



HAL
open science

Le renouvellement et l'adaptation des traitements psychotropes, un nouvel outil pour l'IPA dans la relation de soin

Catherine Faivre

► To cite this version:

Catherine Faivre. Le renouvellement et l'adaptation des traitements psychotropes, un nouvel outil pour l'IPA dans la relation de soin. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04526938

HAL Id: dumas-04526938

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04526938>

Submitted on 29 Mar 2024

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

**LE RENOUVELLEMENT ET
L'ADAPTATION DES TRAITEMENTS
PSYCHOTROPES,
UN NOUVEL OUTIL POUR L'IPA
DANS LA RELATION DE SOIN**

**Mémoire de recherche présenté pour l'obtention du Diplôme d'État
d'Infirmier en Pratique Avancée Mention Psychiatrie et Santé Mentale**

Catherine FAIVRE

Promotion 2021-2023

Sous la Direction de :

**Madame la Professeure Djamila BENNABI (Professeure de Psychiatrie, CHU
Besançon)**

Monsieur Éric DURAND (Cadre supérieur de santé, CH Novillars)

Table des matières

1/ REMERCIEMENTS.....	3
2/ INTRODUCTION	3
3/ METHODOLOGIE.....	6
3.1) Type de méthode	6
3.2) Population de l'enquête	7
3.3) Durée et lieux de la recherche	7
3.4) Critères d'inclusion.....	7
3.5) Outils de l'enquête.....	8
3.6) Plan d'analyse des données	8
4/ RESULTATS	9
4.1) Cadre de l'étude.....	9
4.2) Présentation des résultats	10
A- Les motivations pour la formation IPA	10
B- L'approche clinique IPA	10
C- L'influence des Sciences Infirmières.....	11
D- La relation de soin	12
E- La prescription IPA	13
F- La collaboration.....	14
G- La plus-value IPA	15
H- Les difficultés.....	15
5/ DISCUSSION.....	16
5.1) Discussion des résultats.....	16
5.2) Profil de l'IPA-PSM : Autonomie et Responsabilité	16
5.3) Approche holistique de l'IPA-PSM	18
5.4) Collaboration IPA-Psychiatre	21
5.5) Les limites de l'étude.....	22
6/ CONCLUSION	23
7/ BIBLIOGRAPHIE	24
8/ ANNEXES.....	25

1/ REMERCIEMENTS

Je tiens en premier à exprimer toute ma reconnaissance à mes Directeurs de Mémoire, Madame la Professeure Djamila BENNABI et Monsieur Éric DURAND pour leur accompagnement et leur soutien pendant toutes les étapes de ce travail. Leurs conseils avisés m'ont permis d'étoffer ma réflexion et de mener à bien ce projet.

Je remercie Madame Aline CHASSAGNE pour son accompagnement et sa bienveillance pendant ces deux années de formation.

Je remercie également les Infirmiers en Pratique Avancée (IPA) de Bourgogne Franche-Comté pour leur contribution à la réalisation des entretiens.

Enfin, un remerciement particulier à mes relecteurs pour l'attention portée à ce travail de recherche.

2/ INTRODUCTION

La pratique avancée infirmière s'inscrit dans le projet national de modernisation du système de santé français depuis 2016 en réponse aux besoins et aux enjeux actuels et futurs de la santé. (1) Depuis 2018, le décret 2018-633 procure un cadre d'exercice à l'infirmier de pratique avancée dans trois domaines d'intervention : les pathologies chroniques stabilisées, l'oncologie et hémato-oncologie, la maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale. En 2019, vient s'ajouter le décret n°2019-835 qui s'étend au domaine d'intervention en santé mentale et psychiatrie, puis en 2021 le décret n°2021-1384 pour le domaine d'intervention des urgences. La pratique avancée est en pleine évolution en France. Au niveau national en 2022 on compte 935 IPA diplômés dont 61 en Franche-Comté. (2)

Le Conseil International des Infirmières (CII) propose une définition de ce concept : « l'infirmier(-ère) diplômé(e) qui exerce en pratique avancée a acquis des connaissances théoriques, le savoir-faire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de sa profession. Les caractéristiques de cette pratique avancée sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmier(-ère) sera autorisé(e) à exercer ». (3)

Aussi, selon Ann Hamric l'IPA peut mobiliser sept compétences : la pratique clinique, la consultation, l'expertise et le conseil, l'éthique, la recherche, le leadership, et la collaboration. La pratique clinique est la principale compétence de l'IPA, elle requiert une forte autonomie professionnelle et des compétences de gestion des situations complexes. Elle vise à obtenir une relation de confiance avec le patient favorisant la collaboration et l'implication dans un projet commun. Un protocole d'organisation précisant les modalités de prise en charge et la responsabilité médico-judiciaire est établi avec le médecin en amont des suivis IPA. Dans ces conditions, l'IPA peut être amené à pratiquer des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale obligatoire, des prescriptions d'examen complémentaires et des renouvellements ou adaptations de prescriptions de médicaments ainsi que des prescriptions non médicamenteuses. (4) Avec l'attribution d'un droit de prescription (sous supervision médicale) aux IPA, on assiste à un changement de paradigme au sein de notre système de santé. (5)

Plusieurs études internationales ont montré les effets positifs de la prescription infirmière pour les patients : accès aux soins amélioré, résultats cliniques et de santé équivalents à ceux obtenus par les médecins, satisfaction équivalente ou meilleure.(6)

Des études révèlent que le rôle de conseillère des infirmières est particulièrement apprécié par les patients. Ces professionnelles, en contacts réguliers avec les usagers, sont plus sensibilisées aux effets iatrogènes ou à l'inutilité de certains produits ou au contraire à des insuffisances de prescription. (7) Certaines études soulignent que l'approche infirmière employée augmente l'adhésion au traitement. Les patients identifient également une plus-value dans l'approche spécifique adoptée qui facilite une meilleure compréhension de leur état de santé et de l'objectif des traitements en cours. (5)

L'introduction de la pratique avancée en psychiatrie et santé mentale vise à prévenir et repérer précocement la souffrance psychique, à mieux répondre aux besoins et à la continuité des soins ainsi qu'à l'amélioration des conditions de vie et d'inclusion sociale des personnes en situation de handicap psychique. Dans ce domaine, la relation de soin est la base du travail soignant. De surcroît, les infirmiers en psychiatrie développent des compétences relationnelles impliquant des connaissances ainsi qu'un savoir-faire et un savoir-être spécifique à cette discipline.(4)

C'est au cours des premiers entretiens ou lors des entretiens de suivi que l'IPA mentionne psychiatrie et santé mentale (IPA-PSM) va être amené à mobiliser ses compétences en sciences infirmières et ses compétences en pratique avancée avec un raisonnement clinique infirmier pointu et avec la prescription médicamenteuse pour une prise en charge globale. Ce haut raisonnement clinique est d'autant plus nécessaire que les situations sont complexes. Peu de recherches ont été menées pour évaluer les expériences des infirmières en santé mentale en matière de prescription. (6)

Pour cela, l'IPA peut s'appuyer sur les sciences médicales mais également sur des modèles conceptuels en sciences humaines et en sciences infirmières. Dans sa vision de l'approche centrée sur la personne, Carl ROGERS (1966) définit la relation d'aide comme une opportunité de laisser libre court à l'expression des sentiments en présence d'un intervenant. Globalement la relation d'aide désigne donc toute forme de relation dont l'objectif est de faciliter chez l'autre la croissance, le développement, la maturité, un meilleur fonctionnement et une meilleure capacité d'affronter la vie. (8)

La pratique infirmière qui vise le maintien de la santé de la personne dans toutes ses dimensions (physique, mentale, sociale) peut utiliser les principes de la relation d'aide. (9)

La relation d'aide est à la fois une méthode, un outil et un concept. Avec l'avènement des psychotropes, elle a permis l'évolution des représentations de la société sur la santé mentale en s'appuyant sur une prise en charge par la parole et par les relations interpersonnelles.

(10)

Aussi, concernant la relation de soin, l'IPA peut s'appuyer sur le modèle conceptuel des relations interpersonnelles (PEPLAU, 1952) qui vise à développer les compétences du patient et du soignant, en travaillant avec le patient et non en « faisant pour lui ». Cette théorie implique une interaction entre deux individus ou plus ayant un objectif commun. (9) (11)

Or, la prescription peut faire émerger des conflits autour de l'autorité, le pouvoir, la loyauté et la compétition. On parle alors de relation de soin asymétrique qui se caractérise par des enjeux de vulnérabilité et de pouvoir entre la personne dispensant le soin et la personne recevant le soin. (12) (13)

A l'issue de tous les éléments de ce contexte mon hypothèse est la suivante :

On peut supposer que la prescription médicamenteuse est un outil à disposition de l'IPA permettant d'améliorer la qualité de la relation de soin dans une approche holistique.

L'objectif principal de ce travail de recherche est de faire un état des lieux et de comprendre mieux la posture de l'IPA dans le rôle de prescripteur en ce qui concerne l'adaptation et renouvellement des traitements psychotropes.

Les objectifs secondaires sont :

Comprendre comment l'IPA-PSM trouve sa place d'infirmier « prescripteur » avec des compétences élargies dans la relation de soin.

Repérer la place de cette nouvelle relation « médicamenteuse » dans la relation duelle soignant-soignée.

Découvrir les représentations des IPA-PSM concernant la prescription médicamenteuse

Montrer les compétences mobilisées par l'IPA-PSM pour la reconduction et l'adaptation des traitements.

En premier lieu, je commencerai par vous présenter la méthodologie de recherche choisie pour explorer cette hypothèse puis je vous exposerai les résultats obtenus. Suivra l'analyse des résultats au regard de la littérature scientifique avec l'objectif de mettre en lumière les éléments significatifs et de faire les liens avec les concepts en sciences infirmières évoqués dans l'introduction.

3/ METHODOLOGIE

3.1) Type de méthode

Pendant les mois précédents la rédaction de l'introduction, je me suis attachée à lire des articles scientifiques et des revues afin de me familiariser avec le sujet. J'ai aussi interviewé trois étudiants IPA-PSM de deuxième année pour recueillir leurs avis. Ces différentes étapes m'ont permis de valider mon choix de sujet et d'affiner mon hypothèse. J'ai ensuite collecté des données plus ciblées sur la population des IPA-PSM en France et en Bourgogne Franche-Comté puisque je souhaitais cibler sur cette recherche sur ma région d'exercice professionnel et de formation.

Le but de cette recherche est de faire une enquête sur les représentations et les pratiques des IPA-PSM en lien avec le rôle de prescription des psychotropes (reconduction et adaptation médicamenteuse). Afin de mieux comprendre l'expérience des professionnels et aussi d'obtenir une richesse de données intéressantes, mon choix s'est orienté vers l'analyse

qualitative. Ce type de recherche vise à montrer les pratiques en les reliant à des idéologies, des symboles et des concepts. Elle correspond le mieux à mon orientation de recherche.

3.2) Population de l'enquête

C'est en décembre 2022 que j'ai contacté l'Agence Régionale de Santé (ARS) afin de recenser précisément les IPA-PSM en poste en Bourgogne Franche-Comté. J'ai ciblé uniquement les IPA qui interviennent en relais des consultations psychiatriques et qui pratiquent l'adaptation et la reconduction des traitements psychotropes.

3.3) Durée et lieux de la recherche

C'est au cours du mois de décembre 2022 que j'ai demandé les autorisations aux Directions des établissements concernés qui ont tous validé la demande. C'est ensuite que j'ai pris contact avec les IPA et programmé des entretiens. Un premier IPA a été interrogé dans le cadre de l'affinage de la grille d'entretien en décembre 2022, je n'ai pas retenu cet entretien pour l'analyse des données. Puis, j'ai effectué des entretiens téléphoniques avec des IPA-PSM sur 4 établissements différents avec des IPA formés sur 3 facultés différentes.

Les huit entretiens téléphoniques se sont déroulés entre décembre 2022 et avril 2023.

Les IPA de 4 Centres Hospitaliers sur les 6 régionaux ont participé à la recherche.

Les autres ne correspondaient pas aux critères d'inclusion ou n'ont pas pu être interrogés.

Les entretiens téléphoniques avaient une durée de 40 minutes en moyenne et ont été enregistrés avec l'accord des professionnels concernés.

3.4) Critères d'inclusion

Les professionnels interrogés sont tous des infirmiers en pratique avancée avec la mention psychiatrie et santé mentale qui exercent en Bourgogne-Franche-Comté et qui ont étudié entre 2019 et 2022. Ils pratiquent la reconduction et l'adaptation des traitements psychotropes en relais du psychiatre. Aucun critère d'âge, de sexe ou d'expérience de pratique professionnelle n'a été retenu. J'ai n'ai pas souhaité interviewer d'IPA en poste dans mon établissement afin de garder un regard neutre et limiter les biais pendant l'analyse des données.

3.5) Outils de l'enquête

Les entretiens semi-directifs se sont imposés dans la mesure où ma recherche s'apparente à la discipline des sciences humaines et des sciences infirmières. Les données recueillies lors des entretiens décrivent d'une part la ou les représentations des acteurs et la description des pratiques.

J'ai choisi de faire des entretiens téléphoniques avec les IPA-PSM de Bourgogne Franche-Comté en lien avec l'éloignement géographique. Le test de la grille d'entretien qui s'est déroulé en décembre 2022 m'a permis de vérifier que les questions et les relances étaient adaptées et compréhensibles et de me familiariser avec cet outil. De plus, grâce à l'écoute de l'enregistrement du premier entretien, j'ai pu corriger certaines maladresses de relance et réajuster au mieux ma posture.

La grille d'entretien a été validée par les Directeurs de Recherche en décembre 2022.

Elle contient 6 questions principales ouvertes avec des questions de relances qui permettent de recueillir toutes les informations escomptées. Elles correspondent aux grands thèmes attendus dans cette étude : parcours professionnel, approche clinique IPA, relation de soin, sciences infirmières, prescription médicamenteuse IPA, retours et difficultés éventuelles. La grille comprend également des objectifs en lien avec chaque thématique.

Cette grille d'entretien figure en **ANNEXE 1**.

3.6) Plan d'analyse des données

En accord avec les personnes interrogées un enregistrement audio avait été réalisé lors de chaque entretien téléphonique. La retranscription des enregistrements a débuté avant la fin des entretiens en janvier 2023. Cette retranscription s'est effectuée par logiciel informatique (Word transcription). Elle a nécessité dans un second temps une deuxième écoute des enregistrements et une écriture corrective car le logiciel n'est pas optimal pour ce type de retranscription.

J'ai choisi l'analyse thématique des données. Pour chaque entretien j'ai construit un tableau reprenant les thèmes principaux déjà définis dans la grille d'entretien. Pour chaque thème j'ai

déterminé en fonction du verbatim les idées principales et ciblé des codes puis regroupé les thèmes en catégories et concepts. Un modèle de tableau figure en **ANNEXE2**.

Pour garantir l'anonymat, j'ai choisi de ne préciser aucun lieu et de codifier les IPA dans l'ordre chronologique des entretiens. Chaque entretien a un chiffre attribué afin de faciliter l'exploitation des données individuelles et de faire des regroupements et des comparaisons des différentes données. J'utiliserai l'appellation suivante IPA1, IPA2... pour l'ensemble de cette étude.

Plusieurs lectures successives des trois premiers entretiens m'ont permises de dégager les principaux thèmes qui correspondaient bien à ma grille d'entretien. Un nouveau thème s'est détaché : la collaboration médicale. Sur papier, j'ai regroupé toutes les données des tableaux en un seul puis j'ai construit un tableau d'exploitation des données sur le tableur Excel puis sur Word. Ces deux phases d'analyse et de codification des données se sont déroulées en mars-avril 2023. Le tableau d'exploitation des données figure en **ANNEXE 3**.

4/ RESULTATS

4.1) Cadre de l'étude

La recherche s'est effectuée sur un secteur géographique régional auprès de huit IPA-PSM avec une volonté d'apporter une vision globale sur l'impact de la prescription IPA dans la relation de soin en psychiatrie-santé mentale. L'étude a permis d'étudier des IPA en poste sur plusieurs établissements hospitaliers de Bourgogne Franche-Comté et issus de trois facultés différentes : Dijon, Besançon et Clermont-Ferrand.

Les IPA exercent tous en extrahospitalier, sur plusieurs centres médico-psychologiques pour sept sur huit et avec pour deux d'entre eux des missions transversales. Un IPA exerce en équipe mobile. Avant de partir en formation, ils travaillaient tous dans le sanitaire : sept en Centre Médico-Psychologique (CMP), coordination, équipe mobile et un en service d'admission. Ils ont tous entre huit et vingt-trois ans d'expérience professionnelle en tant qu'infirmier majoritairement en psychiatrie, domaine de compétence qu'ils ont choisi pour leur carrière professionnelle. Ils ont tous eu de nombreuses formations continues au cours de leur activité professionnelle infirmière pour la plupart axée sur la psychopathologie, les

entretiens infirmiers et diverses médiations. La plupart étant diplômés depuis juillet 2022, ils ont donc une expérience de prescription assez récente.

Ancienneté DE (en années)	Master IPA (année diplôme)	Dernier Poste IDE	Poste Actuel
10	2022	Unité d'admission	2 CMP
8	2022	CMP	2 CMP
18	2021	CMP	4CMP
14	2022	CMP	2 CMP + missions transversales
23	2022	Coordination/CMP	4 CMP
17	2021	CMP	3 CMP
12	2022	CMP/EM	1 EM
12	2022	CMP/HDJ	3 CMP + missions transversales

4.2) Présentation des résultats

A- Les motivations pour la formation IPA

En abordant les motivations personnelles pour la formation IPA je souhaitais cibler le profil et l'identité du professionnel et mieux comprendre sa démarche et ses attentes.

La volonté d'améliorer ses compétences est la principale motivation pour cinq IPA sur huit. Arrive ensuite pour la moitié des IPA le souhait de rester dans la relation de soin et d'avoir plus d'autonomie. On remarque que trois d'entre eux parlent de lassitude du métier d'infirmier. « impression de tourner un petit peu en rond » « je commençais à m'ennuyer dans mes activités ». Deux des IPA souhaitaient par cette formation légitimer leur pratique avancée et valoriser une pratique déjà existante dans leur activité professionnelle en tant qu'infirmier. « avoir la légitimité de ce que je faisais déjà »

Puis des réponses plus isolées comme le fait d'accroître sa responsabilité, la collaboration médicale et l'intérêt pour la recherche de données scientifiques apparaissent. Un IPA parle d'une motivation financière. « je rêvais d'un meilleur salaire ».

B- L'approche clinique IPA

Pour presque tous les IPA l'approche clinique est globale, axée à la fois sur le versant somatique et le versant psychiatrique avec des compétences cliniques développées incluant l'analyse sémiologique.

« un regard un peu plus pointu somatique et psychiatrique » « vision plus globale qu'avant »
« ta clinique est plus précise, affinée, anticipée »

On retrouve aussi les bases de l'approche clinique infirmière. L'identité et l'approche infirmière restent inchangées. « j'ai encore la fibre infirmière » « un vrai entretien infirmier »

Le rôle de prescripteur est cité six fois, tout comme l'éducation thérapeutique qui revient à trois reprises. La moitié des IPA font le lien entre la prescription et l'éducation thérapeutique dans leur approche clinique. On remarque aussi que la durée des entretiens IPA est plus longue que ceux de l'IDE pour la moitié des IPA interviewés. Les IPA2, IPA3 et IPA6 utilisent des outils comme les échelles ou des approches non médicamenteuses. « des outils que je n'aurais pas forcément utilisés avant » « j'utilise des smileys, des échelles d'Hamilton, de Beck » « cohérence cardiaque » « je me sers de la sophrologie ». Ces IPA s'appuient sur des compétences acquises, antérieures à la formation, ou sur de nouvelles, abordées pendant le master IPA.

C- L'influence des Sciences Infirmières

C'est au cours de la formation IPA que j'ai découvert l'éventail des sciences infirmières et je souhaitais dans ce travail de recherche faire le lien entre les théories, les concepts et l'approche spécifique IPA concernant la prescription.

La question sur l'impact des sciences infirmières dans la pratique a fait réagir la plupart des IPA. « je m'appuie relativement peu sur les concepts de sciences infirmières » « mauvais élève » « je n'ai pas le sentiment que cela influence mon travail en tant qu'IPA » « la colle ! ». Cinq d'entre eux ont reconnu un intérêt pour cette discipline dans la pratique avancée. Un IPA parle d'une plus-value et trois IPA pensent que cette compétence serait à développer. « nécessité de les travailler plus pour bien les maîtriser »

Tous les IPA interrogés ont exprimé une difficulté à conceptualiser les sciences infirmières.

« on n'en a pas conscience »

Cependant ils ont tous pu citer une théorie intermédiaire, un concept ou un raisonnement clinique infirmier. PEPLAU a été la plus citée par les IPA ainsi que la relation d'aide.

D- La relation de soin

Dans cette partie, je souhaitais faire apparaître des notions fondamentales que l'on retrouve dans la théorie de l'interaction et de la relation d'aide.

Sept IPA sur huit ont mis en avant l'identité infirmière dans la relation de soin. « je me positionne vraiment en tant qu'infirmier »

Tous confirment avoir gardé la même approche qu'avant la formation. « la façon humaine d'être, elle ne change pas » « les techniques d'entretien restent les mêmes »

On retrouve la notion d'accompagnement chez cinq IPA. « je suis là pour les accompagner »

Cinq IPA parlent d'écoute active. « avoir une écoute aiguisée » « l'émotion elle arrive, on l'accueille »

L'accord du patient et l'approche globale avec l'entourage ressort chez tous les IPA.

« associer les familles, c'est fondamental, avec l'accord du patient »

La notion de présentation lors du premier entretien est bien soulignée par les IPA.

On peut noter l'importance de bien préciser le rôle IPA et ses limites, c'est une étape fondamentale dans la relation de soin qui ressort bien chez cinq IPA sur huit. « Je commence toujours en expliquant ce qu'est un IPA » « premier rendez-vous, je réexplique mes fonctions »

Il est aussi question de relation symétrique favorisant la verbalisation. « relation d'égal à égal » « cette proximité » « les patients ne vont pas forcément s'autoriser à dire au psychiatre qu'ils ne prennent pas leur traitement, alors qu'étrangement, à l'IPA ils se l'autorisent » « du coup, c'est plus simple d'aborder la prescription »

Pour quatre IPA la prescription a un impact sur la relation de soin dans le sens où c'est un acte réservé habituellement aux médecins et cela modifie les perceptions et les représentations des patients. « la prescription change un petit peu quelque chose dans la relation, elle est quand même rattachée au médecin » « tout à l'heure, on m'a dit docteur » « à partir du

moment où les patients partent avec une ordonnance, pour eux, tu es prescripteur, donc tu es médecin »

E- La prescription IPA

L'autonomie est l'une des idées principales qui ressort de ce thème. Tous les IPA parlent d'autonomie concernant l'adaptation des traitements et l'organisation et la planification des suivis en relais du psychiatre. C'est l'évaluation clinique de l'IPA qui prime en regard du protocole d'organisation pour l'organisation des rendez-vous. « les médecins m'adressent les patients et après c'est moi qui gère » « elle me laisse adapter les traitements » « c'est nous qui décidons »

Tous les IPA parlent d'une évaluation systématique des traitements psychotropes à chaque entretien comprenant l'observance, l'efficacité et les effets secondaires. « je fais le point systématiquement avec le patient » « ce que l'on faisait moins avant de manière systématique »

On retrouve la notion de responsabilité quant à la prescription. « cette ordonnance, tu as conscience que c'est un document officiel » « je suis plus impliqué, c'est moi qui prends la décision » « je prends la responsabilité »

La file active des IPA est très variable d'un IPA à l'autre, cependant on peut remarquer que la prescription IPA concerne presque tous les suivis. La quasi-totalité des entretiens IPA se terminent par un renouvellement d'ordonnance, en réponse à une attente, une demande.

Six IPA sur huit sont satisfaits de la situation actuelle et ils ne souhaitent pas avoir accès à la primo-prescription pour l'instant. Les deux autres IPA ne se sont pas exprimés sur ce sujet.

« je suis très content de ne pas primo-prescrire » « aujourd'hui je ne veux pas d'un rôle plus autonome »

L'éducation thérapeutique est citée à cinq reprises. « je vais prendre beaucoup plus de temps pour expliquer au patient le traitement » « je demande au patient » « on va aller chercher des infos sur les interactions, des patients qui vont prendre des tisanes »

La notion de décision partagée apparaît chez tous les IPA. « je décide avec le patient l'adaptation, la reconduction » « il faut négocier » « c'est une discussion ensemble »

L'écoute active du patient revient chez six IPA sur huit et pourrait être la première étape de la décision partagée. « ça redonne un certain pouvoir au patient dans ce qu'il t'apporte en fait, tu l'intègres complètement dans la prescription »

Tous les IPA font d'autres prescriptions, les principales étant les bilans biologiques, les prescriptions de passages infirmiers à domicile pour la distribution des traitements, et des orientations vers d'autres professionnels (hôpital de jour (HJ), centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), assistant social, psychologue).

La reconduction et l'adaptation des thérapeutiques prennent en moyenne entre 5 et 10 minutes pour un entretien dont la durée oscille entre 30 et 60 minutes. L'IPA2 nomme la prescription comme un outil « c'est un outil pour moi »

F- La collaboration

J'ai choisi de détacher ce thème qui faisait partie au départ de la prescription IPA car il est apparu chez tous les IPA en lien avec le protocole d'organisation. Tous les IPA ont un ou plusieurs protocoles d'organisation en fonction du nombre de médecins avec qui ils collaborent. Seul un IPA n'a pas de protocole actuellement à jour. Le départ récent du psychiatre fait que le nouveau protocole n'a pas été mis à jour.

Pour tous les protocoles, l'accord du patient est systématique, il peut être sous forme écrite ou oral et dans ce cas notifié dans le dossier informatisé du patient. « elle demande l'autorisation au patient, c'est retranscrit dans son dossier médical »

Six sur huit IPA assistent au premier entretien avec le psychiatre afin de faciliter le relais. Pour trois d'entre eux cette étape tend à disparaître par des raisons organisationnelles.

Pour sept IPA sur huit la collaboration médicale est indispensable et se fait de manière régulière, elle est planifiée le plus souvent.

Ce lien IPA-Psychiatre est porté à la connaissance des patients.

« nous sommes très en lien, on fait le point régulièrement » « les patients le savent, le médecin peut me répondre si je suis en difficulté »

« je suis toutes les semaines en contact avec le médecin avec qui je travaille, elle me guide »

G- La plus-value IPA

On peut noter que pour l'ensemble des IPA les retours des patients sont positifs. « ils sont satisfaits » « de très bons retours »

La disponibilité des IPA et le temps consacré à l'entretien est une plus-value importante qui revient assez régulièrement dans les réponses. « entretiens plus souvent, qui prennent plus de temps »

L'éducation thérapeutique et les protocoles de « déprescription », diminution et sevrage des traitements sont cités par 6 IPA au total.

« j'essaye de diminuer les benzodiazépines » « l'éducation thérapeutique au niveau des traitements, c'est typique IPA, c'est notre responsabilité » « une meilleure adhésion au traitement par le fait des entretiens IPA, on y consacre du temps »

On voit aussi que pour trois IPA sur huit, la relation de soin symétrique est une plus-value de l'IPA. « ils sont satisfaits, pas inquiets, contact assez doux » « la distance thérapeutique avec le psychiatre est plus impressionnante qu'avec l'infirmière »

Deux IPA mettront en avant un réflexe de recherche de données probantes acquis pendant la formation « je vais plus facilement aller m'interroger, aller chercher » « on va plus loin dans les recherches »

H- Les difficultés

On retrouve chez trois IPA des difficultés de coordination ville-hôpital surtout à leur prise de poste et en lien avec le manque de connaissance de la profession IPA : « il y a eu un gros travail de communication à faire qui m'a pris beaucoup de temps »

On retrouve aussi pour un IPA une difficulté qui concerne les modifications de traitements psychotropes par les généralistes. Comme il n'existe pas de protocole d'organisation entre ces deux parties, une réelle coordination et communication entre l'IPA et le médecin traitant et inversement est nécessaire et reste dans l'intérêt du patient.

« ils vont voir leur généraliste, c'est là l'intérêt de la coordination entre somatique et psychiatrique »

On retrouve chez 2 IPA des difficultés en lien avec les résultats de biologie et l'ECG qui pour eux auraient nécessité un temps de formation plus approfondi et spécifiquement en lien avec les suivis de population sous psychotropes.

« c'est par rapport aux bilans biologiques, à l'électrocardiogramme, un manque de pratique »
« par rapport à des retours de résultats de labo »

Pour deux IPA, la diminution du temps d'entretien qui s'instaure progressivement est une difficulté qui peut impacter l'approche clinique spécifique IPA. Les entretiens au départ d'une durée de 45 mn en moyenne, sont réduits à 30 minutes et parfois moins.

« je suis vite coincé par ceux qui suivent derrière et donc cela influe sur le rythme de l'entretien » « on n'a pas forcément le temps, je ne peux pas avoir 30 minutes par consultation, généralement 15 à 20 minutes »

5/ DISCUSSION

5.1) Discussion des résultats

Par ce travail de recherche je souhaitais étudier les enjeux de la prescription médicamenteuse dans le rapport au patient lors d'un entretien IPA. Je souhaitais aussi mettre en lumière les éventuels changements en lien avec l'apparition de la prescription dans le champ de la relation. Les résultats mettent en évidence plusieurs thèmes, le regroupement de ces thèmes amènent à trois catégories.

La première concerne le profil professionnel de l'IPA avec l'autonomie et la responsabilité. Arrive ensuite l'approche holistique de l'IPA avec l'approche infirmière identifiée dans les concepts cités dans l'introduction. Enfin, la collaboration médicale et le protocole d'organisation, éléments catalyseurs du projet de soin du patient.

5.2) Profil de l'IPA-PSM : Autonomie et Responsabilité

L'IPA est un infirmier qui a souhaité améliorer ses compétences dans un domaine qu'il maîtrise déjà depuis plusieurs années. L'exercice infirmier en psychiatrie et plus particulièrement en

CMP comme c'est le cas de la plupart des IPA de cette étude, permet déjà au professionnel une forme d'exercice de la pratique avancée infirmière. L'infirmier de CMP a déjà une certaine autonomie et travaille en collaboration avec d'autres partenaires du soin dont le psychiatre et participe au parcours de soin. Le master IPA apporte une reconnaissance des compétences en pratique avancée. L'exercice IPA-PSM répond à une volonté de se maintenir dans le domaine clinique et dans la relation de soin, tout en validant d'autres compétences telles que les compétences cliniques et pharmacologiques. (14) .

L'autonomie est le principal qualificatif de l'IPA qui ressort de cette étude et c'est aussi une des principales représentations des infirmiers qui s'orientent vers la formation IPA. L'accès à la prescription médicamenteuse favorise l'autonomie dans la pratique IPA. (15)

La majorité des IPA de cette étude sont satisfaits de la situation actuelle qui limite pourtant leur champ de compétences (décret n°2018-629 du 18 juillet 2018) en ce qui concerne la prescription médicamenteuse. Ils ne souhaitent pas accéder à la primo-prescription qui les rendraient encore plus autonomes mais élargirait aussi les responsabilités associées à cette prescription. Ils ne se sentent pas encore suffisamment légitimes et prescrivent prudemment en évaluant leurs connaissances comme limitées en ce qui concerne la pharmacologie. On donc peut se questionner sur la formation initiale, est-elle suffisante ? Un complément de formation en pharmacologie en lien avec la biologie médicale ajouterait certainement une plus-value et améliorerait les connaissances spécifiques à chaque mention.

D'autant plus que la situation peut évoluer dans les mois à venir comme le prévoit la loi Rist promulguée le 19 mai 2023 en introduisant un accès direct aux IPA. (16)

Dans les concepts de soins infirmiers, l'autonomie peut se définir selon trois axes :

1. La présence d'autrui, l'interdépendance
2. La présence de la loi, l'autonomie de l'individu relie le respect de la loi et la liberté
3. La conscience de soi, la responsabilité

Il ne peut y avoir d'autonomie sans responsabilité. Une personne autonome est toujours en relation avec d'autres acteurs dont d'une certaine façon elle dépend. (17)

Les IPA interviewés collaborent tous avec le psychiatre au travers du protocole d'organisation, le lien IPA-psychiatre apparaît comme rassurant et nécessaire pour ce nouveau métier en devenir. L'évolution de la loi semble plus répondre à un besoin de société plutôt qu'à une demande des professionnels qui interviennent actuellement en psychiatrie.

Dans cette étude, les files actives des IPA en postes sont variables en fonction du lieu d'exercice et certainement lié au contexte géographique et à la démographie médicale.

Cependant, on peut noter que presque toutes les personnes suivies par un IPA bénéficient d'une reconduction ou d'une adaptation de leur traitement psychotrope. La prescription IPA est un élément qui s'inscrit dans la relation de soin et qui peut induire un biais comme le confirment la moitié des IPA interviewés dans cette étude.

La prescription IPA peut répondre à un besoin du patient, elle garde le plus souvent une connotation médicale, on retrouve l'appellation « docteur », souvent adressée aux IPA malgré qu'ils aient précisé leur fonction. La prescription infirmière et la profession d'IPA sont encore trop peu connues pour que le changement des représentations s'opère maintenant.

En 1999, D. Blondeau, professeur en sciences infirmières de l'université canadienne de Laval, écrivait « Si l'on pouvait dépoussiérer cette image stéréotypée de l'infirmière au chevet, de l'infirmière à la piquûre, pour que les gens se rendent enfin compte que l'infirmière d'aujourd'hui possède une autonomie professionnelle, qu'elle est capable de porter un jugement clinique, que l'aspect communautaire du virage ambulatoire vient changer sa pratique, qu'il y a, au-delà de son art, toute une dimension de réflexion et de science ! »

(18)

5.3) Approche holistique de l'IPA-PSM

L'IPA dans son approche et sa conception du soin a gardé une identité infirmière et presque tous la mettent en avant. Cette identité infirmière est citée systématiquement par tous les IPA interviewés. On peut remarquer que c'est le terme « entretien » qui est le plus utilisé par les IPA plutôt que le mot « consultation » qui a plus une connotation médicale. Comme nous sommes aux prémices de la profession IPA, cette « identité infirmière » est certainement nécessaire et reste un repère identitaire qui va certainement évoluer au fur et à mesure de l'implantation de la profession IPA. Le changement des représentations des usagers pourra aussi certainement contribuer à cette évolution.

Dans cette étude, on retrouve l'« identité infirmière » dans le thème de l'approche clinique et dans le thème de la relation de soin. On peut remarquer que dans la relation de soin, l'IPA facilite son approche centrée sur la personne par un lien de confiance. Ce lien se crée en

premier lieu par une présentation de l'IPA et de son rôle. On trouve les notions d'accompagnement, d'approche globale avec les familles et de symétrie dans la relation. Par cette approche symétrique les échanges sont facilités entre l'IPA et la personne soignée.

On retrouve cette même approche aussi en ce qui concerne la prescription où il est question d'écoute du patient et de décision partagée. Le rôle de prescription s'inscrit dans l'approche clinique IPA et est associé aux concepts d'autonomie et de responsabilité.

L'observation du patient, l'examen clinique et la recherche des effets et la surveillance des traitements médicamenteux apportent une plus-value à l'approche globale de l'IPA qui vient s'ajouter aux bases relationnelles acquises pendant l'exercice infirmier antérieur. En utilisant la prescription médicamenteuse, l'IPA dispose d'un outil supplémentaire pour mettre en place un plan de soin personnalisé.

L'IPA a développé des compétences sur le plan clinique et sémiologique, il est capable de donner des conclusions cliniques à des situations complexes. Il a développé une expertise clinique et une vision plus globale faisant les liens entre l'atteinte somatique et psychiatrique. La personne est prise en charge dans sa globalité et son environnement est pris en compte. On peut parler de vision holistique ou d'holisme.

Ces éléments nous permettent de faire le lien avec les concepts suivants :

La relation d'aide thérapeutique (Rogers) dont les grands principes sont : l'empathie, la considération positive inconditionnelle, le degré de congruence (authenticité) et le degré de concordance dans l'intensité affective de la relation du thérapeute avec les paroles du patient (non jugement). (19) (20)

On retrouve chez H. PEPLAU différentes phases dans la relation interpersonnelle qui montrent comment chaque personne réagit face à la maladie et comment la relation interpersonnelle s'établit et évolue : l'orientation, l'identification, l'exploitation la résolution. PEPLAU définit la personne comme étant un être bio-psycho-socio spirituel qui est en développement constant. La relation se fait par l'interaction entre deux personnes ayant un but commun, ce qui implique le respect, croissance et apprentissage mutuels. L'utilisation thérapeutique de ses connaissances amène l'infirmière à pratiquer l'art infirmier qui devient une force de développement pour les deux partenaires. Elle décrit six rôles majeurs dans la pratique

infirmière (personne étrangère, personne ressource, rôle de leader, rôle de substitut, rôle de conseillère et rôle éducatif) (11)

L'éducation thérapeutique permet aussi une relation interpersonnelle et est un élément essentiel dans l'approche thérapeutique dans le domaine psychiatrique et en santé mentale.

L'éducation thérapeutique concerne les actions d'éducation liées au traitement curatif ou à la prévention des risques ou des complications d'une pathologie. L'éducation thérapeutique se base sur le respect des choix de la personne, sa compréhension, son accompagnement pour l'aider à faire ses propres choix. Elle favorise l'évolution de la relation soignant-soigné vers une relation de collaboration voire de partenariat. (21)

Dans une étude anglaise sur la prescription IPA en psychiatrie, les résultats suggèrent que la relation infirmière –patient a été améliorée et que des soins plus holistiques ont été fournis.

L'étude montre que les « clients » ont plus de facilités à parler de leur traitement avec les infirmières et qu'une approche spécifique et une diminution voire une non-prescription ont émergées. (22)

Même si la plupart des IPA ont des difficultés pour conceptualiser leur approche du soin, on retrouve dans leurs descriptions les bases solides des étapes décrites ci-dessus telle que la relation d'aide, l'interaction, et l'éducation thérapeutique. Dans son approche de la prescription médicamenteuse, l'IPA peut développer plusieurs de ses compétences dont l'éducation thérapeutique et la psychoéducation. (23)

Si la prise en charge IPA nécessite un temps d'entretien plus long, c'est parce qu'elle est basée sur une prise en charge globale tant sur le plan somatique que psychique. L'éducation thérapeutique est plus développée chez l'IPA qui a plus de connaissances pharmacologiques et par l'évaluation systématique de l'observance et des effets des traitements dont il a en charge la prescription. Aussi l'IPA par son suivi rapproché peut faciliter la diminution de certaines thérapeutiques comme par exemples les benzodiazépines et accompagner certaines thérapeutiques à risques. Les IPA peuvent proposer d'autres approches non médicamenteuses comme les thérapies cognitivo-comportementales. L'IPA a aussi d'autres outils lui permettant d'assurer la surveillance des effets et l'efficacité des traitements comme les prescriptions de bilans biologiques et d'examen complémentaires. Certains IPA mettent en avant un besoin de compléter leurs connaissances sur ces autres prescriptions. On pourrait

imaginer renforcer la formation des étudiants IPA. En première année, il serait peut-être intéressant de cibler les connaissances essentielles aux IPA concernant la prescription, les examens biologiques et l'électrocardiogramme (ECG). L'apport par les pairs serait une option à développer et fait écho à la collaboration IPA.

La prescription qui prend finalement peu de place dans l'entretien, dix minutes en moyenne, n'est donc pas l'élément essentiel de la relation de soin. Pourtant pour presque tous les entretiens se terminent par une prescription IPA et la délivrance d'une ordonnance. L'IPA par la prescription répond certainement à un besoin ou un manque.

5.4) Collaboration IPA-Psychiatre

On retient aussi que la collaboration avec le psychiatre est fondamentale, on assiste à une relation tripartite, même si le psychiatre n'est pas présent physiquement, il l'est symboliquement puisque l'IPA le nomme comme référent médical au patient. Le patient est informé que l'IPA garde des contacts réguliers avec le psychiatre et qu'il peut s'y référer si besoin. Le protocole d'organisation est systématique et précise les limites de la prise en charge IPA, les conditions de retours vers le psychiatre et peut préciser les modalités des échanges d'informations entre le médecin et l'IPA.

La relation de confiance IPA-PSYCHIATRE favorise la relation de soin et l'alliance thérapeutique du patient. D'où l'importance des entretiens de relais en amont du suivi IPA qui malheureusement tendent à diminuer dans certains CMP en lien avec le manque de temps et l'augmentation des files actives. (24)

Dans cette étude, certains IPA mettent l'accent sur la durée des entretiens qui tend à diminuer depuis leur prise de poste. Le secteur géographique et la densité médicale (déserts médicaux) sont peut-être des facteurs favorisant d'où l'augmentation de la demande de soin et par conséquent celle des files actives des IPA.

Le contenu du protocole d'organisation qui précise les modalités de suivi de l'IPA et la collaboration avec le psychiatre peuvent aussi conduire à cette diminution du temps d'entretien si l'IPA ne met pas en avant les compétences qu'il souhaite développer dans son activité. Le soutien et la coopération des Directions des Soins des établissements sanitaires et

médico-sociaux pourraient aussi intervenir en faveur de l'IPA afin de développer ses compétences de recherche en sciences infirmières par exemple.

On pourrait d'ailleurs s'intéresser à l'élaboration du protocole d'organisation. La loi Rist, promulguée le 19 mai 2023 abroge cette obligation. Faut-il pour autant faire disparaître les protocoles d'organisation qui conceptualisent et posent les bases de la collaboration IPA-Psychiatre et qui permettent à l'ensemble des trois parties (Patient-IPA-Psychiatre) de travailler en partenariat ?

L'orientation professionnelle et la conception du soin propre à chaque IPA peut aussi être un facteur influençant, certains IPA auront plus une affinité pour la consultation, la prescription, alors que d'autres iront développer d'autres compétences dans des missions plus transversales.

L'IPA ne risque-t-il pas en s'appuyant uniquement sur le versant médical, de répondre juste à une demande de renouvellement et d'adaptation de traitements et de perdre son identité et sa plus-value avec toutes les compétences développées pendant le master ?

5.5) Les limites de l'étude

- Biais liés à la méthodologie

Le choix des entretiens téléphoniques était un choix pratique mais il a certainement limité l'échange et le non verbal a peu été pris en compte. La visioconférence aurait peut-être apporté d'autres éléments à l'étude.

Toute conclusion tirée de cette étude doit être prudente car le fait d'avoir limiter à une seule région peut influencer les résultats. Il serait intéressant d'effectuer une étude de plus grande envergure et de l'étendre à d'autres mentions.

- Points faibles

Je n'ai pas tenu compte de l'antériorité du lien IPA-Psychiatre et IPA-Patient, le fait que l'IPA ait travaillé avant comme infirmier sur le même lieu induit une relation différente, probablement facilitée. Le transfert, contre-transfert est aussi un élément dont il faut tenir compte mais qui est difficilement évaluable dans ce contexte de recherche.

- Points forts

L'échantillon limité a permis d'arriver à saturation des données. Il est représentatif dans le sens où je souhaitais des IPA-PSM prescripteurs. J'aurais cependant pu ouvrir aux IPA-PSM qui ne pratiquent pas la prescription médicamenteuse pour questionner leurs représentations. Les résultats semblent suffisants pour renseigner le lecteur sur l'état des lieux actuels des IPA-PSM et de la place donnée à la prescription dans la relation de soin.

Il serait intéressant de répéter cette étude à distance avec une temporalité différente permettant l'étude d'une expérience professionnelle plus longue de la prescription IPA.

6/ CONCLUSION

L'objectif de cette étude était d'explorer l'impact de la prescription IPA dans la relation de soin. Les résultats montrent l'inclusion de la prescription dans l'entretien IPA.

Les IPA-PSM ont gardé leur identité infirmière dans leur approche et la relation de soin n'est pas modifiée. Elle est même enrichie de nouvelles compétences acquises pendant la formation.

La prescription IPA a le potentiel d'améliorer les soins aux patients. Elle permet une approche globale sur le plan somatique et psychique. Le patient est pris en compte de manière holistique et la prescription et l'éducation thérapeutique sont incluses dans cette approche. C'est par ses compétences développées et ses connaissances cliniques que l'IPA améliore la relation de soin en partenariat avec le patient en favorisant une relation de confiance.

Les entretiens ont mis en lumière des concepts communs aux IPA tels que l'autonomie, l'interaction dans la relation soignant-soigné et la collaboration médicale.

La collaboration IPA-Psychiatre est un élément indispensable et peut se faire sous forme de mentorat via le protocole d'organisation afin de favoriser l'implantation du nouveau professionnel. Les échanges formalisés entre professionnels IPA permettraient aussi de consolider et d'améliorer les connaissances et d'asseoir la profession IPA tout comme la recherche. L'augmentation des files actives montre l'impact positif de l'activité IPA, il faut cependant rester vigilant et conserver l'exercice de toutes les compétences et pas seulement la pratique clinique pour garder la spécificité de l'IPA français.

A chaque IPA de trouver son identité professionnelle et de la préserver dans ce contexte social et politique en mouvance.

L'IPA n'est-il pas le mieux placé pour ouvrir une nouvelle culture de la prescription ?

7/ BIBLIOGRAPHIE

1 « Article 119 - LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé Légifrance ». https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/JORFARTI000031913702/.

2 UNIPA, Communication. « État des lieux IPA et IEPA 2022 ». *UNIPA* (blog), 1 avril 2022. <https://unipa.fr/etat-lieux-ipa-et-iepa/>.

3 Margat, Aurore, Christophe Debout, Alain Mercier, et Frédéric Chevallier. « Le nouveau diplôme d'État infirmier en pratique avancée mention Psychiatrie et santé mentale. Proposition pédagogique du partenariat de l'Université Sorbonne Paris Nord et de l'Institut de formation interhospitalier Théodore Simon ». *L'information psychiatrique* 96, n° 7 (2020): 545-52. https://www.google.fr/url?esrc=s&q=&rct=j&sa=U&url=https://www.cairn.info/load_pdf.php%3FID_ARTICLE%3DINPSY_9607_0545%26download%3D1&ved=2ahUKewjzsrfrn73_AhVvWqQEhStdBScQFnoECAEQAg&usg=AOvVaw0xhaBdhNhVN9RK0jksL8NH

4 Chassagnoux, Anne, Oriane Corbelli, Sébastien Couarraze Gaye, Pierre-Yves, et Kamel Abbadi. *Infirmier en pratique avancée: mention psychiatrie et santé mentale*, 2022. Page 13 (Livre) ISBN 9782216161614

5 Debout, Christophe. « L'infirmière et la prescription, quelle situation internationale ? » *Soins* 61, n° 809 (octobre 2016): 34-39. <https://doi.org/10.1016/j.soin.2016.08.006>.

6 Ross, J. D., A. Clarke, et A. M. Kettles. « Mental Health Nurse Prescribing: Using a Constructivist Approach to Investigate the Nurse–Patient Relationship ». *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 21, n° 1 (2014): 1-10. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23413877/>

7 Vega, Anne. « Démocratie sanitaire et enjeux de société autour des médicaments ». *Soins* 784 (2014): 31-33. <https://www.em-premium.com/article/doi/10.1016/j.soin.2014.02.003>

8 Bioy, Antoine. « Carl Rogers “Les caractéristiques des relations d'aide” (1966), in Le développement de la personne, InterEditions, 2005, 27-43 ». In *40 commentaires de textes en psychologie clinique*, 145-53. Psycho Sup. Paris: Dunod, 2014. <https://doi.org/10.3917/dunod.chagn.2014.02.0145>

9 Pepin, Jacinthe, Francine Ducharme, et S. Kérouac. *La pensée infirmière*. 4e édition. Montréal, Québec: Chenelière éducation, 2017.(page 43) (Livre) ISBN : 9782765051749

10 Molière, Françoise. « Aide (relation d') ». In *Les concepts en sciences infirmières*, 61-64. Hors collection. Toulouse: Association de Recherche en Soins Infirmiers, 2012. <https://doi.org/10.3917/arsiforma.2012.01.0061>

11 Peplau, Hildegard E., Anne Pietrasik, et Hélène Lazure. *Les relations interpersonnelles en soins infirmiers*. Paris: InterEditions, 1995. (Livre)

<https://www.sudoc.fr/003767825>

12 Zaccai-Reyners, Nathalie. « Respect, réciprocité et relations asymétriques. Quelques figures de la relation de soin ». *Esprit* Janvier, n° 1 (2006): 95-108. <https://doi.org/10.3917/espri.0601.0095>.

13 Dedeystère, C, Michael Saraga, et Friedrich Stiefel. « Psychotropic drug prescription in general practice ». *Revue médicale suisse* 8 (15 février 2012): 355-58, 360. https://www.revmed.ch/view/502970/4136821/RMS_idPAS_D_ISBN_pu2012-06s_sa03_art03.pdf

- 14 Perrin-Niquet, Annick. « De l'infirmier de secteur psychiatrique à l'infirmier de pratique avancée en santé mentale et psychiatrie ». *L'information psychiatrique* 96, n° 7 (5 octobre 2020): 511-17. <https://doi.org/10.1684/ipe.2020.2142>
- 15 Silva, Roxane Borgès Da. « Évaluation de l'implantation de la prescription infirmière au Québec » in *Perspective infirmière* Vol 14, N°5, Novembre-Décembre (53-58) (2017).
<https://www.oiiq.org/fr/implantation-de-la-prescription-infirmiere-au-quebec-evaluation>
- 16 Loi Rist vie-publique.fr. « Proposition de loi portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé ». Consulté le 14 mai 2023. <http://www.vie-publique.fr/loi/288203-acces-aux-soins-proposition-de-loi-rist>.
- 17 Concept d'autonomie Formarier, Monique, et Ljiljana Jovic. *Les concepts en sciences infirmières*. 2e éd. Lyon: Éd. Mallet conseil, 2012. 87-89 <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134.htm>
- 18 Warchol, Nathalie. « La consultation infirmière : un pas vers l'autonomie professionnelle ». *Recherche en soins infirmiers* 91, n° 4 (2007): 76-96. <https://doi.org/10.3917/rsi.091.0076>.
- 19 Alves Tassinari, Marcia. « La dimension politique des relations d'aide : la contribution de Carl Rogers ». *Nouvelle revue de psychosociologie* 6, n° 2 (2008): 229-44. <https://doi.org/10.3917/nrp.006.0229>.
- 20 Site : Infirmiers.com. « Cours – Tout savoir sur « la relation d'aide » ». <https://www.infirmiers.com/etudiants/cours-et-tests/cours-tout-savoir-sur-la-relation-daide>.
- 21 Lecordier, Didier, et Martine Pegon. « Éducation thérapeutique du patient ». In *Les concepts en sciences infirmières*, 162-64. Hors collection. Toulouse: Association de Recherche en Soins Infirmiers, 2012. <https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0162>.
- 22 Ross, J. D. « Mental Health Nurse Prescribing: The Emerging Impact ». *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 22, n° 7 (septembre 2015): 529-42. <https://doi.org/10.1111/jpm.12207>
- 23 Psycom : Brochure Psychoéducation et éducation thérapeutique <https://www.psycom.org/wp-content/uploads/2020/10/Psychoeducation-2021.pdf>
- 24 « Retour d'expérience sur la prise en charge par une IPA : paroles... » <https://www.edimark.fr/revue-pratique-avancee/retour-experience-sur-prise-charge-par-ipa-paroles-patients>.

8/ ANNEXES

ANNEXE 1

Grille d'entretien

Thème	Question principale	Questions de relance	Objectifs
Parcours professionnel	Pouvez-vous me décrire votre parcours professionnel depuis votre diplôme infirmier ?	Pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel ? En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'infirmier ? Pourquoi avez-vous choisi (ou pas) de travailler en psychiatrie ? Dans quelle structure exercer-vous actuellement ? Quelles sont les principales formations dont vous avez bénéficié jusqu'à aujourd'hui ?	Cibler le cheminement professionnel et le profil professionnel Connaître les connaissances spécifiques, les compétences développées l'orientation du soin de cette personne
Formation IPA	Qu'est-ce qui a motivé votre choix pour la profession IPA ?	Pourquoi devenir IPA ?	Connaître les motivations du changement de profession, les représentations
Relation de soin	J'aimerais que vous me parliez de l'approche clinique spécifique IPA dans votre pratique quotidienne au cours des entretiens	En quoi la formation IPA a-t-elle modifié votre approche clinique et votre raisonnement clinique ? Pensez-vous que les sciences infirmières influencent votre travail d'IPA ? Sur quels concepts s'appuie principalement votre approche en ce qui concerne la relation de soin ?	Aborder les concepts infirmiers En cibler quelques-uns

	<p>Pouvez-vous me parler de votre positionnement IPA dans la relation de soin ?</p>	<p>Que pouvez-vous dire encore à ce sur ce thème ?</p> <p>Pensez-vous que le positionnement de l'IPA est différent de celui de l'IDE ? Pourquoi ? Qu'est-ce qui change ?</p> <p>Comment favorisez-vous l'expression des sentiments/émotions au cours des entretiens ?</p>	<p>Aborder la prescription IPA</p> <p>Aborder la symétrie</p> <p>Obtenir des éléments sur les techniques/compétences mobilisées dans la relation de soin</p>
<p>Prescription médicamenteuse</p>	<p>Comment pratiquez-vous la reconduction et l'adaptation médicamenteuse dans votre activité IPA ?</p>	<p>Avez-vous signé un protocole de coopération avec un médecin ? Le patient est-il informé du suivi IPA ? A quel rythme se fait ce suivi ? Est-il programmé, planifié à l'avance ? Comment est abordée la prescription médicamenteuse ? Quelles explications concernant le traitement sont données au patient, à ses proches ? Est-ce que et comment les attentes du patient sont prises en comptes ? La reconduction du traitement est-elle décidée avec le patient ? La prescription/reconduction est-elle abordée à chaque entretien ?</p>	<p>Préciser l'utilisation de « l'outil » prescription médicamenteuse dans la relation de soin</p> <p>Montrer la plus-value IPA</p>

		<p>Y-a-t-il une ordonnance à la fin de chaque rendez-vous ?</p> <p>Quel est le temps imparti à la prescription médicamenteuse dans l'entretien ?</p>	
<p>Retours/ prescription médicamenteuse</p>	<p>Comment pourriez-vous définir votre rôle IPA dans la reconduction/adaptation des traitements médicamenteux</p>	<p>Quels sont les retours des patients ?</p> <p>Et avez-vous des échanges avec les familles/aidants ?</p> <p>Quels sont leurs retours ?</p> <p>Faites-vous d'autres types de prescription en dehors des médicaments ?</p> <p>Selon vous quelle est la plus-value d'un entretien IPA en ce qui concerne le traitement médicamenteux ?</p> <p>Quels sont les difficultés éventuelles rencontrées ?</p> <p>Comment palier ou éviter ces difficultés ?</p>	<p>Préciser comment se positionne l'IPA dans son rôle de prescripteur et comment il se l'approprie</p> <p>+ le ressenti de l'IPA</p>

ANNEXE 2

Exemple de tableau des verbatim/codes/thèmes/catégories

	<p>Parcours professionnel</p>	<p>Date diplôme DE=> ancienneté : 18 ans Expérience professionnelle Dernier poste occupé Date master IPA</p> <p>Choix de carrière psy</p> <p>Poste actuel sur 3 CMP</p> <p>-----</p>	<p>diplômée depuis 2002 j'ai exercé un an et demi en psychiatrie ensuite j'ai exercé 4 ans en soins généraux, je suis arrivé sur le chs en 2007 donc en psychiatrie adulte, j'ai surtout fait du service fermé jusqu'en 2013 et en suite en ambulatoire jusqu'en 2018 où j'ai intégré la formation ipa.</p> <p>Très rapidement en fait le choix de la psychiatrie s'est imposé, j'ai signé un contrat J'ai exercé 1,5 an en psy adulte, c'était déjà un choix de carrière, j'étais jeune, pour la psychiatrie, ça m'avait mis en difficulté et je voulais consolider mon savoir-faire en soins généraux, ensuite j'ai exercé en soins généraux pendant 4 ans (périnatalité) Et depuis le diplôme ipa en 2021 j'exerce au cmp de, un cmp intersectoriel adulte et depuis novembre 22 au CMP de ? et au au CMP de ? à hauteur de 10 % hebdomadaire</p> <p>-----</p>
	<p>Parcours de formation antérieure à IPA</p>	<p>Nombre de formations Thèmes des formations générales Formations spécifiques/relation de soin</p>	<p>J'en ai fait effectivement beaucoup, orienté autour de la médiation, pathologie mentales et maternité, obligation de soin et prise en charge des délinquants sexuels, des formations assez classiques comme psychopathologie, syndrome de Diogène, consolidation des savoirs</p>

Changement de paradigme	Approche infirmière Compétences cliniques améliorées	Compétences développées ETP	Avec un travail au niveau sémio plus pointu, je caractérise ces choses-là Dans un 2 ^{ème} temps mon entretien est plutôt orienté autour du traitement, effets indésirables, promouvoir une bonne alimentation, promouvoir une activité physique Cette 2 ^{ème} partie existait peu auparavant On pouvait pas y faire grand-chose, ni adaptation ni rien, un peu coincé Mon regard ipa a changé de par l'analyse sémiologique, on est plus pointu, caractérisation du délire, recherche de symptômes spécifiques Avant je ne cherchais pas beaucoup plus loin
	Développement de nouvelles compétences	Sentiment de plus d'autonomie	
(Ecoles des pattern) Rogers	Autonomie	Recherche de réponses, envie de comprendre	
	Approfondissement des connaissances	Absence d'influence des sciences infirmières	
	Envie, besoin de développer ses connaissances	Raisonnement trifocal Raisonnement clinique adapté à une population spécifique Concepts	« pour de vrai ? » (rises) J'ai pas le sentiment que cela influence mon travail en tant qu'ipa Ce qui m'influence le plus c'est les cours de première année, le raisonnement trifocal, réfléchir à une généralisation sur un groupe de population, on a travaillé l'insight, l'adhésion médicamenteuse, l'adhésion au traitement c'était sur la prise en charge des troubles bipolaires chez la patiente en âge de procréer
Plus-value des sciences infirmières	Apport des sciences infirmières dans la pratique IPA	Environnement favorisant la relation de soin, adaptable	
		Diminution de l'asymétrie Approche infirmière Présentation du rôle IPA	D'un point de vue très physique, être à la hauteur du patient Différents espaces dans le bureau, table d'examen, bureau, salon,

(Péplau) interaction	La relation de soin IPA Entretien Infirmier = bases de communication	Absence de spécificité IPA dans la relation de soin Environnement favorisant la verbalisation	fauteuils en fonction de comment s'oriente l'entretien Relation d'égal à égal Je précise toujours que je suis infirmière, de culture infirmière et que je ne suis pas psychiatre, j'explique mon parcours, 2 ans de formation, par rapport à la prescription bien évidemment Je suis là pour les accompagner à la fois dans les difficultés de vie et pour décrypter avec eux les difficultés autour de la pathologie, expliciter le traitement Des questions comme on les a toujours posées
	Collaboration professionnelle + familiale	Lien avec les familles	Je partage un café quand c'est vraiment compliqué, on est vraiment sur un partage, créer un espace plus propice à l'expression des affects
	éthique		
	Environnement familial	Accord du patient	
	Législation	Protocole organisation systématique variable en fonction du psychiatre	J'ai un rôle à jouer par rapport à la famille, c'est quelque chose que je fais régulièrement C'est une proposition qui est faite, ils s'en saisissent ou pas J'associe partiellement les proches et les familles, à la demande du patient, s'il le souhaite, je laisse le patient libre de choisir, pas systématique, des personnes ont besoin de cet étayage familial En 2 temps, en présence du patient
Information et accord du patient	Partage du suivi entretien de relais psy/ipa les modalités du suivi	Variable en fonction du psychiatre, au niveau du renouvellement de l'adaptation je fais pas la même chose avec tous les psychiatres	

Prise en charge globale	Organisation du suivi	Planification des entretiens sauf cas urgents	<p>Une fois sur deux ou une fois sur cinq</p> <p>Retour sur le psychiatre uniquement quand souci avec la prescription</p> <p>Dans tous les cas un protocole d'organisation signé</p> <p>Patients informés des suivis ipa en entretien par le psychiatre ipa de moins en moins présent à ces entretiens (on est débordé, c'est pas possible)</p>
	Contenu de l'entretien IPA	<p>Evaluation clinique</p> <p>Lecture des bilans biologiques</p> <p>Prescription médicamenteuse</p> <p>Evaluation des effets indésirables en priorité</p>	<p>je reçois le patient la première fois je lui précise le cadre réglementaire, que le psy reste leur médecin et qu'il aura aussi des consultations avec moi je demande leur accord, on ne fait pas signé de document en ce sens, je le note dans mes observations, consentement oral du patient.</p> <p>Tous mes entretiens sont planifiés 1 à 2 fois /semaine je vois un patient en urgence, c'est quelque chose d'assez régulier, ce sont des patients que je connais que je vois en urgence</p>
	Décision partagée	Décision partagée	<p>Dans la 1^{ère} partie de l'entretien, j'observe l'efficacité du traitement, je demande au patient comment lui se sent, le sommeil, l'appétit, le transit, les effets indésirables</p> <p>Je m'adapte en fonction, s'il y a eu un bilan bio avec un dosage médicamenteux, prises des constantes</p> <p>Ça arrive en fin d'entretien mais j'interroge les effets indésirables avant même de penser l'ordonnance</p>
		<p>Anticipation du renouvellement/adaptation de l'ordonnance</p> <p>Prescription médicamenteuse quasi-systématique</p> <p>Education thérapeutique Psychoéducation</p>	

	<p>Les autres outils</p> <p>Part de la prescription dans un entretien</p> <p>-----</p> <p>Plue-value de l'entretien IPA</p> <p>Individualiser le soin</p> <p>Difficultés rencontrées</p>	<p>Approche non médicamenteuse</p> <p>Autres outils</p> <p>Autres prescriptions</p> <p>Temps dédié à la prescription</p> <p>-----</p> <p>peu d'interruptions de suivi ipa</p> <p>Echanges, explications qui favorisent l'alliance</p> <p>Relation plus symétrique facilitatrice</p> <p>Temps d'entretien plus long</p> <p>Rdv plus rapprochés</p> <p>Entretien centré sur les diminutions des effets secondaires et le rétablissement des besoins perturbés</p> <p>Le suivi rapproché permet les swich</p>	<p>Je décide avec le patient, l'adaptation, la reconduction, en lui laissant une marge de manœuvre si il y a un protocole de sevrage, en fin voilà qu'il ne se sente pas au dépourvu</p> <p>Planification du nouveau rdv en fonction du renouvellement de l'ordonnance</p> <p>S'est abordé systématiquement parce qu'en fait je vois quasiment que des patients où je renouvelle l'ordonnance</p> <p>Expliquer le fonctionnement des traitements, en expliquant la symptomatologie</p> <p>Proposer d'autres outils non médicamenteux (cohérence cardiaque)</p> <p>Cattp, suivi psycho, suivi infirmier cmp, soins infirmiers libéraux, biologies</p> <p>10 minutes sur ¼ d'heure</p> <p>-----</p> <p>J'ai que 2 patients qui ont souhaité arrêter sur 190</p> <p>Retours plutôt positifs car les choses sont expliquées, je crois que cela fait la différence</p> <p>Du temps qui est offert et la possibilité d'exprimer des choses qu'ils n'avaient pas l'occasion ou la distance thérapeutique avec le psychiatre est plus impressionnante qu'avec l'infirmière et être gênant pour eux, et du coup se confie plus facilement sur certains types</p>
--	--	--	---

		<p>Eviter les hospitalisations</p> <p>Répondre à la demande du patient</p> <p>-----</p> <p>Spécificités des examens biologiques, ECG pour les personnes qui ont un traitement psychotrope</p>	<p>d'hallucination ou effets secondaires</p> <p>Il faut quand même une relation de confiance pour pouvoir en parler</p> <p>1 -Le temps</p> <p>2- L'entretien ipa : je pense qu'on est plus vigilant à essayer de diminuer au maximum les effets secondaires, quitte à diminuer la posologie</p> <p>Je pense que c'est notre gros avantage, le temps et puis cette relation de confiance qui est forcément différente si on voit un patient tous les deux mois ou tous les mois que quand il voyait le psychiatre deux fois par an pendant 15 mn</p> <p>La prise en charge ipa sur un cmp permet un switch haldol per os-clozapine , sans suivi ipa c'était forcément une hospitalisation et ça c'est vraiment au bénéfice du patient parce qu'il refusait une hospitalisation</p> <p>Plus-value ipa sur le suivi des pathologies chroniques</p> <p>-----</p> <p>C'est par rapport aux bilans bio, ECG, un manque de pratique avec des personnes qui ne serait pas psychiatres. C'est pas forcément quelque chose que tu aborde pendant tes 4 mois de stage</p> <p>En première année tu le vois pas forcément par rapport à quelqu'un qui serait sous lithium</p>
--	--	---	--

ANNEXE 3

Tableau de codage

CONCEPT	CATEGORIES	THEMES	CODES	1	2	3	4	5	6	7	8	
AUTONOMIE	PROFIL DU PROFESSIONNEL	MOTIVATIONS	Améliorer ses compétences	X		X	X		X	X		
			Rester dans la relation de soin	X		X	X				X	
			Être autonome	X				X			X	X
			Avoir des responsabilités	X								
			Réponse à la politique de l'établissement		X		X					X
			Lassitude du métier			X	X		X			
			Légitimité de la PA						X			X
			Améliorer les soins							X		
			Collaboration médicale									X
			Meilleur salaire									X
			Intérêt pour la recherche									
HOLISME	IPA PRATICIENNE	APPROCHE CLINIQUE IPA	Identité infirmière	X	X			X	X			
			Relation de soin identique	X	X				X			
			Compétences cliniques développées	X			X	X	X	X	X	X
			Vision globale somatique + psy		X	X	X	X	X	X	X	X
			Education thérapeutique			X	X	X				
			Rôle de prescripteur		X		X	X	X	X	X	X
			Parcours de soin						X			X
			Temps d'entretien + long	X	X	X				X		
			Approches non médicamenteuses		X	X						
			Utilisation d'échelles d'évaluation			X						
INTERACTION	IPA CLINICIENNE	INFLUENCE DES SI	Difficultés de conceptualisation des SI	X	X	X	X	X	X	X	X	
			Intérêt pour les SI	X				X	X	X	X	
			Compétence à développer	X				X			X	
			Plus-value IPA					X				
			Péplau			X		X		X		
			Orem : autosoin	X								
			Henderson					X				
			Relation d'aide					X		X		
			Sollicitude					X				
			Découverte des SI pendant master					X			X	
			Raisonnement clinique trifocal		X				X			
Insight						X						
RELATION D' AIDE	SYMETRIE / RELATION DE CONFIANCE	RELATION DE SOINS	Identité infirmière	X	X		X	X	X	X	X	
			Relation de soin identique	X	X	X	X	X	X	X	X	
			Accord du patient		X		X	X	X	X	X	
			Présentation de l'IPA	X	X				X	X	X	
			Approche globale (familles)	X	X	X	X	X	X	X	X	
			Accompagnement	X	X	X	X		X			
			Ecoute active			X	X		X	X	X	
			Relation symétrie		X				X		X	
			Biais de la prescription dans la relation	X				X		X	X	

CONCEPT	CATEGORIES	THEMES	CODES	1	2	3	4	5	6	7	8	
	EDUCATION THERAPEUTIQUE	PRESCRIPTION IPA	Autonomie	X	X	X	X	X	X	X	X	
			Responsabilité	X	X	X		X				X
			Ecoute du patient	X	X		X	X			X	X
			Décision partagée	X	X	X	X	X	X	X	X	X
			Education thérapeutique				X	X	X	X	X	X
			Autres prescriptions	X	X	X	X	X	X	X	X	X
			Evaluation systématique du ttt	X	X	X	X	X	X	X	X	X
			Temps entre 5 et 10 mn	X	X	X	X	X	X	X	X	X
			Outil "prescription"		X							X
			File active	63	NE	350	81	61	180	55	NE	
			Pourcentage prescription ipa	60	NE	tous	tous	tous	170	Quasi-tous	Quasi-tous	
Favorable / non primo-prescription	X	X	X		X		X	X	X			
COLLABORATION		COLLABORATION MEDICALE	Protocole d'organisation	X	X	X	X	X	X	X		
			Accord patient oral ou écrit	X	X	X	X	X	X	X		
			1er entretien de relais IPA-psy	X	X			X	X	X	X	
			Collaboration médicale régulière	X	X		X	X	X	X	X	
			Diminution des entretiens relais					X	X		X	
		PLUS VALUE IPA	Retours positifs	X		X		X	X			
			Disponibilité	X	X	X		X	X	X		
			Education thérapeutique		X		X	X				
			Dé prescription (bzd)		X				X		X	
			Eviter les hospitalisation						X	X		
			Temps d'entretien + long	X	X	X			X			
			Recherche des données probantes				X					
			Relation de soin symétrique		X	X			X			
		DIFFICULTES	Manque de coordination ville-hôpital	X	X						X	
			Logiciel informatique	X				X				
			Manque de formation/biologies perturbées/ttt psychotropes			X			X			
			Diminution du temps d'entretien				X				X	

NE : non évalué

