toujours selon CSS 1 : *« Elles doivent réfléchir et penser à l'organisation concrète lors du dernier mois de stage, afin que le maximum soit près à leur arrivée. »* CSS 4 mentionne : *« qu'il y a un ensemble de contraintes à prendre en compte pour bâtir les organisations, par exemple sur le plateau de*

consultation, il n'y a pas de bureau nominatif. Ils sont partagés. Il a fallu penser la répartition des bureaux afin que l'IPA puisse en avoir un à chaque fois qu'elle est là. Maintenant, elle est toujours dans le même, elle ne navigue plus toutes les semaines en se demandant dans quelle pièce elle pourra consulter. C'est essentiel pour ses consultations, qu'elle est un lieu repéré par tous. »

IPA 3 est installée au dernier étage du CMP, elle note : *« ce n'est pas forcément le plus pratique, ça aurait été chouette que je sois près des médecins. Mais je me contente, je me dis que j'ai la chance d'avoir un bureau dédié, même si c'est au 4ème étage, les patients arrivent quand même à moi. C'est mon espace, je ne suis pas si mal lotie par rapport à d'autres collègues IPA. »* Elle enchaîne en précisant : *« Je n'ai toujours pas eu d'ordinateur portable malgré les nombreuses relances, mais je ne perds pas espoir, je viens enfin d'avoir une ligne téléphonique. »* Lorsque je lui demande ce qui lui a manqué le plus pour se sentir pleinement implanté, elle me répond : *« du matériel, j'ai effectué la demande de ligne téléphonique bien en amont de ma prise de poste. Mes demandes n'ont jamais abouti. Je pense que l'arrivée de la CSS référente des IPA sur l'établissement a aidé, car j'ai relancé la demande de téléphone le vendredi et le lundi c'était fait. Pour l'ordi portable, la CSS doit aussi faire le nécessaire. »*

A travers ces déclarations, je m'aperçois de l'importance de l'accueil d'un nouveau professionnel qui passe par le fait de connaître les missions qui lui seront allouées, lui donner les éléments nécessaires à son implantation, que ce soit un lieu dédié, du matériel adapté et l'accès aux logiciels essentiels à son activité.

5.1.5 Pas de précédent

Le fait qu'il s'agisse d'une nouvelle profession en France est un obstacle supplémentaire. En effet, comme l'annonce Med 1 : *« Même au niveau national, c'était pas du tout évident. Le changement effraie toujours. J'ai travaillé au Canada et en Ecosse, j'avais déjà vu des infirmières qui prescrivaient, il y a déjà 10 ans de ça et ça fonctionnait très bien. Il était vraiment temps, que la France bouge de ce côté-là. Mais ce n'est pas simple pour autant. »* IPA 1 renchérit : *« Avec ma collègue, on était les toutes premières IPA à débarquer. Pratiquement personne ne connaissait. Je pourrais dire, ne connaît, parce que c'est mieux, mais encore très mal connu. »* CSS 1 confirme les dires d'IPA 1 *: « Pour les premières, c'était un peu sportif ! Elles ont un peu essuyé les plâtres. On a essayé de faire mieux pour les suivantes et cette fois*

on a plus anticipé. » Dans un autre établissement, on retrouve la même problématique. *CSS 4 : « C'est la première IPA du CH, il faut donc le temps pour tout le monde de se faire à l'idée et de connaître ses missions. »* IPA 4 explique *: « Ça a été compliqué de se faire connaître, qu'on me fasse confiance, car personne ne savait trop ce qu'une IPA peut faire. Je suis la seule sur le CH. »* Pour IPA 2 sa prise de poste a également été compliquée *: « Mon bilan de cette année est mitigé, je suis contente, mais on a traversé tellement de difficultés, que parfois, j'ai vraiment eu envie de lâcher prise. Être les premières à s'implanter, c'est vraiment difficile. Mais à côté de ça, il y a des projets qui me font dire que j'ai bien fait. Au fur et à mesure, ça va le faire, et ça sera très positif. »*

Le recueil de ces données est assez significatif car 10 professionnels interrogés sont d'accord pour dire que l'arrivée des IPA a été complexe. Le contexte compliqué a imposé des ajustements aux IPA. Cela s'explique par différents facteurs : un manque de réflexion commune de la part des services, une insuffisante prise en compte des contraintes imposées comme l'intégration des IPA à moyen constant, un changement conjoncturel entre le départ et le retour de formation et le fait qu'il s'agisse d'un métier nouveau à construire. De plus, des appréhensions émanent de la part des CDS et des médecins sur l'avenir des IPA.

Il s'avère que les IPA interviewées, en oncologie et en psychiatrie, ont dû se faire une place et créer leur poste en lien avec les médecins de leurs spécialités.

5.1.6 Freins et résistances de la part des IDE, des CDS et des médecins

Comme évoqué par Francis Brunelle et Patrice Queneau (2015) dans le cadre conceptuel, ce nouveau métier pose des modes d'exercice inédits et oblige à redéfinir la collaboration entre les professionnels. Les rôles et missions des IPA auprès du patient ne semblent pas bien connus par les équipes, comme le souligne CDS 5 : *« Je ne pense pas qu'il y ait de freins, mais il y a des interrogations de savoir exactement quel est leur rôle. Ce n'est pas encore forcément très clair. Une IPA était en arrêt maladie, personne n'a voulu la remplacer. Elle ne fait que de la paperasserie, voilà ce que les équipes ont dit. »* Elle explique : « *Ce n'est pas forcément très simple pour les salariés des services de comprendre. Il y a des questionnements pour délimiter exactement le périmètre et savoir où s'arrête les missions de chacun. »*

CSS 1 parle de réels obstacles au départ : *« On a eu des freins. Certains médecins ne voyaient pas la plus-value d'une IPA, car il y avait la crainte qu'elle empiète sur leur poste. Ils se*

demandaient aussi, qui serait responsable si l'IPA prescrivait mal. » De plus, elle dit : *« Je n'ai pas eu de résistances avérées de la part des équipes soignantes. »* Cependant, IPA 1 parle de réticences de la part des infirmiers et de certains médecins : *« Des collègues infirmiers me disait, tu fais ça, mais nous aussi on le fait. Il a fallu rassurer sur le fait qu'on n'allait prendre les postes de personne. »* CSS 4 a dû provoquer une réunion avec l'équipe afin de poser les choses : *« Par méconnaissance et parce que c'est une ancienne collègue, qu'elle change de casquette, il y a eu des remarques : pourquoi, elle ne fait plus ça, et pourquoi si, et pourquoi ça. J'ai dû expliquer que nous l'attendons sur certaines missions et plus sur d'autres. Il y avait des réticences, il a fallu clarifier tout ça avec l'équipe. »* Certains médecins ont eu des mots durs vis-à-vis d'IPA 1 *: « Certains m'ont dit : Ah voilà « la Super infirmière », on m'a aussi appelé « le petit Docteur », et ce n'était pas dit gentiment. Ça a duré une bonne année, le temps que je montre patte blanche à tout le monde. »*

IPA 1 et IPA 4 décrivent le même ressenti avec des médecins généralistes. IPA 1 : « *Quand j'appelais un généraliste et que je me présentais, j'ai eu droit à : IPA ? OK. Il est où le médecin ? Je devais expliquer que je peux prendre l'avis médical, ça fait partie de mes missions. Il y a des moments où c'était très froid au téléphone, surtout au départ, aujourd'hui c'est un peu mieux. On voit une petite évolution. »* IPA 4 dit : *« Il y a beaucoup de craintes bien sûr, ce n'est pas simple. Il faut tout le temps rassurer et expliquer. »*

De la part de Med 1, il n'y a eu aucune réticence au contraire, connaissant déjà les IPA à l'étranger, elle était en attente de pouvoir travailler avec elle. Par contre, elle a constaté des résistances *: « Il y a clairement eu des petits conflits car il fallait définir la place de chacun par rapport aux autres IDE. Pourtant on est un CHU et on a l'habitude de travailler avec beaucoup d'interlocuteurs dans le parcours patient et d'accueillir des étudiants, je pensais que ça aurait aidé. »*

IPA 2 décrit une autre forme de frein avec les CDS : *« Pour des synthèses de patients, la CDS me disait : c'est bien qu'on y aille toutes les deux, mais il faut faire la différence entre nous. Elle craint que je prenne sa place, que je ne lui laisse plus son espace. »* Elle détaille son point de vue en expliquant : *« La CDS s'est sentie menacée car on est autonome dans notre travail, c'est la perte de contrôle que les CDS n'ont plus sur nous qui peut les déstabiliser. »* CDS 2 renforce cette idée en livrant son ressenti : *« A son arrivée, je me suis dit à quoi je sers, où est ma place ? J'ai été laissé de côté pour l'aspect organisation de son poste, ça a été vu qu'avec le médecin. »*

IPA 3 pour sa part, n'a pas senti de réticences de la part de l'équipe : *« Mes collègues m'ont beaucoup soutenu, pendant la formation et à mon retour, j'ai eu de la chance. Je pense que le fait qu'on est été plusieurs à avoir le projet IPA au CMP, ça m'a aidé, car ils se sont projetés en moi. »* CDS 3 appréhende l'évolution de la dynamique d'équipe : *« J'ai peur que l'équipe s'épuise. Pour l'instant, ils la protègent et ne lui reprochent rien, mais je ne voudrais pas que des choix institutionnels, lui retombent dessus. »* IPA 3 sent également cette pression *: « Pour l'instant, il n'y a rien contre moi, l'équipe est clairvoyante, ils voient bien que j'essaie de composer pour ne pas créer de tension. J'espère que ça ne va pas dégénérer, parce que pour eux c'est compliqué. »* Med 3 ne craint pas de conflit d'équipe : *« C'est une équipe super sympa et intelligente. Ils pourraient se plaindre qu'il manque un poste, mais ils ne le font pas devant elle. L'entente est très cordiale. Ils ne lui reprochent rien du tout, tout ça n'est pas de sa faute de toute façon. »*

Une autre difficulté pour IPA 4 a été : *« le changement de médecin, mon projet avait été fait avec une oncologue qui est partie avant mon retour de formation. Sa remplaçante ne souhaitait pas restée sur le CH, elle n'était pas motrice par rapport à mon arrivée. Maintenant d'autres médecins sont arrivés, il faut se réhabituer. Ça, ça a été un vrai frein pour moi. »*

Au regard de ces témoignages, je perçois certaines résistances de la part des autres professionnels émanant surtout d'un manque de connaissance du rôle et des missions des IPA. Beaucoup de craintes se sont estompées, une fois que les activités et les compétences de l'IPA ont pu être expliquées et posées.

5.2 Les missions des IPA

Pour les 12 professionnels interrogés toutes catégories confondues, les missions des IPA sont aujourd'hui repérées et connues. Trois activités majeures ressortent des entretiens : les consultations de suivis, des actions d'éducation thérapeutique et des temps de recherche. Tous les professionnels évoquent l'importance des protocoles d'organisation reprenant les activités autorisées par les IPA.

5.2.1 Le protocole d'organisation

Comme stipulé dans l'article R4301-4 du Code de Santé Publique, le protocole d'organisation prend la forme d'un contrat entre un médecin et un IPA. Il a pour vocation d'organiser l'activité

de l'IPA, mais aussi de sécuriser les soins. Il délimite les modalités d'intervention et de prise en charge de l'IPA ainsi que son fonctionnement avec le médecin et les conditions de retour du patient vers ce dernier. Les quatre IPA ont rédigées leur protocole d'organisation, deux en collaboration avec les médecins, les deux autres seules. IPA 4 dit : *« C'est moi qui ai écrit ma fiche de poste et ma fiche d'activités. J'ai travaillé avec le médecin sur le protocole d'organisation, on l'a rédigé en collaboration, en fonction de ses attentes et ce à quoi je pouvais répondre au vu de mes compétences. Cela s'est fait de la même manière sur les deux établissements. »* Med 1 explique que l'IPA *« suit 2 types de parcours patients : les patientes ayant un cancer du sein localisé sous hormonothérapie pour 5 à 10 ans et les patientes ayant un cancer du sein métastatique. Tout cela est détaillé dans le protocole d'organisation. À tout moment, si besoin, elle peut me réadresser la patiente. »* IPA 1 mentionne que, sur le Pôle d'oncologie, *« les IPA sont maintenant bien ancrées dans leurs fonctions, notamment grâce à un protocole de coopération clair et précis. »*

CSS 4 a participé à l'élaboration du protocole avec l'IPA et les médecins concernés. Elle souligne que : *« cela s'est fait en concertation. Le protocole a été pensé quand elle est revenue de formation. Elle a fait preuve d'une grande autonomie, c'est elle qui a écrit le brouillon, elle s'est basée sur le modèle brestois. Elle l'a bâti en première intention puis ça a été un partage d'aller-retour entre les équipes médicales concernées et moi. Elle est donc à l'initiative de ce protocole et honnêtement, il n'y avait pas grand-chose à corriger, la copie était déjà très bien travaillée. »*

IPA 3, quant à elle, précise que : *« dans le premier protocole d'organisation rédigé, on prenait en charge tous les patients avec une pathologie psychiatrique. Mais ensuite, on nous a demandé de définir quelles pathologies. Ce qui n'est pas simple. Donc au final, c'est uniquement les troubles psychotique, bipolaire, dépressif et des patients en crise suicidaire. »* IPA 3 stipule : *« On a dû faire pour chaque type de patient, un parcours de soin spécifique. C'est la DSI qui nous a demandé de faire ça, sur le modèle des protocoles IPA de MCO. On l'a donc fait entre IPA de psy, sans les médecins. Ils l'ont ensuite lu et validé. »* IPA 3 remarque que ce protocole fait 63 pages : *« ça a ses limites, dans la pratique il y a des choses qui n'apparaissent pas, c'est le risque en voulant tout détailler, il y a toujours des éléments qui manquent. Tout dépend aussi de la manière dont on interprète ce qui est écrit. Le premier protocole travaillé avec les médecins, était plus large et c'était plus facile pour rentrer dedans. »* IPA 3 souligne : *« c'est à moi d'être vigilante quand j'ai une consultation de relais avec le psychiatre, de bien vérifier que la pathologie entre dans le cadre réglementaire du protocole. »* IPA 3 me donne l'exemple

d'un traitement qui n'entre pas dans le protocole d'organisation. Elle doit prendre contact avec le médecin généraliste pour lui dire de renouveler ce traitement au patient et qu'elle, elle renouvellera les traitements psychotropes uniquement. Cela demande une vigilance importante de sa part, mais permet aussi de faire du lien avec les médecins traitants. Elle indique *: « ça oblige le patient à aller voir son médecin généraliste, ce n'est pas si mal. »* IPA 2 explique que le tout premier protocole a été effectué par un CSS et une CDS de psychiatrie, ensuite les IPA ont pu le lire. *« Au changement de CSS, il n'y a pas eu beaucoup de relai avec la nouvelle CSS sur ce sujet. Il a fallu tout reprendre à zéro. Nous avons travaillé à trois IPA de psychiatrie, sur le modèle des protocoles des IPA de Morlaix et Quimper. Nous avons ensuite présenté notre protocole au chef de Pôle et à la nouvelle CSS qui l'ont validé. Mais mes collègues n'ont pas eu leur concours sur titre, car le protocole n'était pas assez détaillé. Nous l'avons donc retravaillé à nouveau toutes les trois, avec la trame donnée par la DSI, pour enfin le faire valider. Les médecins ont regardé cela d'assez loin je trouve. »*

Trois CDS ont eu connaissance du protocole, une fois qu'il était signé et finalisé. C'est le cas de CDS 2 : *« Je n'ai pas été conviée pour les réflexions concernant les futures missions de l'IPA au sein du CMP. Ça s'est fait en concertation entre IPA, médecin et CSS je pense. Je ne sais même pas trop. J'ai pris connaissance du protocole et de la fiche de poste bien plus tard. Les détails et les grandes missions sont décidés au niveau polaire sans échange avec les CDS. »*

Tableau récapitulatif pour identifier les acteurs ayant participé à l'élaboration du protocole d'organisation :

	A participé	N'a pas participé
IPA 1	X	
Med 1	X	
CSS 1	X	
IPA 2	X	
Med 2	X	
CDS 2		X
IPA 3	X	
Med 3	X	
CDS 3		X
IPA 4	X	
CSS 4	X	
CDS 5		X

Nous constatons que les CDS n'ont pas été impliqués dans les échanges et l'élaboration des protocoles d'organisation des IPA.

5.2.2 Les consultations

Les quatre IPA décrivent deux types de suivis différents. Elles ont un rôle de consultation de patients chroniques stables, que ce soit en oncologie ou en psychiatrie, et un rôle de consultation de patients plus vulnérables et à risque. IPA 4 déclare : *« je peux voir des patients plus fragiles. Là ce sont des consultations supplémentaires à celles du médecin. Ce sont des patients qui nécessitent d'être vus plus souvent. Ça permet un suivi plus rapproché. »* Med 3 mentionne que pour elle la mission première de l'IPA : *« est de prescrire des renouvellements d'ordonnance et d'effectuer des suivis de situations complexes, nécessitant une surveillance biologique. »* CDS 3 confirme cette idée *: « Le patient verra le médecin une fois par an et tous les mois l'IPA pour un suivi et les renouvellements d'ordonnance. Tout est très protocolisé avec le patient, il y a un document signé par lui, le médecin et l'IPA.* » CDS 2 signale le fait que *« ces consultations avec l'IPA, permettent de mettre des rendez-vous plus réguliers pour les patients qui en ont besoin, ça rassure de caler ces suivis et d'effectuer les renouvellements de traitements. »* Elle précise également que *« ces consultations servent aussi à relayer aux médecins des informations importantes et d'effectuer du lien avec les professionnels libéraux, chose que les médecins ne font pas forcément. »* Méd 2 indique effectivement que *« nous n'avons pas toujours ni le réseau, ni le temps pour faire du lien avec l'extérieur. L'IPA a aussi ce rôle qui est primordial. Elle a une connaissance des structures extra hospitalières plus fine que moi et elle permet de débloquer des situations en passant un coup de téléphone. »* Pour IPA 4, ces temps de consultation sont *« des temps privilégiés avec les patients, cela permet de faire le point et de faire le lien ou d'intervenir si nécessaire auprès des services supports, des dispositifs d'appui et des acteurs libéraux. »* IPA 1 renforce cette idée en précisant *: « je travaille en alternance avec ma collègue oncologue sur le suivi de l'efficacité et de la tolérance au traitement, je fais l'accompagnement logistique avec les IDE à domicile, les médecins généralistes et les urgences et je gère aussi les effets secondaires qui flambent à la maison. Je réajuste le traitement si besoin pour éviter l'hospitalisation, je travaille donc beaucoup aussi avec les pharmacies. Je prends la personne dans sa globalité, je l'accompagne durant tout son traitement. »* Pour CDS 5, au-delà des consultations, le rôle des IPA consistent à *« coordonner les oncologues et les médecins salariés. Les IPA sont en lien avec tous les professionnels de*

santé et facilitent la prise en charge, ils sont un soutien pour les patients et leur évitent des hospitalisations, c'est quand même ça notre objectif premier. »

5.2.3 Les actions d'éducation thérapeutique

En ce qui concerne les missions de prévention et d'éducation thérapeutique, les IPA interrogées n'en sont pas au même stade. En effet, il s'avère que ce n'est pas la priorité pour les professionnels nouvellement en poste comme l'explique IPA 4 : *« En ce qui concerne l'éducation thérapeutique du patient, c'est une autre de nos missions, ainsi que tout ce qui est analyse de pratiques professionnelles mais pour l'instant je ne peux pas être partout. Je priorise. »* CSS 4 souhaite également étendre les missions de l'IPA dans un second temps, elle dit à ce sujet : « *J'ai en tête un autre projet que nous n'avons pas encore développé en éducation thérapeutique, mais c'est un de nos objectif. »*
Il semble néanmoins, que cette mission de santé publique suscite l'intérêt des IPA et des CDS. Dans un autre établissement en oncologie, des activités d'ETP menées par les IPA sont mises en place, comme l'exprime CSS1 : « *Elles interviennent aussi dans l'éducation thérapeutique. On a 4 domaines d'activité ici et deux IPA font régulièrement des ateliers d'éducation thérapeutique. Ces temps sont très appréciés par les patients. »* Elle continue en précisant : « *il y a des projets IPA, cadre de santé, médecin comme en éducation thérapeutique qui sont bien formalisés sur le pôle. »* Des réflexions pluriprofessionnelles sont menées sur ce sujet. Une fois validées, les IPA mènent en autonomie les ateliers d'ETP.

En psychiatrie, un programme d'ETP sur le thème de la dépression s'amorce et mobilise les trois IPA du Pôle. IPA 3 expose son point de vue : *Je me suis engagée dans ce groupe de travail pour la mise en œuvre d'un programme d'ETP dépression, pensé pour l'ambulatoire par le docteur S. On va voir comment ça peut se mettre en place, parce qu''il faut des moyens humains, ça veut dire qu'il faut qu'on enlève autre chose. On risque vite d'être saturé avec mes collègues. Il faut accepter de lâcher certaines choses, pour l'instant c'est en construction. »* IPA 2 pense qu'il est important qu'elle anime au moins une fois ce programme avant de passer le relai. C'est une nécessité afin de l'évaluer. Elle déclare : « *l'IPA elle est là pour coordonner, on écrit le programme et pour qu'il fonctionne, il faut qu'on le fasse une première fois. Après, on n'est contre le fait, que ce soit les autres qui animent, de toute façon on ne pourra pas tout faire, ce n'est déjà pas simple. Mais qu'on sache de quoi on parle, qu'on l'évalue, puisqu'on l'a écrit, donc il faut quand même qu'on le mette en application. »* Ce projet de pôle amène à

des rencontres régulières des trois IPA avec le médecin porteur de projet. D'autres actions d'éducation thérapeutique peuvent se développer par service. C'est le souhait du *CDS 3 : « L'idée est que l'IPA fasse de la coéducation thérapeutique auprès de groupe de patients. Elle m'a suggéré de faire des ateliers d'éducation thérapeutique dans le cadre d'un atelier du CATTP (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel). C'est une bonne idée, faut-il qu'elle puisse se dégager du temps. »* En effet, IPA 3 explique son projet pour rester en lien avec ses collègues infirmiers et avec les patients du CATTP : *« Par le biais d'actions de prévention, je pourrais garder le contact avec les patients du CATTP en proposant des ateliers d'éducation thérapeutique. Par exemple, pendant le mois sans tabac, je pourrai organiser un atelier. »* Ces missions de prévention et d'éducation thérapeutique animent les professionnels et les CDS. Cependant, se dégager du temps au détriment d'autres activités semblent être une difficulté.

5.2.4 Les temps de recherche

Les CDS et les IPA ont tous évoqué la recherche comme élément spécifique de l'activité des IPA. Les CSS ont des attentes concrètes pour l'institution. CSS1 annonce clairement : *« Je leur ai demandé d'essayer de publier parce que c'est difficile de mettre en place une recherche paramédicale. Elles devraient déjà publier leur mémoire, les deux IPA qui ont été diplômés en premier, ont publié leur mémoire et à la suite de cela, elles se sont mises à travailler sur une recherche. »* Pour CSS 4, il est nécessaire que les IPA programment du temps de recherche afin de s'y astreindre. Elle explique : « *C'est important d'avoir un planning, et de se dire, le lundi matin je suis en consultation, le lundi après-midi en hôpital de jour, le mardi matin je le garde pour la recherche, ainsi que le vendredi. »* CSS1 souhaite développer cet axe : *« On va mettre en avant la recherche car c'est quand même compliqué à mettre en place. En septembre prochain, avec l'accueil des nouveaux IPA diplômés, on voudrait faire des retours d'expérience. J'aimerais que les IPA actuelles reviennent avec un écrit sur un domaine d'activité qu'elles veulent mettre en avant. »*

Il semble que les préoccupations des CDS ne se concentrent pas sur l'aspect recherche des IPA, comme l'exprime CDS 3 : *« Je ne sais pas vraiment ce qu'on lui demande de faire en termes de recherche. »* CDS 2 indique : « *IPA a des temps de recherche qui se font à l'unité de recherche en sciences infirmières, c'est là qu'elle vient travailler je crois, j'avoue qu'à ce niveau-là je ne maîtrise pas du tout, je ne sais pas trop en quoi ça consiste. »*

En outre, comme pour l'éducation thérapeutique, la recherche ne paraît pas être investie de la même manière par les IPA. La recherche peut être vécue comme une notion assez abstraite pour le moment, nécessitant un accompagnement et des échanges ; comme en témoigne IPA 4 : *« On a des missions transverses de recherche et on est attendu sur la recherche en science infirmière. C'est compliqué parce qu'on n'a pas beaucoup de temps. Normalement on a 20 % pour la recherche, moi j'ai 2 demi-journées, une à Brest et l'autre ici. Pour le moment je n'arrive pas à le faire parce que tout se met en place. »* Cette mission de recherche est ressentie par IPA 4 comme une contrainte : *« Quand j'ai commencé la formation, je ne pensais pas qu'il y aurait une part si importante de recherche. Je pense que ça fait beaucoup, or quand on en discute avec les médecins, ils ne publient quasiment pas. Le médecin avec qui je travaille me dit que s'il arrive à publier quelque chose tous les 5 ans c'est déjà énorme et nous, on nous demande de publier tous les ans. Je ne sais pas comment ça peut être gérable. C'est pourtant une attente de la direction. Après tout dépend de ce qu'ils entendent par publication, mais je ne pense pas que ce soit réalisable. »*

Un autre élément commun à trois IPA est le fait que la recherche n'est pas leur priorité pour le moment. IPA 4 détaille : *« Quand on fait de la recherche, on ne fait pas de suivi de patient et moi j'avoue, j'ai fait ce métier pour accompagner les patients. Je trouve ça intéressant la recherche, mais il faut vraiment avoir le temps et avoir de l'aide parce que ça ne s'improvise pas. »* IPA 2 explique *: « Il y a des personnes qui sont spécialisées dans la recherche, c'est compliqué, ça ne s'improvise pas et de manière concrète on ne peut pas faire de la recherche seule dans son coin. »* IPA 3 renforce cette idée *: « J'ai identifié une demi-journée pour la recherche, mais c'est pris par autre chose, on est vite débordé. Normalement, il faut penser aussi à se garder du temps pour aller consulter de la littérature, se mettre au courant. Pour l'instant, la clinique, les rencontres avec les patients c'est ce que je privilégie, constituer ma file active, faire le lien avec les médecins traitants. Le travail de coordination, c'est ce que je priorise. »*

Cependant, pour IPA 1, la recherche est importante pour la profession infirmière. Elle explique qu'elle effectue les démarches pour mener à bien sa première recherche *: « J'ai une recherche que je veux vraiment développer, tout est prêt et je suis en attente de financement. C'est ça qui est compliqué. C'est tout ce qui est logistique et financement pour la recherche paramédicale qui est laborieux, parce que je n'ai pas d'ARC (Attaché en Recherche Clinique) pour travailler avec moi, donc il faut que je développe tout ça. Mais c'est passionnant, j'adore. »*

Lors de mes entretiens, dès que l'on aborde les rôles et missions des IPA, toutes les personnes interviewées évoquent immédiatement le protocole d'organisation, en précisant son importance pour le déploiement de l'activité de l'IPA. Ces protocoles ont parfois dû être retravaillés à plusieurs reprises afin de répondre aux exigences institutionnelles. Les CDS n'y ont pas participé, mais en ont pris connaissance. IPA et médecins ont souvent travaillé en étroite collaboration afin de le rédiger, de même que les CSS qui ont toujours fait partie des interlocuteurs privilégiés dans l'élaboration de ces protocoles.

Je constate également que de manière unanime ce qui caractérise la mission première des IPA est l'activité de consultation. Ces temps de face à face avec le patient est le cœur métier de l'IPA. Il s'agit de la raison principale pour laquelle les professionnels interrogés ont souhaité évoluer. Pour les CDS et les médecins, il s'agit également du premier rôle de l'IPA.

Dans un second temps, l'éducation thérapeutique avec les missions de prévention commencent à émerger. Des projets de pôle voient le jour et des initiatives d'IPA au niveau des unités de soin apparaissent. Il semble néanmoins, que la gestion du temps soit repérée par tous comme étant un facteur contraignant.

L'activité de recherche est également évoquée par tous les professionnels. Cependant, il apparaît assez clairement que pour le moment, elle est encore trop méconnue des CDS et semble insurmontable pour la majorité des IPA. Elle n'est donc pas dans les priorités. Seule une d'entre elle se lance dans cette aventure avec enthousiasme.

5.2.5 Des activités réalisées en autonomie

Une donnée qui est revenue dans tous les entretiens est la notion d'autonomie laissée aux IPA. En effet, il s'avère que ce poste nécessite beaucoup de flexibilité, demande de créer un réseau et comme nous l'avons vu précédemment l'IPA est amené à déployer différentes activités. Les CDS s'accordent à dire qu'il s'agit d'un métier très spécifique. Pour CDS 5 : *« Le niveau d'autonomie est très important. Déjà parce qu'ils ont créé leur poste et leur fiche de tâches et puis ils sont un peu entre deux, entre médecins et infirmiers. On voit bien qu'ils ont la possibilité aussi de proposer des choses aux oncologues. Il y a une sacrée autonomie dans la gestion de leurs tâches et de leurs missions, ils sont indépendants sur leurs missions, c'est eux qui créent les choses. »* CDS 3 explique son positionnement par rapport à IPA 3 : *« Les IPA ne sont pas des médecins, ils ne sont plus trop infirmiers, ce ne sont pas des psychos, c'est une nouvelle*

fonction qui va être sous la responsabilité du cadre du service, sauf avec des horaires cadre et une autonomie très importante. Donc moi quand IPA 3 me dit, je ne suis pas là, je suis partie pour telle ou telle réunion, colloque, formation…je fais OK ! De fait, ma fonction va être de contrôler son compte chronos[3] *et voir si elle a pris tous ses congés, pas plus. » CDS 2* confirme ce sentiment *: « IPA 2 est très autonome, elle sait où elle a envie d'aller. Je lui fais confiance. Elle a compris les missions qui lui incombaient, ce qui était attendu d'elle et ce qu'elle peut mener toute seule en lien avec ses compétences. »*

Les IPA approuvent cette autonomie et cette confiance qui leur sont allouées. En effet, IPA 1 l'exprime sans détour : *« J'aime beaucoup l'autonomie que j'ai aujourd'hui dans mon travail, c'est très appréciable. »* Il en va de même pour IPA 2 *: « On est passé aux horaires cadre, j'aménage mes horaires en fonction des séminaires et des consultations avec certains patients. C'est une chose que j'apprécie particulièrement au niveau du poste IPA, cette autonomie. Je ne suis plus dépendante de mes collègues IDE pour organiser mes journées. »* Med 2 déclare que *« de manière générale au CMP les infirmiers sont plutôt autonomes. C'est une façon de travailler qu'on a trouvé depuis très longtemps et IPA 2 est restée sur ce mode-là. Elle ne me rend pas compte de toutes ses consultations, de toute façon, ce ne serait pas possible. Par contre, elle trace tout dans un dossier spécifique IPA, qui est dans le dossier du patient. »* En oncologie, cette autonomie est également repérée. Med 1 dit : *« IPA 1 a un niveau d'autonomie assez grand. Elle est formée à tous les différents médicaments qui existent donc il y a des décisions qu'elle peut prendre lors des consultations. »* IPA 1 confirme cette liberté d'action, davantage sur le plan organisationnel : « *Je gère mon quotidien, mon planning, je suis autonome, je demande à la CSS de poser mes congés. » Pour* CSS 4 : *« cette nouvelle liberté d'action pour les IPA est une évolution par rapport aux infirmiers, cela les oblige à avoir une certaine posture professionnelle. »*

Comme précisé dans le décret de 2018, les IPA évoluent dans une équipe coordonnée par un médecin, mais ils disposent d'une réelle autonomie dans le suivi des patients. Les témoignages recueillis lors des entretiens vont dans ce sens et même plus loin, car l'autonomie est également présente dans l'organisation quotidienne des IPA. En effet, un reporting régulier est effectué avec les médecins concernant le suivi des patients, mais également auprès des CDS ou CSS concernant les temps d'absences du service liées à leurs missions variées. Cette émancipation

[3] Compte chronos : logiciel de gestion du temps de travail

vis-à-vis du métier d'infirmier semble participer à la construction de l'identité professionnelle des IPA.

5.3 Relations des IPA avec les différents acteurs

Les IPA sont amenés à travailler avec de nombreux acteurs hospitaliers et extrahospitaliers, comme les services supports, les médecins généralistes, les pharmacies de ville, diverses associations, les infirmiers libéraux et bien d'autres. A l'hôpital, leurs interlocuteurs sont les équipes soignantes des services, les CDS et les médecins. Ce nouveau métier dans le paysage hospitalier peut déséquilibrer les fonctionnements en place de longue date et questionne tous les professionnels dans leur pratique. Des réajustements et des clarifications se font régulièrement afin de favoriser la collaboration.

5.3.1 Liens avec les IDE

En psychiatrie, dans les CMP, Med 2 explique que *« les infirmiers ont beaucoup de suivis de patients, ils les voient en consultation mais ce n'est pas formalisé comme un suivi IPA. »* Ce n'est pas toujours simple pour les infirmiers de comprendre la plus-value du travail de l'IPA et les différences notoires avec leurs missions. De même, le positionnement de l'IPA est parfois complexe vis-à-vis des collègues soignants, comme l'explique IPA 2 *: « Je sens bien que parfois c'est compliqué pour eux, mes missions ont évolué et ça les impactent directement. Au départ, il y a eu quelques tensions, car ils ont plus de travail, sachant qu'ils sont 2 au lieu de 3. Heureusement que je m'entends très bien avec mes collègues qui sont conciliants. »* Les IPA se doivent d'être diplomates et communiquer sur leurs missions afin d'apaiser les incompréhensions. IPA 2 enchaîne en disant : *« On ne peut pas dire à nos collègues : écoutez maintenant on doit fonctionner différemment ! […] Moi je ne fais plus ça. Je ne fais plus de première consultation, uniquement du relai et du suivi. »* CDS 2 a entendu les désagréments que vivent les infirmiers depuis l'arrivée de l'IPA : *« les infirmiers du CMP me relatent des difficultés, à un moment donné, faut que la charge de travail soit équilibrée et pour l'instant, ça n'est pas le cas. »* Med 2 confirme ces dires : *« Les infirmiers des fois, ont du mal à comprendre que l'IPA n'est pas là pour faire l'infirmier de première ligne comme eux. Des fois ça pique un peu, quand ils sont vraiment dans le jus et qu'elle est présente et qu'elle est sur ses missions à elle. »* CDS 3 ressent les mêmes craintes et appréhende la gestion des congés

d'été dans ce contexte : *« IPA 3 est super bien intégrée par ses collègues, ils se connaissent bien. Je sais d'expérience, que ça risque de ne pas durer, parce que de fait, on va avoir des soucis pour les congés d'été. Quand la direction va me dire : à 5 personnes de fin juin jusqu'à fin septembre sur la période d'été, il faut lisser les congés des infirmiers. Je suis lucide, ça risque de créer des tensions. »*

Pour les infirmiers, le fait que ce soit leur collègue infirmière qui soit devenue IPA au même endroit et qu'un poste infirmier leur soit imputé cristallise parfois les rapports. De plus, les missions des soignants en CMP et des IPA sont proches. Il faut donc du temps pour que chacun accepte et comprenne l'évolution professionnelle de l'IPA et les activités spécifiques qui lui incombent.

Nous constatons qu'en oncologie, les rôles semblent plus clairement répartis du fait que l'IPA est en plus dans les effectifs, s'agissant de création de poste. Les compétences des IPA sont vues comme du complément par les équipes. Malgré cela, des tensions peuvent émerger.

La CSS référente des IPA souhaite qu'il n'y ait pas de doublons dans les activités des uns et des autres, mais de la complémentarité dans les prises en charge. Pour elle : « *Chaque professionnel connaît ses missions. L'IPA va prescrire mais c'est l'infirmier qui va organiser les soins, coorganiser et recevoir le patient. Si je dois tout donner à faire à l'IPA elle ne s'en sortira pas. Si elle doit organiser et recevoir le patient, ça veut dire que pendant ce temps-là, elle ne fera pas le reste de ses consultations et ne développera pas sa recherche. On a fait plusieurs réunions avec les infirmières des consultations, parce qu'auparavant elles travaillaient ensemble. Donc il a fallu bien préciser le champ de compétence de chacune et les évolutions.* » Nous retrouvons la nécessité de communiquer et d'expliquer les nouvelles missions de l'IPA aux équipes. L'inconnu peut faire peur, des idées reçues peuvent apparaitre, notamment des craintes par rapport aux liens hiérarchiques comme l'explique IPA 1 : *« Les infirmiers étaient un peu réticents, ils ne comprenaient pas trop quel allait être mon rôle et puis, quand on a voulu mettre en place le suivi commun de thérapie orale, il y a eu des remarques : « C'est pour remplacer les IPA, mais nous on n'est pas IPA ! Et vous allez être nos chefs ? Il a fallu redire qu'on n'a aucun pouvoir hiérarchique sur les IDE, on collabore. Il y a encore besoin de pédagogie mais c'est mieux. »*

Une autre difficulté est ressortie des entretiens. En effet, pour IPA 4 son positionnement vis-à-vis de ses collègues infirmiers n'a pas été simple : *« Mes collègues IDE ne savaient pas ce que je pouvais faire dans la PEC des patients. […] Le fait de connaître mes collègues n'étaient pas*

si simple. Je pensais que ça allait être aidant […] et en fait, non, elles hésitaient à me poser des questions. Elles ne savaient plus trop comment je me positionnais par rapport au médecin et à elles. » En effet, le changement de statut nécessite aussi un changement de posture professionnelle, cela est d'autant plus vrai, face aux collègues avec lesquels il y a déjà un vécu professionnel.

5.3.2 Liens avec les CDS

L'arrivée d'IPA dans le système de soin, soulève plusieurs questions, notamment celle du management et du positionnement vis-à-vis des CDS. « Quid des missions respectives, voire du chevauchement possible de certaines activités de l'IPA et du cadre de santé. » (Leclerc, 2021, p.16) CSS1 confirme cette réflexion : *« C'est parfois difficile, je pense pour certains cadres et cadres supérieurs de bien limiter le champ d'action de chacun. »*

5.3.2.1 Pas de lien hiérarchique clairement identifié partout

Les liens hiérarchiques de l'IPA sont laissés à l'appréciation de chaque structure de soins. Il est néanmoins recommandé que les IPA dépendent directement de la direction de soins, ou des cadres supérieurs de santé voire des cadres de proximité. Dans tous les cas, il n'est pas préconisé qu'ils soient sous la responsabilité hiérarchique du corps médical. En fonction des lieux et des personnes, la vision n'est pas la même et cela peut amener à des situations tendues.

Il semble effectivement, qu'il y ait des incompréhensions sur les rôles et missions de chacun concernant la responsabilité hiérarchique de l'IPA. En effet, IPA 2 décrit une méconnaissance de son statut et de son métier par sa CDS, qui génère de l'inconfort pour la CDS. Elle explique *: « Une autre difficulté c'est l'encadrement parce que la relation cadre-IPA est compliquée. La cadre, comme certains médecins, ne connaissent pas encore très bien les missions de l'IPA. Elle se dit que je vais piquer son boulot, ça vaut aussi pour les médecins. Ma cadre avait cette crainte, elle se demandait : mais moi je vais servir à quoi ? »*

En effet, pour CDS 2, les liens hiérarchiques n'ont pas été clairement identifiés. Elle se demande comment répartir les rôles *: « Au niveau Gestion des Ressources Humaines (GRH) elle dépend de moi, mais aussi de la CSS référente du CHU que je ne connais pas. Ce n'est pas très limpide tout ça. Quel est mon rôle exact ?»* CDS 3 confirme qu'il est son supérieur hiérarchique, mais ce n'est pas aussi évident pour l'encadrement supérieur. Il ajoute : « *La direction des soins a*

nommé une cadre sup responsable des IPA, qui est référente de l'ensemble des IPA du CHU. Moi je suis le supérieur hiérarchique de mon IPA, ça s'est posé, mais mes supérieurs hiérarchiques, ne sont pas forcément les supérieurs hiérarchiques de mon IPA, puisque, si j'ai compris, c'est la CSS référente. C'est un tricotage assez intéressant. » IPA 2 amène une autre nuance, elle déclare : *« Pour tous les IPA de psy, c'est la CSS, le référent hiérarchique, ça a été posé comme ça et le cadre gère le planning des congés. Ma CDS, a vraiment accepté, elle s'est intéressée, il a fallu bien échanger et du coup, elle accepte. Je ne suis pas sûre que ça soit pareil pour tout le monde. »*

Concernant l'évaluation de l'IPA, il persiste également un flou pour CDS 2 *: « Je ne sais pas qui va s'en occuper…ça devrait être un binôme CDS/ médecin, parce que c'est le médecin qui doit évaluer le travail, je trouve. »*
Des interrogations existent aussi du côté des IPA à ce sujet. IPA 2 ne sait pas qui va l'évaluer, elle déclare *: « On se pose la question, j'imagine que ça va être la cadre sup. On ne sait pas si ce sera la CSS de toutes les IPA, nous, on préférerait que ce soit la CSS de psychiatrie. Mais on ne sait pas. Ça c'est ma cadre qui gère ça, ça fait partie du management, elle me dira ce qui est décidé. Mais ça ne me gênerait pas si ma CDS et la CSS de psy étaient ensemble, comme on travaille en collaboration. »* CDS 3 pour sa part, projette d'effectuer l'évaluation d'IPA 3 : « *je pense que ce sera à moi de le faire puisqu'officiellement je suis son supérieur hiérarchique. Si les médecins veulent en faire une autre, même s'ils n'ont jamais fait d'évaluation, pourquoi pas ; je ferai de toute façon un entretien d'évaluation. »* Pour IPA 3 cela a peu d'importance *: « Ce sera la CSS peut-être, je ne sais pas trop. Après si c'est le CDS de proximité, ça me va aussi. Il me voit travailler au quotidien donc peu importe. »* Elle précise tout de même *: « Normalement ça devrait être le CSS. Dans beaucoup d'établissement, l'IPA est sous la responsabilité directe du CSS. Ici, pour moi c'est le CDS. Donc peut-être les deux. »* CSS 1 amène une réponse aux interrogations diverses : *« Ce n'est pas moi qui ferai les évaluations annuelles de toutes les IPA du CHU. Je ne les suis pas au quotidien. Ce sera aux cadres ou cadres sup en fonction des lieux. Je rappelle qu'au CHU, le cadre est hiérarchiquement au-dessus de l'IPA. Mais c'est aux pôles de s'organiser. Par contre, je suis la supérieure hiérarchique directe des IPA d'oncologie et donc je ferai leurs évaluations à elles. Dans mon pôle, elles ne dépendent pas des cadres, elles collaborent. Je ne voulais pas surcharger les cadres, donc je m'occupe d'elles. »* En oncologie, dans le CH, il n'y a pas d'ambiguïté, la CSS 4 annonce : « *En tant que responsable hiérarchique, c'est moi qui effectue l'évaluation. J'ai bien expliqué aux cadres que statutairement, elle dépendrait de moi, c'est plus logique, elle ne*

peut pas vraiment dépendre d'eux. Mais pour être honnête, les cadres de santé n'étaient pas non plus très à l'aise à l'idée de l'avoir hiérarchiquement en charge. IPA, c'est encore un domaine un peu inconnu et effectivement les CDS savaient statutairement qu'ils sont au même niveau. »

Un autre sujet qui suscite des discussions est la gestion de l'activité de l'IPA, comme nous livre IPA 2 *: « Il y avait aussi la question de qui allait gérer mon planning ? J'ai dit à la cadre, que c'est moi qui gère mon planning, sinon ce n'est pas tenable. J'ai expliqué à la CDS que ma hiérarchie c'est le cadre supérieur, que je n'ai donc pas vraiment de compte à lui rendre, par contre on collabore, on travaille ensemble, on est un binôme. Dans la pratique, si je fais des choses, je la tiens au courant, mais je ne vais pas lui dire à chaque fois que j'ai une réunion, c'est vrai que je bouge beaucoup quand même. »* En oncologie, c'est la CSS qui a expliqué aux CDS *: « J'ai dit aux CDS, les IPA font leur planning, elles ont une demi-journée pour la recherche. Je suis sûre que finalement, les CDS n'ont pas connaissance de ce que fait réellement l'IPA. »* Les IPA sont donc en liens directes avec la CSS pour la validation de leurs actions. IPA 1 dit : « *Je fais mes transmissions à la CSS, je lui transmets ce que je fais. À chaque fois que j'ai un projet, je lui remets. C'est ma supérieure hiérarchique. »*

Un autre fonctionnement est celui décrit par CDS 5 : *« Les IPA dépendent de la directrice de soins, c'est elle qui fait leurs évaluations. Il n'y a pas de lien hiérarchique entre nous, je suis là comme collègue pour des absences ou des choses qui ne marchent pas. »* Elle décrit ce rapport comme *« apaisant et propice au travail. »*

Tableau récapitulatif reprenant les liens hiérarchiques énoncés lors des entretiens :

	Référent hiérarchique de l'IPA	Participe à l'évaluation de l'IPA	Gestion RH de l'IPA (planning/ congés)
CSS 1	**X**	**X**	**X**
CDS 2	**Ne sait pas**	**Ne sait pas**	**X**
CDS 3	**X**	**X**	**X**
CSS 4	**X**	**X**	**X**
CDS 5	**Non**	**Non**	**X**

5.3.2.2 Liens fonctionnels, collaboration

Une des compétences centrales attendue des IPA est la collaboration avec l'ensemble des professionnels. Les CDS peuvent donc être amenés à travailler de manière avec cette nouvelle fonction. Cependant, en fonction des unités et de leur proximité géographique, les liens fonctionnels sont plus au moins forts, comme en témoigne IPA 2 qui dit : *« On ne communique pas tant que ça, on s'appelle pour des questions d'organisation de prises en charge. Pendant les synthèses, elle vient vers moi, pour voir comment ça fonctionne au CMP. Je suis un peu sa référente CMP. Son bureau est en intra, alors elle passe toutes les 3 semaines, peut-être que si on se voyait tous les jours, ça serait différent. Mais ça fonctionne bien comme ça. Il y a une réelle volonté de sa part de travailler avec moi. »* De son côté, CDS 2, déplore le fait de ne pas se voir suffisamment. Elle mentionne : *« Je suis en confiance avec elle, mais on n'échange peut-être pas assez. Je ne suis pas sur place, donc ça n'aide pas. »* On peut en déduire que même s'il y a peu de contact, car les deux professionnelles ne travaillent pas sur le même site, il y a la volonté de part et d'autre de garder du lien et de collaborer dans les prises en charge.
Ce lien fonctionnel est vu pour d'autre comme une aide technique que le CDS peut apporter à l'IPA, comme en témoigne IPA 3 *: « Si j'offre du temps de présence au CATTP en gérant un groupe d'éducation thérapeutique tout en assurant mes actions de prévention IPA, je me dis que là, je peux avoir besoin du soutien du CDS dans cette logistique.* » Cette notion de soutien revient également dans les échanges avec les CDS. Ils voient leur rôle auprès des IPA comme un appui. CDS 3 parle de *« facilitateur. »* Il explique que pour lui le CDS est « le *chef d'orchestre, je suis là pour faire en sorte que l'IPA ne manque de rien et pour simplifier son quotidien. Notre rôle de cadre est que tout ce petit monde puisse travailler en harmonie, sans que les uns empiètent sur le territoire des autres."*

En oncologie, les sollicitations et la collaboration se fait également essentiellement pour développer les actions d'éducation thérapeutique. IPA 1 indique *: « Le projet d'éducation thérapeutique est coordonné par une des cadres, donc je travaille très régulièrement avec elle. C'est vrai qu'on échange facilement, je lui demande son avis, comment je peux faire pour améliorer les dossiers par exemple, c'est vraiment beaucoup d'échanges informels. »* Pour CSS 1, ce travail en partenariat CDS-IPA se fait facilement, les rapports semblent simples. Elle détaille : *« Quand il y a de la coordination ou de la programmation de patient, les IPA n'hésitent pas à aller voir le cadre pour l'accompagner dans la programmation, et voir quelle est la date la plus adéquate pour recevoir un patient. »* CDS 5 affirme travailler souvent avec les deux

IPA : *« On est en lien étroit tous les jours. On va être en lien au quotidien par rapport aux hospitalisations, si j'ai besoin de lits par exemple […]. C'est complètement du fonctionnel. »* Cette proximité professionnelle semble fonctionner et est appréciée par CDS 5. De même, CSS4 décrit : *« j'estime que nous collaborons. Nous travaillons sur des choses. Elle est partie prenante avec nous en tant qu'interlocuteur sur l'optimisation de l'hôpital de jour. C'est un de nos gros sujets sur lequel on travaille ensemble avec les médecins, les cadres et la pharmacie. Elle a la connaissance de certaines circulations et on a besoin de son expertise. »*

5.3.2.3 Pas de doublons dans les activités

De manière générale, les trois catégories de professionnels interrogés ne ressentent pas de doublons entre les misions des CDS et celles de l'IPA. Cependant, pour certains CDS, il faut rester vigilant afin qu'il n'y ait pas de glissement de tâches. C'est ce qu'exprime CDS 2 : *« Je pense qu'il va falloir que je sois vigilante. En tout cas, elle n'a aucun rôle à avoir auprès de ses collègues IDE. Pas de lien hiérarchique car ils travaillent l'un à côté de l'autre. »* Pour CSS 1, si les activités sont bien expliquées, il n'y a pas de raison qu'il y ait des tâches similaires aux deux fonctions. Selon elle, : *« L'IPA n'est pas là pour prendre en charge une équipe en termes de management. Après si elle fait du leadership, elle le fera dans la recherche paramédicale. Elle n'intervient pas en termes de RH, en termes de gestion de planning, gestion d'absence. Donc ça veut dire qu'effectivement au niveau encadrement supérieur, il faut que ce soit clair aussi pour que ça puisse être dit aux cadres. »* CDS 3 ne se sent pas en danger face à l'IPA *: « Je ne sens pas de rivalité entre nous. J'étais son cadre quand elle était infirmière et rien n'a changé. On a la même relation, on n'a pas été confronté à un rapport de force. »*

Pour les médecins interviewés, il n'y a aucun risque qu'un métier empiète sur l'autre. Med 3 déclare *: « Pour moi, ce sont des métiers vraiment différents. »* Med 1 décrit *: « Il peut exister des doublons entre l'activité du médecin et celle de l'IPA plus que l'activité de l'IPA et celle de cadre. »*

Les IPA sont très au clair avec leurs missions et revendiquent l'expertise clinique que les CDS n'ont pas. A l'inverse, les IPA ne souhaitent pas du tout prendre part au management d'équipe pour lequel ils ne sont pas légitimes. Pour IPA 2 : *« En pratiquant, on se rend compte qu'il n'y a pas de chevauchement avec les CDS, moi je suis vraiment dans la prise en charge avec le patient, je suis dans le soin, dans l'expertise clinique et ma cadre est dans la gestion. »* IPA 4 renchérit *: « On n'a pas du tout les mêmes missions, j'ai des compétences au niveau médical, une expertise clinique, elle c'est le management. Je ne touche pas du tout à ça. »* IPA 1

continue en disant : *« je n'ai pas fait cette formation de deux ans pour faire du management, ça ne m'intéresse pas du tout. J'ai développé une expertise clinique avec des connaissances médicales. Les deux métiers n'ont rien en commun. »*

Un sujet pourrait néanmoins amener un rapprochement des deux fonctions, comme l'explique IPA 2 *: « le seul sujet commun peut-être, c'est la formation, les IPA pourraient impulser des formations internes, mais on le fait de manière plutôt intelligente, on collabore avec les CDS pour que ça s'organise de manière concrète et efficace. »*

5.3.3 Liens avec les médecins

Les liens entre IPA et médecins sont assez évidents, puisque du second dépend l'activité du premier. En oncologie, CSS 1 parle d'échanges très réguliers entre les deux professions. Elle argumente : *« C'est assez interactif. S'il y a besoin d'avis médical, l'IPA appelle le médecin et ils se rencontrent. Ils se voient tous les jours. Donc ils créent un lien encore plus privilégié avec un médecin en particulier et les internes. »*

5.3.3.1 Une collaboration

Med 1 pense que la facilité à travailler avec une IPA réside dans le fait qu'à *« la base l'oncologie ce sont plusieurs spécialités qui se réunissent toutes les semaines pour parler des dossiers et j'ai le sentiment que pour nous c'est assez facile d'intégrer de nouveaux professionnels. »* Med 1 détaille ensuite leur manière de travailler ensemble : *« Chaque patiente a un oncologue référent, on est l'autorité de compétences pour le patient, mais l'IPA a un niveau d'autonomie assez grand. En règle générale, elle prend la décision puis on revoit ensemble. »* Med 1 précise que : *« C'est essentiel qu'on sache qui fait quoi, parce qu'on partage nos ordonnances. Comme ça pour les patients, il y a une continuité. Il y a donc des échanges très réguliers de manière formelle entre IPA et chaque médecin à propos du patient dont chaque médecin a la référence. »* IPA 1 et Med 1 ont le même ressenti sur leur manière de travailler ensemble. Med 1 relate : *« On a des échanges au quotidien, physiquement, par mail ou téléphone toute la journée. Il nous arrive aussi de faire des consultations en commun pour des annonces difficiles. »* IPA 1 renforce ces propos : *« je travaille avec des médecins qui sont hyper moteurs, ils ont tout de suite accroché au projet de l'arrivée d'une IPA et m'ont accompagné dès le début.* » Pour IPA 2, il ne s'agit pas de délégation de soin mais bien d'une collaboration : *« je travaille étroitement avec le médecin, c'est un relai de prise en charge, il m'oriente le patient. J'ai le diagnostic, la prescription de base et ensuite j'adapte. Je peux voir le patient*

beaucoup plus souvent que le médecin. Si son état s'aggrave, on le ramène vers le médecin. » Pour Med 2, leur manière de collaborer est ancienne et fonctionnelle : « *On a des staffs toutes les 3 semaines au CMP où on passe en revue les situations complexes et on peut refaire le point. On a facilement tendance à se transmettre des choses de manière très informelle. Donc entre deux consultations, les infirmiers fonctionnent avec moi par SMS ou par mail. Dès qu'il y a une interrogation, quelque chose à vérifier elle n'hésite pas à me contacter et globalement ça fonctionne très bien. Mais ça fonctionnait déjà très bien avant en fait, donc on est resté un peu sur la même manière de fonctionner. »*

5.3.3.2 Une aide précieuse

Malgré la mobilisation de certains professionnels médicaux contre le fait que les IPA bénéficient de compétences élargies, les médecins et CDS interrogés sont tous d'accord pour dire que l'IPA répond à un besoin et sera une aide pour les médecins. Ce terme « d'aide » revient d'ailleurs à 4 reprises lors des entretiens médicaux. Selon Med 1 : « *C'est un vrai soutien et c'est très agréable de travailler de cette manière. »* Elle ajoute : *« Avoir quelqu'un qui va m'aider dans ma pratique, je ne vois pas trop ce que je peux faire comme objection, c'est juste formidable. »* Pour Med 3 : « *Il y a une réelle plus-value pour les médecins, elle nous aide beaucoup. »* Il apparaît que les IPA permettent de libérer du temps médical, comme le souligne CDS 2 *« ça dégage du temps pour le médecin. »* CDS 3 partage la même vision : *« Face à la pénurie de médecins, les IPA vous pouvoir donner un nouveau souffle en soulageant les médecins des patients chroniques, suivis sur le long cours et permettre d'accueillir de nouveaux patients par les psychiatres. »*

De plus, les nouvelles compétences développées par les IPA couplées à leurs regards infirmier permettent des accompagnements et prises en soins non effectués par les médecins, mais très complémentaires. En effet, Med 1 détaille : *« Elle a des compétences spécifiques en termes de pansements que je n'ai pas et elle gère les liens avec les infirmières à domicile pour les cas complexes, choses que je ne maîtrise vraiment pas. Elle est un tiers dans notre relation au patient et ça permet de partager une charge de travail. »* La réflexion de Med 2 va dans le même sens : *« Elle s'occupe de choses que, en consultation médicale, je ne fais pas par manque de temps, d'habitudes et de connaissances. C'est donc une aide précieuse et importante. »*

Cette complémentarité dans les prises en charge est une plus-value également pour le patient.

5.3.3.3 Un autre regard sur le patient

Comme nous l'avons vu, les IPA sont des infirmiers avec des compétences supplémentaires. Ce regard soignant est différent de celui du médecin. La prise en charge holistique de l'IPA permet d'aborder le patient dans sa globalité et de ne pas se focaliser uniquement sur la pathologie en elle-même. Pour Med 3 : *« c'est riche d'avoir quelqu'un qui a un autre regard sur le patient, qui est capable de prendre une distance supplémentaire, qui revoit ce qu'on fait. L'intérêt c'est d'avoir des réunions de concertation avec l'IPA, de discuter de nos prises en charge, la décision principale de traitement se fait ensemble toutes les semaines. Elle apporte des connaissances sur le patient qui sont précieuses. »* Sur cette notion de connaissance du patient, Med 1 complète en disant : « *Elle apporte un autre regard, d'autres compétences. Parce que c'est une infirmière, les patients ne lui diront pas la même chose qu'aux médecins. Elle en saura souvent plus que nous. »*

Cette approche soignante est appréciée par Med 2. Elle explique : *« L'avantage que j'y vois, c'est que pendant ses consultations elle aborde des sujets de prévention et recherche les comorbidités, c'est une vision complémentaire à ma pratique. »* Pour Med 1, l'IPA apaise le patient et sécurise les soins. Elle précise *: « Je pense que ça a pas mal sécurisé les soins pour les patients, déjà il y a moins d'anxiété. Clairement c'est une plus-value pour le patient, ça tranquillise le patient, ça le rassure, ça fait une continuité. »*

De plus, Med 1 apprécie particulièrement ce travail en collaboration qui permet de décloisonner et lutter contre l'isolement médical. Elle dit : *« je trouve que c'est vraiment très précieux parce que sans l'IPA on est très seul en fait dans les décisions à prendre, donc c'est vraiment une prise en soin pluriprofessionnelle. »*

5.3.4 Travail en trinôme

A chaque échange autour de la notion de trinôme, les professionnels interviewés ont pris un temps de réflexion avant de répondre. En effet, pour eux, ce terme ne va pas de soi. Néanmoins, plusieurs ont rapidement indiqué qu'un travail en complémentarité se faisait à trois, chacun étant garant de son domaine d'exercice. En outre, il existe une différence entre l'oncologie et la psychiatrie sur cette question, cela étant dû probablement à l'antériorité de présence d'un IPA dans le service. L'oncologie étant le premier domaine à avoir accueilli un IPA, le fonctionnement est déjà en place.

5.3.4.1 En oncologie

Ce trinôme se vit et se décline différemment en fonction des lieux et des situations. CSS 4 explique que cette collaboration a lieu pour les projets inédits. Elle indique : *« Sur le déploiement de nouveaux projets il existe complètement un trio cadre sup-IPA-médecin. L'IPA fait le lien avec les médecins référents et moi-même. »* CSS 4 aborde-là un nouveau trinôme, que nous n'avions pas évoqué jusque-là, celui de CSS-IPA-Médecin. En effet, au CH, c'est la CSS qui est en lien direct avec l'IPA pour proposer et organiser des projets.

Au CHU, IPA 1 confirme que le trinôme CDS-IPA-Médecin existe et présente le dernier exemple illustrant cette collaboration : *« J'ai une dame qui va mal depuis mardi, elle est aux urgences de XX. Elle est transférée cet après-midi dans le service d'oncologie, donc j'ai géré cette situation avec la cadre. J'ai donné l'information, on a vu ensemble s'il était possible de faire un transfert ; on a vraiment collaboré toutes les deux. J'ai expliqué pourquoi elle est hospitalisée et on a travaillé sur ce transfert avec l'oncologue et la CDS. J'étais le lien entre l'oncologue qui est en consultation, la CDS qui cherche une place et moi qui suis en lien direct avec la patiente et les urgences, donc on a vraiment géré cette situation à trois. »* Dans cette situation, les compétences de chaque professionnel sont mobilisées, ce qui permet de débloquer des situations d'urgence difficiles. Med 1 partage un autre exemple, où le travail en trinôme intervient. Il s'agit de l'éducation thérapeutique. Dans ce cadre il ne s'agit plus de gestion d'une situation d'urgence, mais d'expérimenter des organisations innovantes, telle que l'accompagnement de patient dans le suivi de traitement. Med 1 explique : *« On a travaillé à trois pour l'éducation thérapeutique, pour l'article 51. C'est le projet national pour les thérapies orales. On pose des temps de réunion régulièrement, on se complète toutes les trois : le côté soin, le côté administratif et l'aspect coordination. »*

5.3.4.2 En psychiatrie

Pour le moment, le travail en trinôme en est à son balbutiement dans un service et est inexistant dans l'autre. Les trois catégories professionnelles n'ont pas les mêmes points de vue sur le sujet. Les IPA y voient une opportunité et même une nécessité pour développer des projets. Les médecins ne semblent pas y voir une priorité et les CDS aimeraient développer ce partenariat.

Med 3 annonce : *« J'ai peu de liens professionnels avec le cadre, c'est plus d'ordre administratif. Avec l'IPA, on parle le même langage, c'est plus facile de communiquer. Je suis*

plus intéressée par le travail clinique. Tout ce qui est institutionnel, on en discute avec le CDS, mais je n'ai pas beaucoup de liens fonctionnels avec lui. On n'a pas de projet commun de prévu. » Pour Med 2 la priorité est ailleurs pour l'instant, elle explique : *« On se focalise sur sa file active. C'est l'essentiel actuellement. On aimerait bien ensuite, si son activité le permet, pouvoir développer des missions d'éducation thérapeutique et à ce moment-là, il faudra qu'on discute avec la cadre pour voir si ça peut coïncider avec le fonctionnement du CMP. »*
Pour CDS 2, il n'y a pas de travail en collaboration avec le médecin. Selon ses dires : *« Il n'existe pas de trinôme, on n'échange pas régulièrement le médecin et moi. On a du mal à parler organisation. Je souhaite qu'on prenne du temps tous les trois, pour voir un peu comment on fait évoluer les choses. […] Si on me demande concrètement, comment ça fonctionne avec l'IPA et le médecin, je suis incapable de dire s'ils arrivent à faire le passage de relai pour les patients. »* Elle met en avant son souhait de pouvoir travailler avec l'IPA et le médecin et être tenu informée de leur travail en binôme. Il en va de même pour CDS 3, qui aimerait développer des projets en trinôme. Il dit : *« J'échange avec les médecins sur des sujets organisationnels, mais à l'avenir, ça pourrait être intéressant que je sois en support sur des projets nouveaux avec l'IPA et eux. »*

En ce qui concerne les IPA, elles sont toutes les deux avides de développer le travail pluriprofessionnel avec CDS et médecin. IPA 3 projette les rôles de chacun dans la mise en place d'un projet : « *Il n'y a pas pour l'instant de projet à trois. Si on développe un programme d'ETP, il faudra une collaboration à 3. Il va falloir gérer l'organisation, les ressources humaines pour le CDS ; le médecin devra valider et porter le projet et l'IPA la mise en action concrète. »* Selon elle, le CDS a toute sa place pour participer au déploiement de nouveaux programmes. Elle espère qu'il y aura des échanges d'idées pour développer de nouvelles choses. Elle constate : « *Les CDS ont des idées et peuvent impulser des projets à trois. Le CDS connaît les réseaux, il fait le lien entre la ville et l'hôpital. Je pense qu'il fera appel à moi s'il a des idées de projet. »*

IPA 2 présente un travail en trinôme qui s'amorce avec des professionnels autres que ceux de son service. Elle est convaincue de ce fonctionnement. Elle développe : « *Je reviens sur le programme d'ETP, parce que c'est le seul exemple que j'ai pour l'instant, donc il y a un médecin, une CDS formée à l'ETP, qui n'est pas ma cadre, et moi. On monte le programme ensemble. C'est clairement de la collaboration et chacun à ses compétences, la CDS va faire le lien avec l'encadrement, pour voir ce qui est possible de mettre en place sur l'hôpital, quelles sont les limites, les possibilités ; le médecin est là, pour faire le lien avec l'ARS, les instances,*

et l'IPA monte le programme. C'est très concret. Il y aura beaucoup de possibilités comme ça de développer ce genre de projet. »

Je relève au regard des propos recueillis que ce travail en trinôme n'est pas une évidence pour tous. Un nouveau trinôme émerge d'ailleurs lors d'un entretien en y intégrant le CSS. Cependant, une réelle volonté de travailler ensemble et de développer des projets communs existe. Les freins liés à un manque de collaboration sont souvent personnes-dépendantes et restent minoritaires. Les lieux où l'IPA est tout nouvellement implanté obligent à un temps d'adaptation et de régulation. Chaque professionnel doit trouver sa place et se repositionner face à ce nouveau métier, avant même de pouvoir collaborer. Il apparaît clairement que les médecins sont très satisfaits de l'arrivée d'IPA dans leur service et y trouvent un réel intérêt pour leur profession et l'aide que les IPA peuvent leur apporter auprès du patient.

Les CDS, quant à eux, sont plus mitigés, même s'ils s'accordent à dire qu'il y a une réelle plus-value pour la prise en charge des patients. Il n'est néanmoins, pas toujours facile pour eux de réussir à définir de manière précise les missions et la place qu'ils auront auprès de l'IPA. Nous constatons que les CSS, de par leur statut et leur vison macro de l'institution, y voient un bénéfice pour les patients, les équipes et les médecins. Ils ne sont pas en difficulté par le management de ces professionnels.

5.4 Eléments facilitants l'intégration des IPA

5.4.1 La communication

A travers les entretiens, il est mis en évidence que la communication autour de la profession d'IPA doit se faire par les IPA eux-mêmes. Ils se doivent d'être les ambassadeurs de ce nouveau métier, aussi bien dans leur service qu'à l'échelle de leur établissement ainsi qu'à l'extérieur. Se faire connaître hors des murs des établissements de santé semble être une priorité afin de faciliter la coordination des soins ville-hôpital. Ainsi, IPA 1 explique : *« j'ai beaucoup communiqué dès le départ de façon très informelle. J'expliquais ce que je faisais, pourquoi, comment. Il a fallu faire face à beaucoup de questions, surtout des collègues infirmiers. »* Elle continue en argumentant sur le fait que : « *communiquer beaucoup, aller à chaque fois représenter le métier, expliquer les missions a facilité mon intégration. Encore aujourd'hui d'ailleurs.* » Pour les IPA, c'est une démarche logique. IPA 2 explique : *« Il faut beaucoup*

communiquer sur ce qu'on fait, c'est normal, c'est nouveau. Il faut pouvoir expliquer et prouver notre légitimité. » IPA 3 se déplace beaucoup pour parler de son métier. Elle dit : *« Je vais à la rencontre des professionnels, je vais me présenter dans les pharmacies, les cabinets médicaux etc. Il n'y a qu'en communiquant, en rencontrant les gens qu'on sera plus vite intégré au paysage du système de santé. »* Elle est soutenue dans cette démarche par son CDS. En effet, CDS 3 souhaite l'accompagner dans ce sens : *« Je l'incite à participer au maximum de conférences, colloques, réunions pour pouvoir communiquer sur son métier. C'est important pour être reconnu. »*

Cette communication est également une demande institutionnelle, CSS1 précise : *« Je leur demande de participer à plusieurs réunions, présentations et de communiquer sur leur métier. Il faut que ce soit connu par le maximum de professionnels, pour que leurs missions soient reconnues et valorisées. Elles doivent être en capacité de produire une présentation claire et précise de leurs missions et projets. »* Expliquer, présenter, argumenter, communiquer autour de leur métier sont des attendus pour les IPA. Mais ils ne sont pas seuls à promouvoir leur métier. Les patients eux-mêmes se font les portes paroles auprès des professionnels pour expliquer le rôle des IPA, comme nous le raconte IPA 1 : « C'est *avec l'aide des patients qu'on y arrive aussi, parce qu'ils communiquent beaucoup sur ce qu'ils vivent. J'ai l'exemple d'une patiente qui a parlé de moi à son IDE libérale, […] elle lui a expliqué ce que je fais. Et après, j'ai eu l'infirmière pour autre chose au téléphone et elle m'a dit : « Ah, c'est vous l'IPA ? Ravie de faire votre connaissance, parce que j'entends beaucoup parler de vous ! » et en fait ça s'est super bien passé, parce que les patients prennent part à notre déploiement. »*

5.4.2 Être connu comme IDE dans le service

Un aspect important qui est apparu lors des entretiens est le fait que les quatre IPA interrogés étaient tous connus de leur service pour y avoir travaillé comme infirmier. Cette notion n'est pas anodine, car pour plusieurs CDS et médecins, la confiance et la connaissance des compétences professionnelles de l'IPA étaient déjà acquises. Il semble que cela ait nettement contribué à l'intégration de ces professionnels auprès d'eux. Selon CDS 3, : *« Si c'était une IPA que je ne connaissais pas, ça aurait pu être plus compliqué. J'aurais été sans doute plus vigilant à ce que chacun garde ses fonctions et son territoire. Mais là, c'est quelqu'un qui travaille déjà avec moi, on se connaît, on s'apprécie, il n'y a pas de tension. »* Connaître le professionnel avec lequel ils vont collaborer apparaît comme un élément important pour les médecins. Selon CSS 4 : *« IPA 4 […] était crédible, les médecins connaissaient ses compétences*

professionnelles et humaines. Pour le corps médical, un des critères essentiels, c'est la confiance. Donc l'avoir connu avec ses compétences avérées était effectivement gage de sécurité pour eux. » Cette vision se vérifie dans les propos de Med 2 : *« Je savais comment elle travaillait, je connaissais déjà ses capacités d'autonomie et de responsabilité auprès des patients. Je n'avais donc pas de craintes, j'étais en confiance. »*

Un autre intérêt à avoir travaillé dans le service auparavant est la facilité de trouver ses repères. Pour CDS 2, connaître les lieux favorise la prise de poste. Pour elle : *« Il est certain que d'être déjà professionnel dans l'établissement, ça aide la rapidité de l'implantation, parce qu'elle connaît déjà les mécanismes, les codes et habitudes et qu'elle ne perdra pas de temps. »* Au-delà de l'aspect efficacité, il est également question de lien affectif, d'identité de service, comme le mentionne CDS 3 : *« On construit quelque chose sur du subjectif, de l'affectif, sur du fait maison, parce que c'est cette IPA là, dans cette équipe-là, avec nos relations établies d'avant. On a un lien de confiance, on forme un noyau, on est honnête les uns envers les autres. »*

A contrario, le fait de changer de statut et de missions vis-à-vis des collègues IDE, n'est pas toujours simple, comme le présente CSS 4 : *« il n'y a pas eu de conflit ouvert mais par méconnaissance et parce que c'est une ancienne collègue, qu'elle change de casquette, il y avait des remarques, pourquoi elle fait plus ça, et pourquoi si. J'ai dû poser les choses tout de suite, expliquer que nous l'attendions sur certaines missions et plus sur d'autres. »*

Med 3 modère l'avantage de connaître l'IPA. Elle argumente ainsi : *« Le fait que je la connaissais joue sûrement, mais ça aurait pu être quelqu'un d'autre. J'aurais pu faire avec quelqu'un que je ne connaissais pas. Parce que je suis convaincue de l'intérêt d'une IPA au CMP. »*

5.4.3 Le collectif IPA

Comme le rappelle Sainsaulieu (1985), se sentir appartenir à un groupe, pouvoir échanger entre pairs et être en veille professionnelle favorisent le sentiment d'appartenance et renforce l'identité professionnelle. C'est le sentiment partagé par IPA 2 qui livre : *« Je travaille beaucoup avec mes collègues IPA de l'établissement, j'échange aussi avec les IPA de santé mentale des autres hôpitaux. C'est important de faire partie de ce collectif surtout quand il s'agit d'un nouveau métier. Il faut être au courant des évolutions. »* IPA 3 renforce ce sentiment en expliquant : *« J'échange avec les IPA des autres établissements de Bretagne et de plus loin*

aussi d'ailleurs. C'est passionnant. Je travaille aussi beaucoup avec mes trois autres collègues IPA en psychiatrie nous avons des projets communs. C'est très grisant de faire partie d'un nouveau collectif. Ça porte. »

Le fait de ne pas sentir isolé est essentiel pour se sentir bien dans son poste et pouvoir évoluer, c'est ce qu'explique IPA 1 : « *La chance qu'on a eue, c'est qu'on était deux, ça aide énormément. J'ai deux collègues qui étaient toutes seules dans leur service, alors on s'est beaucoup aidée, c'est vrai que c'est un soutien énorme. La force du groupe IPA m'a fait avancer. »*

Selon IPA 4, les mentions vont être amenés à travailler ensemble afin d'améliorer et coordonner les prises en charge. Elle assure : *« C'est un métier qui va vraiment exploser, car on en a besoin. Je pense qu'il y a énormément de projets à faire avec les autres IPA, notamment à domicile avec la mention parcours complexe. »*

Pour les IPA interrogées, les trois éléments majeurs ayant facilités leur intégration est le fait d'avoir communiqué sur ce métier et de continuer à le faire. La communication est ici utilisée comme vecteur d'informations et pour apaiser des tensions liées à leur fonction.

De plus, être connu et reconnu comme professionnel compétent et avoir la connaissance du service et des collègues semblent faciliter la prise de poste en termes de rapidité et de fluidité dans les rapports médecins-CDS-IPA.

Le 3ème point émanant des entretiens est le sentiment d'appartenance à un collectif IPA dans lequel l'entraide, l'échange de pratiques et d'outils sont très aidants. D'après les entretiens, ces éléments favorisent l'implantation des IPA au sein de leur service en oncologie comme en psychiatrie.

6 La discussion et la confrontation des hypothèses

Il s'agit dans cette partie de confronter le cadre conceptuel aux résultats obtenus par les entretiens, afin de confirmer ou non les trois hypothèses de départ.

Hypothèse 1 : Les liens hiérarchiques et fonctionnels ont intérêt à être définis en amont pour faciliter la collaboration CDS-IPA-médecin.

L'analyse de ce travail de recherche valide cette hypothèse. En effet, au vu des résultats obtenus, je constate que lorsque les professionnels ne savent pas précisément de qui dépend l'IPA, la répartition des rôles est alors plus difficile. Pour la majorité des IPA, il semble assez logique que leur référent hiérarchique soit le CSS. Cependant cela n'est pas aussi clairement établi dans toutes les structures et unités de soins.

Dans les lieux où le CSS est le supérieur hiérarchique de l'IPA, et que cela a été discuté et annoncé aux équipes soignantes et aux CDS, il semble que le fonctionnement soit fluide et qu'il n'y ait pas de remise en cause de ce système. Le CDS est alors partenaire de l'IPA, la collaboration est effective entre les deux professions. Les compétences managériales des CDS et le leadership clinique de l'IPA se complètent pour un fonctionnement optimal au service du patient. Effectivement selon Simonet (2017), la collaboration entre professionnels sera facilitée lorsque l'expertise de chacun sera admise et la complémentarité des rôles valorisée.

A l'inverse, dans les unités dans lesquelles les IPA et les CDS peinent à trouver leur mode de collaboration et où la place de chacun n'est pas toujours bien connue ni définie, l'étude empirique montre un inconfort de part et d'autre et une réelle difficulté à collaborer. Selon Alphonse-Tilloy et Devienne (2020, p.16) « le cadre de santé (…) doit faire face à sa capacité à gérer une équipe dans une période de transformation et à sa place dans la nouvelle organisation de soins. » Or ce positionnement n'est pas aisé à trouver lorsque le CDS ne sait pas quel rôle jouer auprès de l'IPA. Des questions se posent alors concernant l'évaluation de ce dernier, la répartition des activités de chacun auprès de l'équipe, la gestion du planning de l'IPA ou encore la place des uns et des autres dans des projets d'éducation thérapeutique par exemple.

En outre, il existe un binôme IPA- médecin qui paraît fonctionnel dans la plupart des services. Ce binôme décrit un langage commun avec des préoccupations partagées. Le CDS étant davantage dans une activité de management et d'organisation avec des tâches administratives ; son positionnement professionnel vis-à-vis de l'IPA doit être identifié afin de l'aider à définir les contours du « travailler ensemble » et qu'il puisse se faire une place au sein du duo.

De plus, il semble que pour les CDS, ce flou hiérarchique, soit plus complexe à vivre, que pour les médecins et les IPA. Les médecins ne se posent pas cette question, l'IPA est un partenaire de soins, le lien entre eux est fonctionnel. Le protocole d'organisation qui les unis leur donne une ligne de conduite dans leur collaboration, les rôles de l'IPA y sont définis et structurés. Chacun sait ce qu'il doit faire en termes de prise en charge du patient. Le binôme CDS-médecin existe également depuis longtemps, les rôles sont posés et définis, il y a peu d'ambiguïté.

Or l'arrivée des IPA bouscule l'ordre établit et nécessite des réajustements de postures avec le CDS. Comme le rappellent, Alphonse-Tilloy et Devienne (2020, p.16), « l'intégration d'une pratique avancée peut être analysée comme une innovation organisationnelle. Elle questionne la place et le rôle de chacun et bouleverse les frontières professionnelles. » Il ne s'agit pas que le CDS perde de son influence, ce qui pourrait poser un problème de gouvernance, mais plutôt que les liens soient annoncés et identifiés par chacun. L'étude empirique démontre que les pôles se sont accordés sur le rôle du CDS vis-à-vis de l'IPA. Cependant l'information n'a pas été reçu de la même manière par toutes les parties prenantes. Il existe donc des incompréhensions et un sentiment de frustration vécu par certains CDS.

Le sujet ne semble donc pas être qui doit encadrer les IPA entre CDS ou CSS, mais bien que les CDS et les IPA ait l'information. Alphonse-Tilloy et Devienne (2020) précisent que pour qu'il n'y ait pas de controverse, il est essentiel que le CDS ait un positionnement clair en tant que manager de son équipe assurant un leadership complémentaire à celui de l'IPA.

La question des liens hiérarchiques ou fonctionnels se pose surtout entre les IPA et les CDS puisque les IPA dépendaient tous des CDS en tant qu'IDE avant d'évoluer vers ces nouvelles fonctions. En fonction des établissements, le rattachement hiérarchique se fait auprès de la direction des soins directement, des cadres de pôles ou des cadres de proximité. Selon Reay, Golden-Biddle et Germann (2003), pour que les IPA et les CDS puissent collaborer étroitement, les rôles doivent être clairement séparés sans hiérarchie entre eux. Il s'agit donc bien de penser une réorganisation globale des rôles dans un système de santé en évolution.

Hypothèse 2 : La posture du CDS influence le travail en trinôme CDS, médecin, IPA.

Les résultats de l'enquête de terrain ne permettent pas de valider cette hypothèse. En effet, les résultats révèlent que lorsque l'IPA est connu des CDS et des médecins, un lien est déjà instauré. Le CDS fait confiance à l'IPA et n'est pas dans une posture de contrôle de l'activité. En effet,

les compétences et les qualités personnelles et professionnelles de l'IPA sont identifiées et valorisées. La majorité des médecins sont également rassurés à l'idée de travailler avec un professionnel à qui ils font confiance. La posture du CDS n'intervient pas dans ce sentiment. Il s'avère que c'est plutôt la posture des IPA qui semble influencer les rapports avec les CDS et les médecins. En effet, les IPA rencontrées ont toutes dues faire preuve d'assertivité. Pour Andrew Salter « s'affirmer positivement dans ses relations professionnelles est une clé de réussite pour soi et pour les autres. » (2017, p. 89) En effet, face à la méconnaissance de leur métier et aux réticences auxquelles elles ont fait face, il a fallu que les IPA prouvent leur légitimité, leur volonté de collaborer et rassurent quant à leurs missions auprès des patients.

Nous ne pouvons donc pas affirmer que la posture du CDS ait influencé le travail du trinôme. En effet, la notion de trinôme est elle-même remise en question dans certains lieux. Nous pouvons par contre dire que le positionnement du CDS vis-à-vis de l'IPA peut avoir un impact sur leurs échanges et leurs rapports.

Il apparaît que le travail en trinôme concerne pour le moment des actions d'éducation thérapeutique et des situations de gestion de lits de patients. Le CDS ayant un rôle organisationnel. Il est davantage question de la vision du métier d'IPA et de la volonté du CDS de travailler en trinôme, plus que de la posture professionnelle de celui-ci. Pour que le trinôme existe, une bonne entente est nécessaire entre les trois professionnels, ainsi qu'un souhait de travailler ensemble. Dans certains endroits, si ces conditions ne sont pas respectées, la posture seule du CDS n'aura pas grand impact sur le fonctionnement du trinôme.

Hypothèse 3 : La coopération au sein du trinôme sera d'autant plus efficace si chacun communique et partage son expérience.

Les données empiriques ont démontré l'importance de la communication pour que chaque métier trouve sa place auprès du patient tout d'abord, mais également dans une collaboration professionnelle. Cette hypothèse est donc validée. En effet, comme le souligne Sonia Bal (2011, p 43) le travail en équipe est une valeur importante pour les professionnels de santé. Se retrouver autour d'un but commun, développe la coopération et permet d'accroître des compétences collectives. Faire ensemble, partager les compétences de chacun et les reconnaître, répartir clairement les tâches dans un but commun : le bien-être du patient ; permet d'avoir une vision commune et de gagner en efficacité de soin.

Une donnée est apparue lors de l'étude empirique et montre les effets néfastes d'un manque de communication. En effet, la méconnaissance du rôle de chacun peut mettre en difficulté et impacter directement la coopération. Les services dans lesquels les CDS n'étaient pas intégrés dans le binôme IPA-médecin se trouvaient isolés et dans l'impossibilité d'expliquer les missions et les projets en cours de l'IPA. Une frustration peut alors apparaître et entraver le travail de collaboration. Comme le dit Simonet (2017, p. 1771), la collaboration sera facilitée si les compétences des différents acteurs sont mobilisées et si un objectif commun est posé. Dans ce cas de figure, pour que le trinôme existe et soit efficace, il y a nécessité de créer des rencontres entre les trois professionnels CDS-IPA-Médecin afin de définir conjointement des actions à développer dans lesquelles, chacun trouvera sa place en utilisant ses compétences. Selon Dumas, Douguet et Fahmi, « les professionnels sont d'autant plus dépendants les uns des autres que le mouvement de spécialisation s'accentue et que les frontières entre spécialités, autres professions de santé et nouveaux métiers sont instables. » (Dumas, Douguet et Fahmi, 2016, p. 49) Ils soulignent là l'importance de se connaitre, de partager, de se questionner ensemble sur les prises en charge, où sur l'organisation à mettre en œuvre pour accueillir des patients de manière optimale.

Les résultats du travail de recherche révèlent que, dans les projets communs qui fonctionnent au sein du trinôme, des temps d'échanges et de réunions ont régulièrement eu lieu et la complémentarité des rôles a été mise en exergue.

La notion de partage d'expérience s'entend ici par l'expertise et les compétences de chacun. Dans le développement d'action d'éducation thérapeutique, il apparaît que le CDS est garant de l'organisation et de l'administratif, le médecin se positionne comme le porteur de projet et l'IPA celui qui met en œuvre concrètement l'action. Cette complémentarité des rôles participe à la réussite de l'action. Comme le précise Le Boterf (2018), « la compétence collective n'est pas une juxtaposition ou une addition de compétences individuelles, mais la résultante de la coopération entre des professionnels compétents. » Pour que cela existe, il est nécessaire de se parler et de se rencontrer.

De plus, la connaissance de l'autre diminue les idées reçues et les appréhensions et favorise la collaboration. En effet, selon Dumazeau et Karsenty (2008, p.3) «la nécessité de partager un même contexte pour réussir à communiquer est aujourd'hui largement reconnue en sciences cognitive. » Ils rajoutent « qu'il ne suffit pas d'accéder à un contexte d'informations communes pour se comprendre aisément. » Cela s'entend par le fait qu'il est nécessaire de communiquer et de vérifier par rétroaction que tout le monde s'est compris. La communication apparaît donc

comme un des piliers de réussite de la coopération entre l'IPA, le CDS et le médecin. Pour que la communication interprofessionnelle soit la plus efficace possible, O'Daniel et A Rosentien (2012) rappellent que les échanges doivent être structurés, en identifiant les rôles et les responsabilités de chacun. Cela semble donc pertinent que les IPA fassent connaître leurs missions, présentes leurs activités aux différentes instances de l'institution, aux équipes et à l'encadrement avec lesquels ils vont collaborer. L'IPA doit être en mesure de communiquer autour de ce nouveau métier, faire comprendre les intérêts d'un tel poste au sein d'un service mais également de pouvoir recevoir les conseils, les questionnements et aussi les craintes que ce poste peut générer chez certains. L'IPA comme le CDS sont amenés à collaborer avec beaucoup d'acteurs hospitaliers et extrahospitaliers, des temps communs IPA-CDS dédiés à la présentation du métier d'IPA pourraient être envisagés, afin de favoriser leur collaboration et pouvoir créer des liens de confiance avec les autres professionnels.

L'analyse et la discussion, me permettent d'apporter des éléments de réponses à ma problématique. En effet, le trinôme CDS, IPA et Médecin semblent trouver son fonctionnement lorsque l'IPA est implantée depuis un certain temps, comme en oncologie, et que les liens entre chaque protagoniste ont été défini. Il apparaît essentiel pour le CDS de savoir quel rôle avoir auprès de l'IPA afin de mieux l'accompagner et collaborer. Il en est de même pour l'IPA. Les liens fonctionnels et hiérarchiques doivent donc être réfléchis par secteur de soins et communiqués à tous les acteurs.

Il apparaît qu'en psychiatrie, où l'arrivée d'un IPA est plus récente, il y ait plus de difficultés pour le moment. Les IPA fonctionnent avec les médecins et les CDS peinent à trouver leur place au sein de ces binômes. Le terme de trinôme est même remis en question dans certain service.

Néanmoins, il semble évident que les CDS et les médecins rencontrés, sont tous favorables à l'implantation d'IPA dans les services de soins et y voient une réelle plus-value pour les patients, qui sont au centre de leurs préoccupations à tous.

Pour que ce trinôme existe et fonctionne, il est nécessaire que les rôles et missions de chacun soient donc explicités et que la communication soit fluide afin de favoriser la coopération.

7 Ma projection professionnelle

J'ai la chance de connaître mon affectation en tant que CDS formatrice, je retourne dans le service de Formation Continue de l'Institut de Formation des Professionnels de Santé du CHU. Cela me permet de me projeter concrètement dans ce poste et de réfléchir aux actions à mettre en œuvre par la suite. Pour effectuer ma projection professionnelle, je vais donc m'appuyer sur mon expérience de faisant fonction CDS formatrice ainsi que sur les résultats obtenus lors de ce travail de recherche.

Ce travail a été très enrichissant sur le plan professionnel mais également personnel. Les rencontres effectuées lors des entretiens et lors de mon stage d'une semaine en immersion avec les étudiants IPA en Master 1, m'ont permis de mieux appréhender ce nouveau métier et toutes les possibilités qu'il offre pour les patients. J'ai pris beaucoup de plaisir à découvrir leur formation et les motivations qui animent ces professionnels.

D'un point de vue professionnel, en tant que future cadre de santé, ce travail m'offre de nouvelles perspectives et de nouveaux projets. En effet, les CDS ont leur rôle a joué et une place à prendre dans le déploiement de cette nouvelle fonction dans le domaine hospitalier. Les compétences développées lors de cette année ainsi que mon expertise en pédagogie sont transposables dans les unités de soins. Je pourrai les mobiliser à l'avenir si je souhaite évoluer vers CDS de proximité.

En tant que CDS j'ai la volonté de participer à l'implantation des IPA dans mon établissement, en contribuant aux initiatives déjà mise en œuvre au niveau institutionnelle. En effet, le développement de la pratique avancée représente une réelle opportunité pour les patients d'abord, pour la formation infirmière bien sûr, pour les médecins mais également pour les CDS. Il s'avère que les CDS sont très sollicités, avec de multiples missions, qu'ils ne peuvent pas mener à bien seuls. La collaboration avec les IPA permet une réponse efficace à certains manques dans le système hospitalier : délai de consultations s'allongeant, impossibilité pour les CDS de mener des analyses de pratique dans leur service par manque de temps ou de formation, mise en place d'action d'ETP difficile par manque de personnels formés, la recherche n'est pas forcément la priorité des CDS souvent par manque de temps. Or l'IPA permet de répondre à bons nombre de ces situations.

De plus, le CDS a un leadership managérial et organisationnel, de son côté l'IPA développe un leadership clinique. Ces deux postures très complémentaires permettent de répondre aux

besoins des équipes et du patient. Utilisées conjointement, ces leaderships participent à l'amélioration du système de santé. Comme le rappelle De Singly (2009) les CDS évoluent dans un environnement en perpétuel changement et ne peuvent pas assurer seuls l'amélioration de la qualité des soins.

En outre, la file active des patients s'allongeant, les médecins sont quant à eux, dans l'impossibilité d'assurer tous les suivis de patients sur du long terme, faute de temps. L'IPA grâce à son expertise clinique et son autonomie, permet le renforcement de la sécurité des soins et répond à une demande croissante de prise en charge.

Ce travail m'a permis de repérer les leviers et les obstacles dans l'implantation d'un IPA au sein des organisations de soins. Je souhaite donc œuvrer pour faciliter le travail de collaboration entre les CDS et les IPA et ainsi participer au développement de l'intégration des IPA au sein de mon établissement.

Les missions de CDS de proximité et de CDS formateur sont étroitement liées, raison pour laquelle je souhaite renforcer le décloisonnement entre ces deux fonctions en continuant à développer la coopération entre les unités de soins et l'institut de formation. Maintenir un lien étroit avec les équipes d'encadrement afin d'identifier leurs besoins et attentes en termes de formations me semble essentiel. Je propose donc un plan d'action s'appuyant sur mon expérience en pédagogie et ce travail de recherche.

En effet, il ressort de cette étude un élément saillant : la nécessité de faire connaître les métiers émergents tels qu'IPA afin de favoriser leur déploiement auprès des patients et développer la collaboration entre professionnels.
En tant que CDS formatrice, je souhaite orienter mes actions premières vers 4 axes prioritaires :

- Développer l'offre de formations professionnelles
- Favoriser l'interprofessionnalité
- Participer à la professionnalisation des IPA
- Développer un accompagnement pédagogique

Dans un premier temps, il me semble important d'aller à la rencontre de l'encadrement et encadrement supérieur de mon établissement afin de recenser les initiatives et actions mises en place pour favoriser l'implantation des IPA. En effet, grâce à cette étude j'ai pu rencontrer certains acteurs en santé mentale et oncologie qui participent à l'intégration des IPA.

Cependant, ces rencontres ne sont pas exhaustives. De plus, je n'ai pas exploré les autres mentions présentes sur l'établissement au sein des autres pôles. Or, je pense qu'il est nécessaire de connaître les choix institutionnels sur ce sujet.

En outre, il serait intéressant de créer des temps de rencontre entre les CDS, les CSS, la CSS référente des IPA du CHU et les IPA. L'objectif étant de réfléchir ensemble aux rôles et missions de chacun et de connaître les besoins et les contraintes des uns et des autres.

J'ai néanmoins observé des actions qui existent déjà au sein de l'établissement afin de communiquer autour de ce métier émergent. Pour exemple, des articles concernant les IPA, paraissent régulièrement dans le courrier d'information reçu avec le bulletin de paie des salariés.

En outre, ma participation mensuelle aux réunions d'encadrement animées par la direction des soins, me permettra de me tenir informée des projets institutionnels, des choix stratégiques effectués et de maintenir un lien avec les unités de soins.

Développer l'offre de formations professionnelles :

Dans un second temps, je souhaite proposer des formations professionnelles inédites pour faire connaître les nouveaux métiers hospitaliers. Lors de ces formations, des métiers tels qu'IPA pourront être présentés. La formation nécessaire pour exercer, mais également les rôles et missions seront expliqués.

Il sera également pertinent de **s**olliciter des IPA pour animer des actions de formation en lien avec leurs domaines d'expertise et ainsi élargir notre offre de formation.

Favoriser l'interprofessionnalité :

La dimension interprofessionnelle est également à prendre en compte. En effet, sur les modèles de formations existantes au CHU comme « La collaboration AS/IDE » et « Manager ensemble », la création d'actions de formation communes pour des médecins, des infirmiers, CDS et IPA, hospitaliers et libéraux permettra de mieux se connaître et favoriser le « travailler ensemble ». Ces formations seront planifiées à l'échelle du territoire de santé sur la base du développement de la coopération interprofessionnelle.

De plus, nous pourrions également proposer la mise en place d'Analyses de Pratiques Professionnelles (APP) entre CDS, IPA et Médecins. Ces APP seraient multi pôle dans l'objectif de décloisonner et de travailler sur les parcours de soins. En tant que CDS formatrice,

formée aux APP, je pourrai animer ces temps avec mes collègues CDS de l'IFPS. D'autre part, afin qu'il y ait une prise de conscience des besoins et attentes de chacun (IPA, CDS et médecin), une collaboration étroite est à développer. En effet, les CDS et les médecins doivent avoir connaissances du matériel nécessaire aux IPA afin d'être opérationnel. De plus, afin de travailler ensemble sur des programmes d'éducation thérapeutique et des parcours de soin du patient, ces trois professionnels doivent pouvoir se rencontrer lors de temps formalisé et exprimer leurs rôles bien distincts auprès du patient. Les APP permettraient ces temps interprofessionnels.

D'autres initiatives pourront émerger afin de favoriser l'interprofessionnalité dès la formation. En effet, des rencontres ont déjà lieu entre étudiants CDS et élèves aide-soignant, où entre étudiants en soins infirmiers et élèves aide-soignant. Une séquence pédagogique pourra se construire entre étudiants en soins infirmiers de 3-ème année et étudiants IPA. Cela permettra aux étudiants en IFSI de se projeter davantage sur les évolutions possibles. De même, qu'entre étudiants IPA et étudiants CDS afin de travailler sur des actions collectives dans l'objectif de se connaître et de collaborer ensuite.

Participer à la professionnalisation des IPA :

Il pourrait être envisagé une période post-formation IPA. Cela permettrait que l'IPA passe du temps avec les médecins et avec les CDS de proximité, afin de connaître les missions de chacun. Ce temps permettrait à l'IPA de prendre progressivement sa place dans ses nouvelles fonctions et se familiariser avec les outils.

De plus, en tant qu'ingénieure pédagogique en charge du DPC (Développement Professionnel Continu) au CHU et dans l'objectif de maintenir et développer les compétences des IPA, je souhaite à l'avenir proposer des formations spécifiques pour ces professionnels. En effet, ils s'inscrivent dans une démarche de formation continue permanente. Trois orientations nationales prioritaires DPC parues en 2023 proposent un renforcement de leurs connaissances en favorisant la pluriprofessionnalité par des formations : « Repérage des décompensations d'une pathologie chronique », « Intervention dans le parcours de réhabilitation psychosociale » et « Prise en soins de l'asthénie ». Nous pourrions organiser ces formations et les proposer aux IPA du territoire.

En outre, au vu des résultats de ce travail de recherche sur les liens CDS-IPA, une intervention en formation initiale IPA et auprès de la référente pédagogique des IPA pourrait être envisagée afin de partager les conclusions de ce travail et échanger avec eux, sur leur ressenti et point de vue.

L'intégration est une étape essentielle à l'implantation d'un nouveau professionnel. Sur la demande de la CSS référente des IPA, un parcours d'intégration des IPA dès la formation initiale comme pour les Faisant Fonction CDS du CHU, pourrait émerger. Je souhaiterai pouvoir y participer en proposant des séances de simulation, des APP ou encore des jeux de rôle. Ces temps, pédagogiques permettraient également de renforcer le collectif IPA et de mieux les préparer à leur arrivée dans les unités de soin.

Accompagnement pédagogique :

Des APP se font dans différentes unités de soins, néanmoins cela n'est pas généralisé au niveau de l'établissement. Or l'IPA a compétence pour animer ce type de formation. Mes missions transversales en qualité de responsable pédagogique du DPC me permettront d'avoir un rôle de facilitatrice auprès de l'équipe d'encadrement et des IPA dans le déploiement de ce type de formation, rentrant dans les orientations nationales DPC. Je souhaite pouvoir être ressource pour les CDS dans les unités de soin, afin qu'ils favorisent le déploiement des APP au sein de leur service et permettent aux IPA d'animer ces temps auprès des équipes.

D'autre part, pour maintenir ma culture scientifique, j'aimerai poursuivre mes implications dans les séminaires de recherche du M2 Science de l'Education et de la Formation ainsi que continuer à m'investir dans le comité de pilotage du Réseau de Recherche et Formation Professionnelle Brestois.

De plus, je désire participer à l'universitarisation en proposant mon expertise dans les différentes passerelles entre les formations en santé. Pour cela, je proposerai de travailler conjointement avec l'IFPS et les IPA sur des travaux de recherche.

Conclusion

Les rencontres effectuées avec les différents professionnels IPA, CDS, médecins, infirmiers pour réaliser ce travail de recherche, mon immersion d'une semaine de stage auprès des étudiants en Master 1 IPA à l'Université, les apports théoriques et les interventions proposées par l'Université et l'IFCS m'ont permis, au terme de cette année de formation, d'acquérir des connaissances nouvelles, d'avoir l'opportunité d'aller à la rencontre d'un nouveau métier mais également de prendre du recul sur ma pratique professionnelle.

La formation cadre de santé a développé mes compétences managériales tout en confirmant mes compétences pédagogiques. Cette double expertise sera utile dans l'accompagnement que j'effectuerai auprès des professionnels de santé. En effet, j'ai toujours eu à cœur de lier la pratique de terrain et la formation afin de favoriser une prise en soin de qualité des patients. Cette notion de transversalité n'a jamais cessé de croître tout au long de mon année de formation et ce travail de recherche n'a fait que renforcer ce sentiment.

Par mes stages et cette recherche, je perçois la pédagogie et le management comme étant intimement liés. En tant que future CDS, je souhaite faire le lien entre les différents acteurs du soin, pouvoir évaluer les priorités dans un objectif d'améliorer la qualité de prise en soin.

C'est pourquoi promouvoir les nouveaux métiers hospitaliers tel que l'IPA me semble fondamental. L'objectif est d'intégrer convenablement au paysage hospitalier ce partenaire du soin et faire en sorte que ses principaux collaborateurs, que sont les médecins et les CDS, puissent trouver leur place ensemble auprès des équipes et des patients. Une réflexion autour de l'accompagnement de ces nouveaux professionnels par le CDS est essentielle. Ce dernier étant garant de la qualité et de la sécurité des soins, il doit pouvoir évoluer et s'ouvrir aux métiers émergents.

En effet, dès septembre la mention « IPA Urgences » sera proposée à Brest et des propositions autour de nouvelles mentions à créer voient le jour ; telle qu'une mention pour les prélèvements d'organes et de tissus et transplantations, mais également une mention Petite enfance, une mention Grand âge et une autre mention Premier recours sont déjà à l'étude. Les domaines d'interventions de la pratique avancée sont extensibles, d'autres professions d'auxiliaires médicaux en France, évolueront certainement. En effet, une réflexion est en cours pour la création d'une formation de manipulateur en électroradiologie en pratique avancées. Ils pourraient interpréter les images acquises lors d'échographie, mais également les masseurs-

kinésithérapeutes, qui interviendraient en soins spécialisés de premier et de second recours. Les infirmiers sont donc les premiers à s'être engagés vers cette évolution, mais d'autres métiers suivront. Je perçois donc l'enjeu, notamment pour les CDS, de répondre aux attentes de santé publique, liés à la création de nouvelles catégories professionnelles.

En tant que future CDS formatrice, ce travail de recherche a renforcé mon engagement et ma volonté d'accompagner les professionnels de santé, afin qu'ils puissent prodiguer des soins de qualité aux patients et leur permettre d'évoluer dans les meilleures conditions professionnelles.

Bibliographie

- Aguilard S, Colson S. & Inthavong, K. (2017). Stratégies d'implantation d'un infirmier de pratique avancée en milieu hospitalier : une revue de littérature. Santé Publique, 29, 241-254.

- Aiguier G, Poirette S. & Pélissier M. (2016). Chapitre 5. Accompagner l'apprentissage de la collaboration interprofessionnelle : une nécessaire gouvernance réflexive du dispositif pédagogique. Journal international de bioéthique et d'éthique des sciences, 27, 91-1

- 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 Santé, 6, 15-38.

- Anzieu D, Martin J-Y. (2004). La dynamique des groupes restreints. PUF.

- Ball, S. (2011), Cohésion d'équipe et rôle du cadre de santé, Revue Soins cadres, n°79, août.

- Barrière-Arnoux C et Chrétien S. (2021), IPA aujourd'hui et demain : La pratique avancée infirmière en France, Revue Soins, n°853, mars, 16-21.

- Benoit, M., Pilon, R., Lavoie, A. & Pariseau-Legault, P. (2017), Chevauchement, interdépendance ou complémentarité ? la collaboration interprofessionnelle entre l'infirmière praticienne et d'autres professionnels de santé en Ontario. *Santé Publique*, 29, 693-706.

- Berger P, Luckmann T. (1966), La construction sociale de la réalité, Paris, Méridiens Klincksieck, 1986, 288 pages.

- Bilodeau K et al. (2013), Contribution des sciences infirmières au développement des savoirs interprofessionnels. Revue Recherche en Soins Infirmiers,113 (2), 43-50.

- Bouquet B. (2013). Lier management et clinique ? Des paradoxes aux perspectives. Dans Lin Grimaud éd., Clinique et management : rupture ou transition (pp. 13-25). Toulouse : Érès.

- Brunelle F et Queneau P (Rapporteurs). (2015), Au nom de la Commission XV (Exercice médical en milieu hospitalier public et en milieu hospitalo-universitaire) . Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. La réforme Licence Master Doctorat (LMD) des professions paramédicales. Volume 199, Numéros 4–5 , Avril–Mai 2015, Pages 705-715.

- Calbéra J-B. (2003), La profession infirmière. L'historique et le mythe.VST- Vie sociale et traitements, 2003/3, n°79, 55-57

- Campéon A, Le Bihan-Youinou B L et Mallon I. (2012), Formes et effets de la pluridisciplinarité. Gérontologie et société, 35/n°142 (3), 129-141.

- Carton AM, & Cummings JN. (2013) The impact of subgroup type and subgroup configurational properties on work team performance. The Journal of applied psychology.

- Chastel C. (2010). Une brève histoire de la médecine. Dans : Catherine Halpern éd., La Santé : Un enjeu de société (pp. 11-21). Auxerre : Éditions Sciences Humaines

- Chenault C. (2022), Des collèges au service des mentions, l'IPA au cœur des partenariats, Revue Soins, n°866, juin 2022, 22-29.

- Code de déontologie médicale, février 2021.

- Damette, G. (2022). Double management hospitalier : La dualité coopérative du binôme médecin responsable de service-Cadre de Santé comme vecteur d'engagement des équipes de soins. S, 231-254.

- D’Amour D, Sicotte C, Lévy R. (1999). L’action collective au sein d’équipes interprofessionnelles dans les services de santé. Sciences Sociales et Santé, 17 (3), 67-94.

- D’Amour D, Tremblay D et Proulx M. (2009) Déploiement de nouveaux rôles infirmiers au Québec et pouvoir médical. Volume 50, numéro 2, mai–août 2009.

- Damette G. (2022) Double management hospitalier : la dualité coopérative du Binôme médecin responsable de service-cadre de santé comme vecteur d’engagement des équipes de soins 2022/HS pp.231-254.

- Daumézon Georges. (1935), La situation du personnel infirmier des asiles d’aliénés, G. Doing et compagnie, Paris,1935

- Debout C. (2018). De l’infirmière à l’infirmière de pratique avancée, gérer au mieux la transition. Soins, n° 829, octobre, p.53-58.

- Debout C et Hue G. (2019), Mise en place de la fonction d’infirmier en pratique avancée diplômé d’Etat. Soins Cadres, mars, n°110.

- Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée. JORF n°0164 du 19 juillet 2018

- Dejours C. (2015), Le choix : souffrir au travail n’est pas une fatalité. Bayard, Paris, 2015

- Denise T, Divay S, Dos Santos M, Fournier C, Girard L et Luneau A. (2022) Pratiques de coopération en santé. Regards sociologiques. IRDES. Juin 2022.

- De Rosis C, 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, 89-100.

- De Singly C. Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers. Ministère des Sports et de la Santé. 11 septembre 2009. https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-

publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-de-la-mission-cadres-hospitaliers-presente-par-chantal-de-singly.

- Divay S. (2018). « La nouvelle fabrique de la carrière des cadres de santé à l'hôpital : entre réglementation et cooptation ». Sciences sociales et santé, n° 1, vol. 36, p. 39-64.

- Divay S et Girard L. (2019), Eléments pour l'ébauche d'une socio-histoire du groupe professionnel infirmier. Un fil conducteur : La formation des infirmières et leurs cheffes. Association de Recherche en Soins Infirmiers, 2019/4, N°139, 64-83.

- Doat B. (2014), La performance collective, un objectif pour les organisations. Soins Cadres. n°92, novembre.

- Dubar Claude. (1991), La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles, Paris, Edition Armand Colin, p111, Collection U Sociologie.

- Dumas, M., Douguet, F. & Fahmi, Y. (2016). Le bon fonctionnement des services de soins : ce qui fait équipe ? *RIMHE :* Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise, 20,5, 45-67.

- Dumazeau, C. & Karsenty, L. (2008). Communications distantes en situation de travail : favoriser l'établissement d'un contexte mutuellement partagé. Le travail humain, 71, 225-252.

- Dupuis M, Gueibe R et Hasbeen W. (2019), Chapitre page 173 : Habiletés des cadres et positionnement professionnel chez les infirmiers en service de psychiatrie de Vannina Filippi. In L'éthique de l'encadrement de proximité dans le secteur de la santé, 53 à 57.

- Favier A-L. (2019), Revue Objectif Soins et Management-n°270- août-septembre 2019. Infirmière en psychiatrie, vers une évolution nécessaire ?

- Foucault M. (2000), Naissance de la clinique, PUF, Quadrige, chapitre VII.

- Hamric AB. (2014), Advanced practice nursing: an integrative approach. Ed. St Louis, Missouri Elsevier/Saunders, 2014.

- Karaki S. (2021). Le travail en équipe : Un peu de neurosciences pour les pros qui veulent collaborer autrement. Dunod.

- Lana S, Quéau M-A, Guisado H, et al. (2019) Revue Objectif Soins et Management-n°270- août-septembre 2019. Dossier : Le cadre de santé et les évolutions des métiers du soin.

- Lana S. (2019), Être cadre de santé dans un système chamboulé. Revue Objectif Soins et Management-n°270- août-septembre 2019.

- Lemasson S, Crochet A. (2021), Protocole de coopération : de quoi parle-t-on ? Revue de la pratique avancée, Vol II, n°2, avril-mai-juin 2021.

- Le Boterf G. (2011), Apprendre à agir et à interagir en professionnel compétent et responsable. Revue Education Permanente, n°188/2011-3.

- Le Boterf G, Ingénierie et évaluation des compétences. Editions d'Organisation, Paris, 2011.

- Leclercq A. (2021), Vers une collaboration IPA-Cadre de santé. Revue de la Pratique avancée. Vol II, n°1, janvier-février-mars.

- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF n°0167 du 22 juillet 2009.

- Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. JORF n°0172 du 26 juillet 2019

- Loi n°2020-1525 du 7 décembre 2020 d'accélération et de simplification de l'action publique. JORF n° 0296 du 8 décembre 2020.

- Loi n°2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification. JORF n°0099 du 27 avril 2021.

- Louis Simonet M. (2017), Collaboration interprofessionnelle et. Pratique collaborative en milieu hospitalier : un véritable défi, Revue Médicale Suisse, 8 octobre 2017.

- Malhomme M-L. (2004), « Une nouvelle identité professionnelle pour le cadre de santé hospitalier », Gestions hospitalières, n°435, Avril, p266.

- Martin L ; Le Bouler S ; Debout C. Dossier. (2019), Accompagner les infirmiers en pratique avancée. Revue Soins cadres- n°110-mars 2019.

- Mégert E et Caudron E. (2021), Vers la collaboration IPA-cadre de santé. Revue de la pratique avancée. Vol II-n°1-janvier-février-mars 2021.

- Meyer M-A et Chrétien S. (2019) Quel positionnement pour l'IPA dans le secteur hospitalier français ? Soins Cadres. Mars 2019, n°110.

- Meylan A. (1975), L'infirmier des hôpitaux psychiatriques, Recherches sur ses origines et contribution à l'histoire de sa profession. L'information psychiatrique, volume 51, n° 1, pp. 62-73, n° 3, pp. 323-332.

- Michaud S. (2012), Coopération entre professionnels de santé : un exercice partagé. Soins Cadres. Février 2012, n°81, pp. 24-27.

- Mission sur la gouvernance et la simplification hospitalière confiée au Pr Olivier Claris, juin 2020.

- Ministère des affaires sociales et de la solidarité nationale, Décret n°84-689 du 17 juillet 1984 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000868837

- Ministère de l'éducation nationale, de la recherche et de la technologie, Déclaration de Bologne des ministres européens de l'éducation, 19 juin 1999. https://www.amue.fr/formation-vie-de-letudiant/metier/articles/article/declaration-de-bologne-des-ministres-europeens-de-leducation-juin-1999-1/

- Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville ministère de la santé et des sports, Diplôme d'état d'infirmier référentiel de compétences, Annexe II, Bulletin Officiel Santé – Protection sociale – Solidarités no 2009/7 du 15 août 2009, Page 266. https://solidarites sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009_annexe_2.pdf

- Moisson V & Gardody J. (2021), Le rôle du cadre de santé dans la perte et la (re)construction de sens au travail à l'hôpital. Une étude exploratoire par entretiens semi-directifs auprès du personnel soignant. RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise, 42,10, 49-68.

- Monceau M. (1999), Soigner en psychiatrie, Entre violence et vulnérabilité, Québéc, Gaëtan Morin, 1999. p. 89

- O'Daniel M et Rosenstein AH, (2008), From communication and team collaboration, Professional communication and team collaboration, chapiter 33.

- Olmer F. (2009), La médecine dans l'antiquité : Professionnels et pratiques. Revue sociétés et Représentations, 2009/2, n°28, 153-172.

- Parent F et Jouquand J. (2013). L'éclairage des théories du conflit intergroupes pour penser et mettre en œuvre l'inter professionnalité en santé. In Pédagogies en développement. Penser la formation des professionnels de santé. P 169-174.

- Perrin-Niquet A. (2020). De l'infirmier de secteur psychiatrique à l'infirmier de pratique avancée en santé mentale et psychiatrie. In L'information psychiatrique, 96, 511-517.

- Phoeun, J. & Trabelsi, M. (2017). Chapitre 4. Développer son assertivité. Dans : J. Phoeun & M. Trabelsi (Dir), *Dynamisez votre posture commerciale : Et gagnez en influence* (pp. 89-115). Paris : Dunod.

- Policard F. (2014), Apprendre ensemble à travailler ensemble : l'interprofessionnalité en formation par la simulation au service du développement des compétences collaboratives. Revue Recherche en Soins Infirmiers, n°117 (2), 33-49.

- Poisson M. (2010), « IFSI : des monitrices aux formateurs-enseignants, histoire et perspectives », Soins Cadres, n°75, août, pp.24-28.

- Reay T, Golden-Biddle et Germann K. (2003), Challenges and leadership strategies for managers of nurse practitioners. Journal of nursing management 11(6), 396-403.

- Renou-Nativel C. (2016), « Des hôpitaux regroupés "au forceps" », Santé & travail, n°96, octobre, pp.21-22

- Roberton G. (2006), « Pratiques évaluatives en formation infirmière et compétences professionnelles », Recherche en soins infirmiers, n°87, 2006/4, p 25-56.

- Roumieux A. (1981), La tisane et la camisole, Trente ans de psychiatrie publique, J.C. Lattès, 1981, p. 30-31.

- Sainsaulieu Renaud. (1985), L'identité au travail, 2ème édition, Paris, Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques, p9.

- Schwingrouber J, Loschi A., Gentile S. & Colson, S. (2021), Étude exploratoire de la perception des parties prenantes hospitalières vis-à-vis de l'implantation des infirmiers en pratique avancée. Recherche en soins infirmiers, 145, 104-121.

- Ségur de la Santé, les conclusions, Dossier de presse, juillet 2020.

- Sennet R, Ensemble : Pour une éthique de la coopération, Albin Michel, 2014.

- Wittorski R, Maulini O et Sorel M (dir). Les professionnels et leurs formations. Entre développement des sujets et projets des institutions. Berne, Suisse : PeterLang, p 237.

Sitographie :

- http://www.infopsy.fr/ : Corps@esprit - ½ L'information psychiatrique2022/4 (vol 98) Éditeur : John Libbey Eurotext
- https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/graphiques-cartes/graphiques-interpretes/esperance-vie-france/
- http://www.metiersfonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/pdf/metier.php?idmet=27
- https://www.researchgate.net/figure/Les-six-domaines-de-competences-selon-le-referentiel-national-du-Consortium-pancanadien_fig2_263198757
- https://docplayer.fr/16510820-Referentiel-national-de-competences-en-matiere-d-interprofessionnalisme.html
- https://www.futura-sciences.com/sciences/questions-reponses/epoque-moderne-histoire-medecine-medecins-chirurgiens-sous-ancien-regime-11617/
- https://pass-sante.com/
- https://medecine.univ-nantes.fr/formation-initiale/presentation-generale

- https://www.conseil-national.medecin.fr/
- https://www.delitfrancais.com/2014/10/21/la-place-du-patient-le-role-du-medecin
- https://www.cadredesante.com/spip/profession/sante/article/le-collectif-eldorado-du-cadre-de-sante
- https://www.selescope.com/entreprise/blog/un-groupe-n-est-pas-une-equipe/
- https://www.irdes.fr/recherche/ouvrages/sociologie/008-pratiques-de-cooperation-en-sante-regards-sociologiques.pdf

Mémoires et Thèses

- Charlery C (2017). Se mettre en posture réflexive pour se construire. (Diplôme de cadre de santé)

SOMMAIRE DES ANNEXES

Annexe 1 **Guide entretien à destination des Cadres de Santé et des médecins** i
Annexe 2 **Guide d'entretien à destination des IPA** iii
Annexe 3 **Guide d'entretien à destination des Cadres Supérieurs de Santé** v
Annexe 4 **Retranscription d'un entretien** vii

Annexe 1 Guide entretien à destination des Cadres de Santé et des médecins

Bonjour, je me présente Delphine André-Péton, je suis étudiante cadre de santé à l'Institut de Formation des Cadres de Santé à Brest.
Dans le cadre de ma formation, je réalise un travail de recherche sur l'implantation des IPA.
Je vous remercie de m'accorder un peu de votre temps afin de répondre à mes questions.
En effet, afin de confronter au terrain, les recherches que j'ai pu effectuer, je souhaite maintenant m'appuyer sur votre vécu.
Acceptez-vous que je vous enregistre, dans le but de faciliter mon travail de retranscription ?
Je précise que les entretiens réalisés seront tous anonymisés.

Question de départ : Pouvez-vous vous présenter rapidement, ainsi que votre parcours professionnel ?

- Depuis quand exercez-vous ? Au sein de cet établissement ?
- En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme ?
- Avez-vous suivi des formations complémentaires ? Si oui, lesquelles ?
- Depuis combien de temps travaillez-vous dans votre service actuel ?

Thème à aborder : L'arrivée de l'IPA dans le service

(Lien avec H3 « La coopération au sein du trinôme sera d'autant plus efficace si chacun communique et partage son expérience. »)

Question 1 : Qui a créé un poste IPA au sein de votre service et pourquoi ?

- Pourquoi avoir créé un poste d'IPA ? Quels apports et pour qui ?
- Comment s'est déroulé le recrutement de l'IPA ?
- Y voyez-vous une plus-value pour le patient ? Pour l'équipe ?
- Y-a-t-il eu des freins ? Des résistances ? Des interrogations ? Des appréhensions à l'intégration des IPA dans les services ? Si oui, lesquelles ?

Question 2 : Comment ont été préparées l'intégration et la prise de poste de l'IPA au sein de votre service ?

- Comment a été préparé l'arrivée de l'IPA ? Par qui ?
- Quelles sont les missions de l'IPA dans votre service ? Qui les a définies ?
- Quel est son niveau d'autonomie ?
- Existe-t-il une fiche de poste de la fonction d'IPA ? Qui l'a rédigée ? Que contient-elle ?
- Comment avez-vous réagi à cette arrivée ? Et les autres membres de l'équipe ?

Thème à aborder : Liens entre le CDS/ le médecin et l'IPA

(Lien avec H1 : « Les liens hiérarchiques et fonctionnels ont intérêt à être définis en amont pour faciliter la collaboration CDS-IPA-médecin. »)

Question 3 : Comment travaillez-vous avec l'IPA ?

- Comment communiquez-vous au quotidien avec l'IPA ? Sur quels sujets ?
- Avez-vous des liens hiérarchiques avec l'IPA ?

- Quel est votre rôle dans l'évaluation et la formation de l'IPA ?
- Comment évaluez-vous ses compétences ? Son besoin de formation ?

Thème à aborder : Place et posture de chacun dans le trinôme

(Lien avec H2 « La posture du CDS influence le travail en trinôme CDS, médecin, IPA. »)

Question 4 : Comment travaillez-vous avec le médecin/le CDS ?

- Comment communiquez-vous avec le médecin/le CDS ? Sur quels sujets ?
- Echangez-vous régulièrement avec le médecin/ le CDS sur les missions et rôles de l'IPA au sein du service ?
- Si oui, qu'avez-vous définis ensemble ?
- Existe-t-il des doublons entre vos activités et celles de l'IPA ? (Question pour CDS

Question 5 : Diriez-vous que vous collaborez avec le médecin/CDS ? oui/non pourquoi ?

- Cette collaboration/ces liens a -t-elle/ont-ils évolués depuis l'arrivée de l'IPA ?

Question 6 : Travaillez-vous à 3 avec l'IPA et le médecin/ le CDS ?

- Comment ? Sur quels sujets ?
- Avez-vous mis en place des projets communs ?
- Pouvez-vous m'en dire plus sur ces projets entre vous, l'IPA et le CDS/le médecin ?
- Comment qualifieriez-vous ce travail en trinôme ?
- Diriez-vous que vous collaborez avec le médecine/CDS/IPA ? oui, pourquoi ? Qu'est-ce qui aiderait cette collaboration ?

Question 7 : Quels sont les autres acteurs avec lesquels travaillent l'IPA ?

- Quelles sont ses liens, ses relations avec l'équipe ? le patient ?

Question 8 : Quelles évolutions constatez-vous dans votre service depuis la présence de l'IPA ?

- De quels leviers disposez-vous pour accompagner l'intégration d'un IPA dans votre service ?
- Y voyez-vous un intérêt/une plus-value ? pour le patient ? Pour l'équipe ?
- Si oui, lesquels ?
- Y a-t-il des aspects négatifs/ des difficultés à la présence de l'IPA ?

Question 9 : Avez-vous des éléments à ajouter ?

Je vous remercie d'avoir pris ce temps pour répondre à mes questions.

Annexe 2 Guide d'entretien à destination des IPA

Bonjour, je me présente Delphine André-Péton, je suis étudiante cadre de santé à l'Institut de Formation des Cadres de Santé à Brest.
Dans le cadre de ma formation, je réalise un travail de recherche sur l'implantation des IPA.
Je vous remercie de m'accorder un peu de votre temps afin de répondre à mes questions.
En effet, afin de confronter au terrain, les recherches que j'ai pu effectuer, je souhaite maintenant m'appuyer sur votre vécu.
Acceptez-vous que je vous enregistre, dans le but de faciliter mon travail de retranscription ?
Je précise que les entretiens réalisés seront tous anonymisés.

Question de départ : Pouvez-vous vous présenter rapidement, ainsi que votre parcours professionnel ?

- En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'IDE ? d'IPA ?
- Pouvez-vous me présenter vos démarches et vos motivations pour devenir IPA ?
- Depuis combien de temps travaillez-vous dans votre service actuel ?

Thème à aborder : L'arrivée de l'IPA

(Lien avec H3 « La coopération au sein du trinôme sera d'autant plus efficace si chacun communique et partage son expérience. »)

Question 1 : Racontez-moi votre arrivée dans le service ?

- Quels ont été les éléments facilitants votre intégration ?
- Quels ont été les éléments freinants votre intégration ?
- Votre intégration s'est-elle faite facilement ?
- Que vous a-t-il manqué pour vous sentir bien intégré au sein du service ?

Question 2 : Avez-vous eu connaissance de votre fiche de poste à votre arrivée ?

- Qui a participé à son élaboration ?
- Que contient-elle ?

Thème à aborder : La place de l'IPA dans le trinôme

(Lien avec H2 « La posture du CDS influence le travail en trinôme CDS, médecin, IPA. »)

Question 3 : Quel est votre rôle dans le service ? Qu'apportez-vous au service ?

- Quelles sont vos missions ?
- Qui les a définies ?
- Qu'est-ce que cela apporte au patient ? A l'équipe ? (Si cela ne sort pas directement)
- Vos missions correspondent-elles à ce que vos attentes ?
- Vos missions correspondent-elles à ce qui est écrit dans la fiche de poste ?

Question 4 : Avec qui travaillez-vous au quotidien ?

- Quels sont vos liens avec le médecin ?
- Comment s'organise concrètement vos échanges avec le médecin ? Comment communiquez-vous ? Sur quels sujets ?
- Cela se passe-t-il bien ? Y a-t-il des difficultés ?
- Pouvez-vous me parler du protocole d'organisation ?

- Comment s'est déroulé sa rédaction ?

Question 5 : Diriez-vous que vous collaborez avec le médecin ? Oui/non pourquoi ?
- Qu'est-ce qui aiderait/ a aidé à développer cette collaboration ?

Question 6 : Quels sont vos liens avec le CDS ?
- Comment communiquez-vous avec le CDS ? Sur quels sujets ?
- Qui effectue votre entretien annuel ? Votre évaluation ?
- Qui est votre supérieur hiérarchique ?

Question 7 : Diriez-vous que vous collaborez avec le CDS ? Oui/non pourquoi ?
- Qu'est-ce qui aiderait à développer cette collaboration ?

Thème à aborder : Liens entre l'IPA/ le CDS et le médecin

(Lien avec H1 : « Les liens hiérarchiques et fonctionnels ont intérêt à être définis en amont pour faciliter la collaboration CDS-IPA-médecin. »)

Question 8 : Comment travaillez-vous à 3 avec le médecin et le CDS ?
- Comment communiquez-vous ? Sur quels sujets ? Avez-vous des temps de rencontre ?
- Pouvez-vous me ces temps d'échanges à 3 entre vous, le CDS et le médecin ?
- Avez-vous développé // Participez-vous à des projets communs ?

Question 9 : Comment qualifieriez-vous ce travail en trinôme ?
(Voir si le terme collaboration apparaît, sinon :
- Diriez-vous que vous collaborez avec le médecin et le CDS ? oui, pourquoi ?
- Qu'est-ce qui aiderait/rend difficile cette collaboration ?
- Echangez-vous régulièrement avec le médecin et le CDS sur vos missions et rôles au sein du service ?
- Si oui, qu'avez-vous définis ensemble ?

Question 10 : Avec qui d'autres travaillez-vous ? (L'équipe ? Le patient ?)

Question 11 : Quel bilan faites-vous de votre arrivée et expérience en tant qu'IPA ?
- Bilan personnel
- Bilan pour le service

Question 12 : Avez-vous des éléments à ajouter ?

Je vous remercie d'avoir pris ce temps pour répondre à mes questions.

Annexe 3 Guide d'entretien à destination des Cadres Supérieurs de Santé

Bonjour, je me présente Delphine André-Péton, je suis étudiante cadre de santé à l'Institut de Formation des Cadres de Santé à Brest.
Dans le cadre de ma formation, je réalise un travail de recherche sur l'implantation des IPA.
Je vous remercie de m'accorder un peu de votre temps afin de répondre à mes questions.
En effet, afin de confronter au terrain, les recherches que j'ai pu effectuer, je souhaite maintenant m'appuyer sur votre vécu.
Acceptez-vous que je vous enregistre, dans le but de faciliter mon travail de retranscription ?
Je précise que les entretiens réalisés seront tous anonymisés.

Question de départ : Pouvez-vous vous présenter rapidement, ainsi que votre parcours professionnel ?

- Depuis quand exercez-vous ? Au sein de cet établissement ?
- Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce Pôle ?

Thème à aborder : L'organisation concernant de l'arrivée de l'IPA

(Lien avec H3 « La coopération au sein du trinôme sera d'autant plus efficace si chacun communique et partage son expérience. »)

Question 1 : Avant l'arrivée de l'IPA :

- Comment avez-vous formalisé l'intégration des IPA au sein du pôle ?
- Les missions vis-à-vis des patients ont-elles été définies ? Vis-à-vis de l'équipe ?
- Liens hiérarchiques & fonctionnels définis ?
- Y a-t-il eu des résistances à la création de ce poste ? de qui ? pourquoi ?

Thème à aborder : Liens entre l'IPA et les autres acteurs

(Lien avec H1 : « Les liens hiérarchiques et fonctionnels ont intérêt à être définis en amont pour faciliter la collaboration CDS-IPA-médecin. »)

Question 2 : Aujourd'hui avec une IPA présente :

- Quels liens entre IPA et médecin ? (Liens fonctionnels et hiérarchiques)
- Quels liens entre IPA et CDS ? (Liens fonctionnels et hiérarchiques)
- Les liens fonctionnels et hiérarchiques de l'IPA avec le CDS et le médecin ont-ils été formalisés ? Si oui, de quelle manière ? Cela pose-t-il des difficultés ?
- Qui effectue l'évaluation de l'IPA ?

Question 3 : Notion de collaboration :

- Y a-t-il un trinôme CDS/IPA/médecin ? Si oui, comment fonctionne ce trinôme ?
- Comment travaillent-ils ensemble à 3 ? S'agit-il d'une collaboration ?
- Quels liens entre le CSS et l'IPA ?
- Quel bilan faites-vous à 3/6/12 mois ? Quelles évolutions ?
- Qu'est-ce que l'IPA apporte à votre Pôle ? Au patient ? A l'équipe ?

Thème à aborder : Le rôle du CSS dans l'intégration de l'IPA

(Lien avec H2 « La posture du CDS influence le travail en trinôme CDS, médecin, IPA. »)

Question 4 : De quels leviers disposez-vous pour faciliter l'intégration d'un IPA dans votre Pôle ?

- Quels peuvent être les freins à son implantation ?
- Voyez-vous des résistances à l'intégration des IPA dans les unités de soin ? Si oui, lesquelles ?

Question 5 : Selon vous, quel rôle doit jouer le CDS pour accompagner l'implantation des IPA ?

- Echangez-vous régulièrement avec le CDS sur les missions et rôles de l'IPA ?
- Si oui, qu'avez-vous définis ensemble ?
- Quel est le rôle du médecin dans le déploiement des missions de l'IPA ?

Question 6 : Avez-vous des éléments à ajouter ?

Je vous remercie d'avoir pris ce temps pour répondre à mes questions.

Annexe 4 Retranscription d'un entretien

Cadre Supérieur de Santé

Bonjour, Pouvez-vous vous présenter brièvement, votre parcours professionnel ?

CSS2 : Je suis XXX, je suis cadre supérieure de santé sur l'hôpital de Landerneau sur lequel il y a 3 pôles cliniques. En ce qui me concerne, je suis le cadre supérieur du pôle médecine chirurgie obstétrique. Dans ce périmètre, il y a également le service des urgences, la chirurgie, le bloc opératoire, l'obstétrique. Il y a également de la gynéco, du SSR, les unités médico techniques telles que laboratoire, pharmacie, radio, scanner, le plateau de consultation, le service social. Je suis cadre supérieur de santé sur cet établissement depuis 2021, auparavant, j'étais cadre de santé sur le centre hospitalier de Quimper pendant 15 ans et auparavant 4 de santé sur le CHRU de Brest

Est-ce que vous pouvez m'expliquer l'organisation mise en place dans votre pôle, concernant le travail de l'infirmière en pratique avancée ?

CSS2 : oui, l'infirmière en pratique avancée exerce depuis septembre 2022 donc c'est récent. C'est le premier poste IPA de l'établissement qualifié comme tel, et qui a pu se faire grâce au processus de promotion professionnelle. Elle le fait donc grâce à l'établissement sur 2 ans. La mention qui avait été la sienne, choisie avant son départ en formation, est onco-gériatrie. A son retour, il s'est avérée que nous n'avions pas suffisamment de file active. C'est à dire qu'en 2 ans de formation, il se passe des choses sur la projection d'une promotion professionnelle et notamment une pénurie médicale qu'il n'y avait pas à son départ en formation et qui était présente à son retour. A son retour sur la mention onco-gériatrie, nous étions en peine de lui fournir une fille active qui correspond à son temps de travail. Il a donc été fait un choix de partenariat avec le CHU de Brest, dans l'intérêt de de la filière patient. Elle est actuellement à 40% sur Landerneau et 60% sur Brest, avec des jours bien définis, sur chaque site. Il fallait une organisation cohérente, en ce qui la concerne aussi bien sûr.

Quelles sont ses missions ?

CSS2 : Sur Landerneau elle est en partenariat sous protocole d'organisation avec le corps médical d'oncologie et de pneumologie et de gériatrie. Elle pratique des consultations, elle fait des soins de support également, de la veille et de la recherche. Elle a cadré son temps sur ces 2 journées de présence. On sait exactement le temps de consultation, le temps dédié à la recherche, la veille, et cetera. Je parle bien de Landerneau.

C'est elle qui vous a proposé à une organisation, un planning ?

CSS2 : Cela a été en concertation, parce que nous nous sommes aussi calés aux organisations médicales, notamment pour la consultation. Le lien avec la consultation ou parfois

l'absentéisme médical, parce qu'elle a une autorisation de validation de chimio de certaines chimios et le mercredi matin, par exemple il n'y a pas toujours d'oncologue. Donc elle a l'habilitation par le protocole de délégation, de certaines validations. On s'est calé avec tous ces éléments. Mais également en fonction de la disponibilité des locaux de consultation. Il y a tous ces critères qui rentrent en jeu quand on organise une activité. Il y a la spécialité de l'agent, il y a aussi l'environnement et puis la file active, le lien avec l'hôpital de jour, puisqu'elle a un lien très fort avec l'hôpital de jour. Donc voyez, il y avait tout ça à caler. Un autre élément à prendre en compte, c'est que nous ne sommes pas autonomes du point de vue de l'organisation de la préparation des chimiothérapies. Nous dépendons de la pharmacie de Brest, donc des livraisons certains jours de la semaine. Il était aussi à prendre en compte ce paramètre-là, c'est un ensemble de contraintes si on peut dire à prendre en compte pour bâtir les organisations et du mardi et du mercredi. Et une fois qu'on avait bâti tout ça, il nous restait le mercredi après-midi qu'on a réservé à la veille et la recherche, puisqu'elle a aussi dans sa fiche de mission, les recherches, le temps de recherche.

D'accord et justement vous parliez des locaux. Est-ce qu'elle a un bureau dédié ?

CSS2 : Sur le plateau de la consultation, il n'y a pas de bureau nominatif. Ce sont des bureaux partagés, puisque nous avons beaucoup de praticiens en temps partagé. A part les bureaux spécifiques, équipés techniquement avec une cabine de EFR ou de la cardiologie, mais sinon les autres bureaux de consultation, qui n'ont pas besoin d'un support technique sont des bureaux polyvalents. Maintenant elle est toujours dans le même bureau, elle ne navigue pas toutes les semaines en se disant dans quelle pièce je suis. Mais quand elle n'est pas là, d'autres personnes occupent la place. Pour ses consultations, c'est essentiel qu'elle ait un lieu repéré.

Est-ce que vous pouvez me raconter comment s'est déroulé son arrivée à son retour de de formation ?

CSS2 : Alors pour elle, ça a été un cas particulier, puisque quand elle est partie avec sa mention onco-gériatrie à l'époque, 2 ans auparavant, je n'étais pas là, mais le visuel à venir n'avait pas été suffisamment préparé. La fille active n'avait pas été suffisamment étoffée et travaillée. Le temps médical n'avait pas non plus été forcément anticipé. Donc, à son retour, ça a été un peu délicat pour elle de travailler cette mention onco-gériatrie. En étant motivée, en étant convaincue et de revenir et de se faire entendre dire : ici on n'aura pas la file active pour un temps plein. Donc, c'est un sujet qui a été compliqué pour elle et je peux l'entendre. Entrez en promotion professionnelle avec un projet bien ficelé, vous revenez, à votre retour et les choses ont changé. C'est quelqu'un qui s'adapte, mais effectivement dans son retour, d'abord, il y a le fait que comme le projet n'était pas complètement abouti, elle a donc patienté. Elle était diplômée au mois de janvier et elle a pris ses fonctions qu'en septembre en tant IPA. Elle a repris des fonctions d'infirmière dans le service elle était auparavant. On l'a remise quand même dans son univers précédent, mais c'est vrai que quelqu'un qui est diplômé, qui patiente, c'est toujours un peu compliqué. Mais il fallait le temps d'organiser le retour et en lien avec Brest et dont nous étions aussi interdépendants. Nous nous sommes retrouvés interdépendants du CHU, qui lui-même avait sa propre logique d'implantation des IPA. Le

CHU, par exemple, les remettait dans les unités de soins en été pour des questions de pénurie paramédicale, alors que nous, on n'avait pas de pénurie paramédicale. Du coup, on ne pouvait pas la mettre seule IPA puisque voyez les 40% de son temps à Landerneau et 60% à Brest. On était coincés, donc on a dû se caler aussi. Notre interdépendance a été là-dessus et elle en a fait les frais, en termes de durée de d'accessibilité au poste, à sa fonction. Donc l'implantation a été compliquée pour elle. Le retour a été très compliqué, parce que ça n'a pas pu se mettre en place tout de suite. Effectivement on voit que ça y est, maintenant, on est plus au clair dans les établissements de santé. Pour les IPA, les protocoles d'organisation etc., ça y est mais ça met un petit peu de temps quand même à se formaliser, à s'organiser. Comme toute nouveauté d'ailleurs. Maintenant les outils sont là, et toutes les mentions qui viendront seront beaucoup plus faciles. C'était une première pour le CH.

Pour vous, qu'est-ce que peut apporter une IPA ?

CSS2 : Elle apporte effectivement beaucoup de choses, déjà elle est quand même en lien avec les équipes médicales, mais elle a malgré tout sa casquette paramédicale. Donc elle est dans l'entre-deux et elle a aussi ce temps dédié. Je veux dire la notion de temps, elle a aussi cette connaissance aiguë du terrain, qui va faire l'acuité sur le suivi du patient et ensuite la proximité, un vrai suivi de proximité, puisqu'elle est en lien avec les libéraux du territoire, avec la ville, éléments que ne fera pas un médecin. Je veux dire, il n'a pas le temps et on ne l'attend pas sur cette mission-là. Donc il y avait effectivement, une zone on va dire à promouvoir sur le lien, sur l'éducation thérapeutique, sur le suivi. Car elle assure aussi un excellent suivi du patient. Alors le médecin le fait aussi bien sûr, mais l'IPA a plus de temps et surtout, je dirais une acuité plus fine du parcours du patient et vraiment elle va le suivre du bout en bout de la prise en charge. Je vais prendre un exemple, un tracas d'ambulance, mais qui gêne le parcours de soins, le médecin n'a pas à s'occuper d'un parcours d'ambulance, on ne l'attend pas sur ces missions. L'IPA va nous dénouer quelque chose de cet ordre-là et du coup le parcours de soins va en être fluidifié. Elle ne fait pas que ça, elle a d'autres connaissances mais c'est un exemple, pour dire qu'elle est tout le long, elle va elle va scanner toute la chaîne du soin plus finement et je trouve qu'en ce sens, elle est très aidante pour le patient. Elle est une référence.

Qu'est-ce qu'elle peut apporter aux équipes ?

CSS2 : Alors aux équipes, pour le moment elle n'a pas tout à fait commencé ses missions de pédagogie et de tutorat de nos équipes sur les sujets qui sont les siens. Elle n'a pas encore démarré, mais c'est ce qu'on attend effectivement, l'accompagnement et le tutorat de ses pairs. Sur des sujets comme le DPI par exemple, elle est dans la transmission complète, elle a présenté il y a 3 mois à ses collègues d'hôpital le jour, qui sont ses collègues de plus grande proximité, la liste des activités et des tâches, pour que chacune sache exactement, qui fait quoi. Parce que sinon il y a un amalgame, une méconnaissance.

Pensez-vous qu'il puisse y avoir des réticences au travail de l'IPA ?

CSS2 : Oui, ça a été le cas et ça a été l'occasion pour de provoquer une réunion avec l'équipe. La réunion s'est bien passée, il n'y a pas eu de conflit mais par méconnaissance et parce qu'aussi c'est une ancienne collègue, qu'elle change de casquette. Il y avait des remarques, pourquoi elle fait plus ça, et pourquoi si, et pourquoi ça. J'ai dû poser les choses tout de suite, expliquer que nous l'attendons sur certaines missions et plus sur d'autres. Dire que nous l'avons soutenu à la direction des soins, nous l'attendons sur d'autres missions, du fait de son diplôme donc nous la validons, nous la valorisons et donc il a fallu se soutien aussi vis-à-vis de l'équipe. Et c'est pour ça, qu'elle a écrit cette fiche de tâches et d'activité, qui est claire et ainsi tout le monde savait mieux ce qu'elle peut faire, ce qu'elle doit faire. Même si on a un bon esprit de solidarité ici, parfois elle aidera sur des choses, mais ce n'est pas là-dessus qu'on l'attend. Il a vraiment fallu reclarifier tout ça. Il y avait donc des réticences, d'autant plus qu'elle venait du même service.

Pensez-vous que ça peut être un frein ?

CSS2 : Ça peut, oui. D'où l'intérêt de clarifier d'emblée et que la personne elle-même est la bonne posture. Elle doit être claire sur ces nouvelles fonctions, ces nouvelles missions et adapter la posture qui va de pair. Donc c'est vrai que c'est un tout. C'est de la pédagogie, il faut expliquer aux collègues.

Comment envisagez-vous votre rôle auprès de l'IPA ?

CSS2 : Je suis sa responsable hiérarchique, puisque dans sa grille statutaire, elle est assimilée au grade cadre de santé. Donc elle n'est pas sous la hiérarchie d'un cadre de santé, elle est sous la hiérarchie d'un cadre supérieur de santé. Elle aurait pu être sous la direction des soins directement, mais étant donné que nous avons une direction des soins partagés, effectivement déjà hiérarchiquement elle est en direct avec moi. C'est moi qui gère son temps de travail, ses formations. Je la suis de près, je rentre sur chronos ses congés. C'est vu avec moi en direct, ses souhaits de formation que je valide, ses difficultés quand il y en a. Après l'IPA en question, c'est quelqu'un qui est très autonome actuellement. Par exemple, elle a des soucis de cotation d'actes pour une histoire de logiciel et de fonction. J'en suis informée, mais elle a assez d'autonomie et de maturité pour s'en référer en direct avec la direction générale, le bureau des entrées et la tarification. Parce qu'ici c'est un petit établissement, donc ça va très vite. Elle a cette autonomie là aussi, pour autant le rôle de cadre supérieur, c'est d'être en vigilance si elle a besoin de quelques chose, en reporting, c'est ce qu'elle fait très bien.

Et vis-à-vis des cadres de santé à son arrivée, il n'y a pas eu de questionnements ?

CSS2 : Non, parce que je leur ai bien expliqué que statutairement, elle dépendrait de moi. C'est vraiment une question d'organigramme de la direction des soins. Statutairement, elle ne peut pas dépendre d'eux. Mais pour être honnête avec vous, les cadres de santé n'étaient pas non plus très à l'aise à l'idée de l'avoir hiérarchiquement en charge. L'IPA, c'est encore un domaine un petit peu inconnu et effectivement il savait statutairement qu'elle était au même niveau qu'eux.

Est-ce que à Brest, cela fonctionne pareil pour elle ?

CSS2 : A ma connaissance oui. Pour la personne en question, nous sommes 2 en référence alors je suis sa référente principale puisque son employeur principal c'est Landerneau, pour autant dès qu'il y a des choses organisationnelles ou autre je vois qu'effectivement l'autre personne en copie est également cadre supérieur de santé de l'oncologie.

D'accord. De quel levier est-ce que vous disposez pour faciliter son intégration ?

CSS2 : Le 1er levier est la taille de l'établissement déjà parce qu'il est facile ici de travailler, l'investissement du corps médical donc c'est un vrai levier pour elle, c'est-à-dire qu'elle a affaire à des médecins motivés, qui ont envie. La taille de l'établissement pour la proximité des usagers, c'est à dire ça circule très vite, elle reconnaît les patients. On est sur un bassin de territoire qui reste quand même à échelle humaine donc c'est un levier, c'est facilitant. C'est aidant. Et tous les outils qu'elle peut avoir : le DPI que nous avons fait ajuster pour sa fonction, ses missions, pour ça nous avons fait du benchmarking puisque Morlaix avait le même DPI sur la fonction IPA. Donc voilà, on a travaillé pour ça. L'activité, mais je vous dis, il a fallu la retravailler parce qu'on a de quoi donner une fille active pour 2 jours mais pas 5 jours semaine.

Dans une projection future, si la file active augmente au niveau patient, elle pourrait rebasculer avec plus de journée ici par exemple ?

CSS2 : ça peut, c'est vraiment figé à l'heure d'aujourd'hui. Maintenant effectivement, selon les aléas des temps médicaux, c'est le propre de nos établissements aujourd'hui on s'adapte régulièrement.

Et vous parliez justement des médecins qui sont parties prenantes, dans son intégration son implantation. Quel est le rôle des médecins dans son intégration ?

CSS2 : Alors ça a été très simple parce qu'il avait une connaissance du corps médical sur ces fonctions IPA. En effet, ils ont été associés au protocole d'organisation, mais certains d'entre eux quand bien même ils connaissaient le périmètre d'action, il y avait une forme de réticence quand même malgré la connaissance et lui laisser la place. Pour autant comme je vous l'ai dit tout à l'heure, il y avait bien une place à prendre, il y avait une possibilité de prendre une place dans le parcours du patient. Il y avait un trou dans la raquette, si vous me permettez l'expression. Mais voilà, pour certains médecins, il s'agissait de délégation. Je pense à un médecin notamment, qui elle-même était jeune oncologue, elle ne se sentait pas de déléguer sa mission parce qu'elle était jeune dans sa profession et sans doute pas assez de recul sur sa propre pratique. Mais globalement, la place du médecin dans l'intégration de l'IPA à Landerneau, se passe très bien. La dimension humaine, en proximité, la communication est facilitée. Vous avez l'interlocuteur tout de suite et en plus on a une équipe médicale dans le domaine de l'oncologie, qui fait preuve vraiment d'un bon esprit, dans le sens de l'usager, donc tout le monde travaille dans le même sens. C'est très facile, donc le rôle du médecin a

été assez de laisser sa place à l'IPA. Au début, pas très facile, qui fait quoi et pourquoi elle le fait, et lui laisser la place, maintenant ça y est, c'est clair c'est beaucoup plus clair.

Est-ce que ces médecins la connaissaient déjà comme infirmière ?

CSS2 : oui.

Et est-ce que vous pensez que cela a été un levier, le fait qu'ils la connaissent en tant que professionnel infirmière auparavant ?

CSS2 : C'est un levier positif puisque c'est quelqu'un qui avait des compétences et des appétences et des qualités professionnelles reconnues. Donc ça a été un levier positif c'est-à-dire qu'elle était connue pour du positif. A partir de là, elle était crédibilisée si vous voulez, les médecins connaissaient ses compétences professionnelles et humaines. Vous le savez, pour le corps médical, un des critères essentiels, c'est la confiance. Donc l'avoir connu avec ses compétences avérées était effectivement gage de sécurité pour les médecins, ça c'est certain.

Vous pensez que s'il y avait une nouvelle IPA à se former, c'est quand même un plus qu'elle ait été professionnelle de santé dans l'établissement ?

CSS2 : Oui, ça facilitera les choses, je pense, pour autant Landerneau est un hôpital très ouvert sur les temps partagés et très régulièrement nous avons des nouveaux arrivants. Donc il y a aussi ce dynamisme-là, il est certain que d'être déjà professionnel dans l'établissement, ça aidera la rapidité de l'implantation. Je n'ai pas dit la qualité mais la rapidité, parce qu'elle connaîtra déjà des mécanismes, les codes et habitudes et qu'elle ne sera pas en perte de temps. Maintenant il y a aussi, comme je vous le disais à contrario, le dynamisme de l'établissement sur les nouveaux arrivants, les nouvelles personnes et cette facilité à accueillir. Donc quelqu'un qui viendrait d'un autre établissement sur une mention, actuellement nous cherchons des IPA pour le pôle, je ne parle pas du pôle psychiatrique qui a des attentes spécifiques, mais sur notre pôle, nous avons une attente sur une IPA en cardiologie et une IPA aux urgences. Franchement, vu le bénéfice attendu elle ne pourra être que bien accueillie. Parce que c'est clair dans l'esprit des médecins maintenant. Il a fallu expliquer à la CME ce qu'était une IPA et présenter le métier, et maintenant qu'ils ont compris l'intérêt et la place que pouvait prendre chacun dans le circuit, dans la chaîne. Il n'y aura pas de souci, quand bien même, ce serait quelqu'un d'un autre établissement qui arriverait. Je sais que ça fonctionne. Le tout était de faire savoir qu'elle ne prenait la place de personne, que les rôles sont définis. L'IPA ne remplace pas les cadres, ni les infirmières, ni un médecin. Voilà, l'IPA travaille dans cette zone définie qui est la sienne. Et puis, elle a des compétences avérées quand même acquises dans sa formation pendant 2 ans. On a travaillé aussi pour qu'elle est ait de outils propres de travail. Dans le DPI, il y a des items qui lui appartiennent, puisque dans la fonction IPA, il y a un droit de prescription restreint. Donc on n'est pas non plus sur un profil informatique médecin, et on n'est pas non plus sur un profil informatique infirmier. Sur le logiciel actuel du CH qui s'appelle Sillage, il existait cette mention particulière, ce profil

particulier et c'est pour ça que nous sommes allés voir du côté de nos collègues de Morlaix qui avaient des IPA et qui avaient développé ce module. Donc, elle a une partie rien qu'à elle, qui correspond complètement à ses besoins et qui a été travaillé en lien avec ses activités, en lien avec l'éditeur et le fournisseur. Ce n'est pas un profil infirmier, ce n'est pas non plus un profil médical, c'est l'entre-deux qui nous manquait, qu'il lui fallait, dans lequel elle peut insérer ses courriers. Parce qu'elle a des courriers à rédiger suite à ses consultations, qu'une infirmière n'a pas mais qu'un médecin a. Elle a aussi des transmissions ciblées ou cliniques a effectuer, qu'un médecin n'a pas et qu'une infirmière a. C'est vraiment l'entre-deux.

Tout ceci a été anticipé avant sa prise de poste ?

CSS2 : Alors prise de poste réelle en septembre, elle avait le logiciel quasiment en même temps, parce qu'en fait, on a préparé son implantation. C'est-à-dire que sa prise de poste en tant qu'IPA, était en septembre, on n'est pas resté sans rien faire de janvier à septembre. On a préparé tout ça. Donc peut-être qu'elle n'a pas tout eu tout de suite au début, et puis il a fallu la former à ce module. Sachant qu'elle était la première, encore une fois, c'est toujours le premier qui qui essuie un peu les plâtres. Donc je ne dirais pas qu'à sa prise de poste, tout était fonctionnelle mais quand même assez rapidement. Ce qui a été long, en fait c'est sa prise de poste, pour des raisons institutionnelles.

D'accord et est-ce que vous collaborez au quotidien avec elle ?

CSS2 : Alors, oui j'estime que nous collaborons. Nous travaillons sur des choses.

Est-ce qu'il y a des projets communs entre cadre supérieurs, médecins et IPA ?

CSS2 : Aujourd'hui justement elle est partie prenante avec nous en tant qu'interlocuteur sur l'optimisation de l'hôpital de jour. C'est un de nos gros sujets : l'optimisation en performance de l'hôpital le jour. L'hôpital de jour à Landerneau est médico chirurgical, comme je vous disais tout à l'heure, elle peut être amenée aussi à voir ses patients au sein de cette unité. Elle est aussi un interlocuteur ; elle est par exemple sur ce projet là avec nous, avec les médecins, avec les infirmières, avec les cadres, avec la pharmacie de Brest enfin tous les interlocuteurs, y compris le bloc opératoire, parce que c'est un HDJ médico chirurgical. Elle donne aussi de son temps sur ce projet qu'elle a la connaissance de certaines circulations et qu'on a besoin de son expertise sur cet autre sujet. Donc par exemple, elle est l'interlocutrice à ce moment-là dans ce projet-là.

Est-ce qu'il y a des projets à venir prévues ?

CSS2 : Oui, je pense à un autre prévu que nous n'avons pas encore développés en éducation thérapeutique. Parce qu'elle a aussi cette formation, donc c'est un de nos objectifs. Mais actuellement, on a d'autres objectifs d'établissement, donc je ne sais pas si on arrivera à trouver le temps de tout faire, mais c'est le souhait. Mais en éducation thérapeutique, on

pourrait tout à fait faire un dépôt de dossier d'éducation thérapeutique. Mais aujourd'hui, c'est vrai qu'on n'a pas encore pensé à tout.

Est-ce qu'on peut dire qu'il existe un trinôme encadrement, IPA, médecin ?

CSS2 : oui, sur le déploiement de nouveaux projets complètement. Parce qu'effectivement elle fait très bien le lien avec les médecins référents et moi-même. Franchement je suis au courant de ce qui se passe, je ne la vois pas tous les jours quand elle est là. Elle a son autonomie mais on communique facilement, et puis comme elle est sur 2 sites, il a fallu qu'elle développe aussi cette rapidité de communication. Donc pour le moment, je trouve que c'est fluide des 2 côtés.

Justement je rebondis, vous communiquez comment ensemble ?

CSS2 : Principalement par mail, et en cas d'urgence elle me téléphone. Bien sûr, souvent elle anticipe énormément ces 2 mondes. Et ça fonctionne plutôt bien par mail.

Qui effectue son évaluation annuelle ?

CSS2 : En tant que responsable hiérarchique, c'est moi qui l'effectue. Ce sera sa 1ère évaluation d'IPA cette année, sa première GPMC. L'année dernière, je l'ai évalué sur sa GPMC en tant qu'IDE puisque nous le faisons au décours de l'été, et elle était toujours considérée IDE depuis le mois de janvier.

Je crois que vous avez répondu à l'ensemble de mes questions. Avez-vous des éléments à rajouter ?

CSS2 : En conclusion vous dire que c'est effectivement une implantation particulière, parce que les éléments n'avaient pas été pris en compte au niveau de l'historique. Et c'est vrai qu'au fond, sur 2 ans de formation, il faut les considérer, parce que le temps dans les établissements de santé passe très vite, l'actualité va très vite, et en 2 ans il peut se passer beaucoup de choses, et un projet qui a été initié 2 ans plus tôt, à la fin de formation du professionnel peut s'avérer différent. On l'a peut-être moins sur des activités standardisées type IBODE, IADE puisque là, on est sur de la GPEC (gestion prévisionnelle des métiers des compétences). On valorise un départ en formation d'un IDE, IBODE, IADE je prends l'exemple parce qu'on sait que dans X années, selon la pyramide des âges, on aura des départs en retraite. Donc là, c'est assez carré. Pour les IPA, l'implantation, le retour au terme des 2 ans m'a interpellé. Parce qu'effectivement, on est sur des nouvelles activités, dépendantes d'une file active, et il nous a fallu construire avec elle, sachant que tout était à construire, tout est nouveau. Il est évident que les personnes qui avaient lancé le projet 2 ans auparavant, qui ne sont plus les mêmes 2 ans plus tard : le directeur des ressources humaines, la cadre supérieure, la direction de soins, la direction générale, tout ce monde-là avait changé. Tout le monde a changé dans l'espace de sa formation. C'est pour dire que des fois, ça va très vite. Il est évident qu'au départ du projet, ils ne savaient pas, que dans les 2 années, il y aurait des départs médicaux sinon ils

n’auraient pas validé cette mention une mention onco-gériatrique à Landerneau, on aurait été chercher d'autres mentions. Il n'était pas non, plus du tout envisagé au moment de son départ en promotion professionnelle, le partage du temps de travail avec Brest. Tout ça s'est fait à son retour. C'est un retour quand même un peu complexe. L'agent en question, est quand même très fair-play, parce qu’elle est partie d'un poste à Landerneau, elle revient, on lui dit : dorénavant pas d'autre choix. Et finalement, elle a 3 jours sur Brest. Alors elle a aussi un avantage dans ce montage-là, c’est le collectif d'IPA à Brest. Ici elle aurait été isolée. Il y a des échanges réguliers entre elles, elle fait partie du groupe des IPA de Brest. Donc elle est dans une autre dynamique à Brest, ce qui je pense, intellectuellement, culturellement est important pour elle. Elle est dans cette mouvance-là. Pour ça c'était un bon montage, intelligent pour elle, parce que sinon ici, elle était seule effectivement. Je n’ai pas dit qu’on ne peut pas être seul sur sa fonction, mais c'est quand même bien de pouvoir partager au quotidien, d'autant plus quand c'est un poste nouveau, quand on crée aussi son identité professionnelle, un nouveau métier, pouvoir échanger avec ses pairs sur la création de support. Actuellement, nous sommes en train toutes les 2, de valider sa fiche de poste, on a validé sa fiche d'activité. On a travaillé en lien avec Brest, on ne va pas réinventer le monde, on a demandé à Brest l'autorisation de rester à peu près calé peu ou prou. C'est la première fiche de poste qu'on écrit pour Landerneau sur le sujet, Il y a tout ce lien-là qui se fait aussi, qui peut être très aidant au fond.

Je me permets juste de revenir sur le protocole d'organisation, comment est-ce qu'il s'est monté ?

CSS2 : C'est quand elle est revenue que les choses ont dû être pensées et réfléchies. Elle l'a d’abord travaillé, elle a fait preuve d'une grande autonomie. C'est à dire qu'elle a travaillé en en primeur le brouillon, pour autant elle s'est calée sur les modèles brestois. Là, pareil on a dit qu’on ne réinventait pas, pour qu'il y ait une cohérence et une cohésion. Donc elle l'a bâti en première attention et effectivement ça a été un partage d'aller-retour avec les équipes médicales concernées et moi évidemment, puis la direction des soins de l'époque qui supervisait Brest Landerneau. Donc elle est à l'initiative de ce protocole et je lui rends son travail, et honnêtement il n’y a pas grand-chose à corriger, la copie était déjà très bien travaillée.

Et par qui a été signé ce protocole ?

CSS2 : Par elle, par les médecins avec lesquels elle travaille, par moi et la direction des soins. C'est un protocole qui peut être amené à bouger, à évoluer. Elle pourra rajouter des choses, en enlever. On n'est pas sur un protocole figé, puisqu'on est sur un protocole d'organisation. Il pourra largement être réactualiser bien sûr. Ce n’est pas figé dans le temps.

Avez-vous des éléments à rajouter ?
CSS2 : Non, non.

Et bien merci beaucoup d’avoir pris ce temps pour répondre à mes questions.

Centre Hospitalier Universitaire de Brest
Institut de Formation des Cadres de Santé
Université de Bretagne Occidentale

Mémoire réalisé pour l'obtention du Diplôme d'État de Cadre de Santé et du Master 2
Mention Administration Économique et Sociale, parcours Management et Formation en Santé

Résumé

Titre du mémoire :

Réussir l'implantation d'un Infirmier en Pratique Avancée : Le rôle du Cadre De Santé

Auteur : Delphine PETON, étudiante cadre de santé
Directeur de Mémoire : Madame Myriam Nourry
Guidance de mémoire : Madame Stéphanie Bouaziz
Promotion : 2022/2023
Nombre de pages : 77

Résumé : L'IPA (Infirmier en Pratique Avancée) est un soignant ayant une approche multidimensionnelle du soin. Sa fonction est ancrée dans l'activité clinique auprès du patient.
L'implantation d'un IPA au sein d'une unité de soins est une étape importante dans l'amélioration de la qualité des soins et pour répondre aux besoins de la population en matière de santé.
Cependant, cette intégration peut s'avérer difficile. En effet, l'arrivée d'un IPA dans une équipe pluridisciplinaire, nécessite des ajustements et un temps d'adaptation. Dans ce contexte, le rôle du CDS (Cadre De Santé) semble primordial pour assurer le succès de l'implantation de ce métier émergent.
Le CDS est amené à travailler avec l'IPA et avec le médecin. Or l'IPA se retrouve comme interlocuteur clinique privilégié du médecin. Un nouveau trinôme émerge alors. Les rôles et responsabilités de chacun doivent être parlés.
En effet, des liens fonctionnels et hiérarchiques apparaissent, un nouveau mode de fonctionnement s'établit. Le CDS doit favoriser l'intégration de ce nouveau professionnel auprès des membres de l'équipe et s'assurer que l'IPA dispose des ressources nécessaires pour mener à bien ses activités.
La communication entre IPA, CDS et Médecin doit promouvoir une approche collaborative et interprofessionnelle.
L'implantation d'un IPA représente donc un changement important dans la dynamique des soins et nécessite une gestion efficace pour assurer cette transition. Le CDS joue un rôle clé dans ce processus, en facilitant une collaboration efficace entre les différents membres de l'équipe de soins et en assurant une intégration réussie de l'IPA dans l'environnement de travail. Pour rendre cela possible, le CDS doit trouver sa place dans le trinôme IPA, Médecin, CDS.

Mots clés : Cadre de santé, IPA, médecin, collaboration, intégration, liens, communication, rôle.