



UNIVERSITÉ DE LILLE  
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2020 / 2022.

MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDES POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
D'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCÉE  
MENTION : Pathologies chroniques stabilisées

**INFIRMIER(E) EN PRATIQUE AVANCÉE : L'IMPLANTATION  
D'UNE NOUVELLE IDENTITÉ PROFESSIONNELLE EN  
SECTEUR HOSPITALIER, CONFRONTÉE AUX  
REPRÉSENTATIONS SOCIALES ET À LA RÉSISTANCE AUX  
CHANGEMENTS DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ**

Sous la direction de Mme KOZLOWSKI Véronique

Présenté et soutenu publiquement le 06 Juillet 2022 à 13H50

au Pôle Formation

**par Emilie VRAND épouse PINCHON**

---

**MEMBRES DU JURY:**

**Président :**

**Monsieur le Professeur FONTAINE Pierre**

**Enseignant infirmier :**

**Madame le Docteur BARGIBANT Catherine**

**Directeur de mémoire :**

**Madame KOZLOWSKI Véronique**



## REMERCIEMENTS

Je profite de cette partie pour remercier sans ordre d'importance toutes les personnes qui, sur le plan professionnel ou personnel, m'ont aidées et soutenues dans la réalisation de ce mémoire et durant ces deux années de formation.

A Mme KOZLOWSKI Véronique, ma directrice de mémoire, pour m'avoir conseillée, aidée et orientée tout au long de mon travail, mais également d'avoir fait preuve de beaucoup de bienveillance à mon égard surtout dans les moments plus difficiles.

A l'équipe pédagogique pour leur encadrement durant ces deux années de formation partagée entre la faculté de médecine et l'ILIS mais aussi pour leurs conseils et leur soutien.

A Mme PLICHON, ma cadre supérieur de santé, qui m'accompagne sans faille dans ce changement professionnel et me fait confiance, mais également toute l'équipe d'encadrement et les médecins prenant partie.

A Mr VANDERMOUTEN Geoffrey, pour cette belle rencontre et les échanges toujours très intéressants ainsi que les conseils de lecture.

A mes collègues de formation, pour ces belles rencontres, ces moments de partage et d'échange toujours constructifs et le plaisir de toujours se retrouver une fois par mois durant ces deux années. Un grand Merci à Valérie et à Rémy pour m'avoir soutenue et poussée toujours plus loin.

A ma collègue Frédérique qui m'a offert de son temps pour m'aider, m'écouter, me soutenir.

A ma famille, à mes amis, qui ont compris que pour avancer il fallait aussi réaliser certains sacrifices. Merci de m'avoir encouragée et suivie dans mon parcours professionnel.

A mes enfants, Noé et Emma, qui ont fait preuve de beaucoup de maturité, de compréhension, de soutien sans jamais se plaindre, ni reprocher.

A Sylvain, mon pilier, un énorme merci pour ta patience et ton soutien indéfectible durant ces deux années. Sans toi, je n'y serais pas arrivée.

**AVERTISSEMENT:** Dans le cadre du développement durable et dans un souci de respect de l'environnement, ce mémoire a été imprimé en recto verso.

## SOMMAIRE

### **INTRODUCTION GÉNÉRALE**

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
CONSTAT/CONTEXTE .....	1
QUESTION DE DÉPART : .....	7
1. PARTIE 1 : CADRE THÉORIQUE.....	7
1.1. LES REPRÉSENTATIONS SOCIALES .....	7
1.2. L'IDENTITÉ PROFESSIONNELLE .....	10
1.3. HISTOIRE DE LA PROFESSION INFIRMIÈRE .....	11
1.4. LA RESISTANCE AUX CHANGEMENTS .....	16
<b>QUESTION DE RECHERCHE.....</b>	<b>19</b>
<b>HYPOTHÈSES .....</b>	<b>19</b>
2. PARTIE 2 : TRAVAIL DE RECHERCHE.....	20
2.1. OBJECTIFS .....	20
2.2. CHOIX DE LA METHODE .....	20
2.3. POPULATION ÉTUDIÉE .....	21
2.4. ÉLABORATION DU GUIDE D'ENTRETIEN .....	22
2.5. COLLECTE DES DONNÉES .....	23
2.6. LES BIAIS .....	24
2.7. RESULTATS ANALYSÉS ET DISCUTÉS .....	25

### **CONCLUSION ET PERSPECTIVES**

### **TABLE DES MATIÈRES**

### **BIBLIOGRAPHIE**

### **GLOSSAIRE**

### **TABLE DES ANNEXES**

## **INTRODUCTION GÉNÉRALE**

En choisissant de réaliser une formation afin d'évoluer professionnellement et également de répondre à mes besoins d'épanouissement professionnel, je ne pensais pas que le chemin pour y parvenir serait confronté à son milieu lui-même.

La pratique avancée est un nouveau métier où l'infirmière avance dans ses pratiques et élargit ses connaissances et ses compétences dans un contexte sanitaire qui doit s'adapter et se repenser pour proposer une qualité de prise en soins optimale. Mais ce nouveau métier est encore peu représenté au sein des professionnels de santé, seulement 935 Infirmier(e)s en Pratique Avancée (IPA) formés et exerçants sur le terrain et 1393 étudiants en formation, selon le recensement de l'Union Nationale des Infirmier(e)s en Pratique Avancée (UNIPA) en 2021, loin des engagements pris lors du Ségur de la santé qui portait l'objectif de 3 000 IPA formés en 2022 et 5 000 d'ici 2024.

Alors que les implantations dans les pays étrangers ont été étudiées et anticipées pour faciliter l'implantation des IPA en France, les premiers retours d'expériences nous parviennent et sont semblables à mon propre vécu.

Je suis rapidement confrontée à la méconnaissance du métier, à l'incompréhension de l'exercice de l'IPA, à des représentations sociales individuelles et collectives qui créent une résistance aux changements et à l'acceptation de cette nouvelle identité professionnelle. En effet, le cadre d'exercice est méconnu et les clichés ou apriori sont nombreux allant de « super-infirmière » à « mini-médecin », cela étant souvent liés aux malentendus des infirmières ou des médecins.

J'ai choisi, pour mon mémoire professionnel de fin d'étude, de travailler sur les représentations et les attentes des professionnels de santé qui vont collaborer avec les IPA au sein d'un établissement de santé en prenant un axe de sciences sociales.

Après avoir exposé le constat et le contexte, de développerai dans une première partie, les concepts de représentations sociales, d'identité professionnelle, de résistance au changement. Je m'intéresserai à la pratique avancée, après avoir revu l'histoire de l'identité de la profession infirmière. C'est grâce à l'appui de plusieurs lectures et d'un questionnaire préliminaire, que j'ai pu centrer davantage mes interrogations et poser cette problématique:

**Quelles sont les représentations et les attentes des professionnels de santé que l'IPA doit prendre en compte lors de son implantation au sein d'un service de centre hospitalier ?**

Pour répondre à cette problématique, je détaillerai ensuite dans une seconde partie, la méthodologie de ce travail de recherche qui correspond à une analyse des pratiques professionnelles. La réalisation d'une analyse qualitative par le biais d'entretiens semi-directifs permettra de valider ou non les deux hypothèses formulés. Nous analyserons les résultats et les discuterons au regard de la littérature pour chacune des hypothèses formulés.

Et comme nous dit André GIDE « *choisir, c'est renoncer* », il a fallu orienter précisément notre travail de recherche et explorer sous un prisme particulier. Nous ouvrirons alors vers de nouvelles perspectives dans notre conclusion.

## INTRODUCTION

### CONSTAT/CONTEXTE

En Août 2020, je reçois la confirmation de mon intégration à la formation d'infirmière en pratique avancée, une première promotion à l'université de Lille. Ce fut pour moi un moment de joie car cela faisait deux ans que j'attendais avec impatience de débiter cette formation. Depuis quelques années, je m'interrogeais sur ma pratique infirmière: la prise en charge que je proposais, les besoins des patients, la place que j'occupais au sein de l'équipe et ce que j'apportais professionnellement à cette équipe.

En effet, cette introspection incluant ma pratique infirmière et les différentes formations effectuées, m'a permis de comprendre que je souhaitais le développement de mes compétences, tout en me recentrant sur une prise en charge globale avec une approche plus holistique. Une approche basée sur les sciences infirmières telles qu'elles sont définies par l'AMIEC<sup>1</sup> : *un corps de connaissances qui a pour objet l'étude des soins infirmiers et l'exercice de la profession infirmier-ère. Une approche holistique-dynamique* décrite par Jean WATSON dans le Caring<sup>2</sup>, où *l'infirmière accepte une personne non seulement telle qu'elle est maintenant, mais aussi telle qu'elle peut devenir. L'infirmière doit être capable d'identifier et d'anticiper les besoins susceptibles de jouer un rôle important dans le processus de santé-maladie.*

Dans un service de soins intensifs, tout va vite et l'urgence prime. Grâce à mon expérience, aux échanges avec les cardiologues, aux lectures et aux recherches, à la participation à divers congrès ou formations, j'apprends beaucoup sur la clinique. Je tente de faire le lien entre ces expériences, mais je sais aussi que je cherche plus, notamment pour progresser et être plus réactive mais aussi pour anticiper et/ou éviter les situations d'urgence ; ces moments de rupture, cet enchaînement de signes, de symptômes menant à une dégradation de l'état de santé. Je porte une attention particulière à chaque signe décrit ou observé lors des soins comme la toilette, les changes, les prises de constantes vitales, etc.. J'apprends de chaque situation, de chaque personne, de mes échanges avec les autres professionnels. Mais je

---

<sup>1</sup> Association des amis de l'école internationale d'enseignement infirmier supérieur: Amiec recherche, MAGNON, R. Et al. Dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière. Paris: Masson. 2005.

<sup>2</sup> LE CARING. Philosophie et science des soins infirmiers—Jean Watson. (s. d.) p109-115.

sens que professionnellement, j'ai besoin d'évoluer, de pouvoir développer de nouvelles compétences avec de nouvelles bases fondées sur l'Evidence-Base-Nursing<sup>3</sup> (EBN) qui fait partie d'un modèle plus large de l'Evidence-Based Practice (EBP) traduite par le centre Cochrane français<sup>4</sup> comme *la pratique de soins fondée sur des preuves*, des connaissances validées par une formation diplômante. La formation d'infirmière en pratique avancée me permettrait d'atteindre ces objectifs.

Cependant, la prise en soins des patients ne se limite pas à une prise en charge clinique et aux soins techniques. J'en ai conscience: je valorise les soins du rôle propre; j'essaie d'anticiper et limiter les soins qui induisent de la douleur; j'informe sur les soins et les examens, parfois même en dessinant sur un tableau blanc; je mets à profit mes connaissances et mes formations pour que les patients soient confortables, qu'ils ne subissent pas toute cette technicité parfois angoissante, douloureuse. En arrivant dans un service de soins intensifs, de nombreux besoins, comme ceux décrits par MASLOW<sup>5</sup> ou Virginia HENDERSON<sup>6</sup>, sont perturbés ou risquent de l'être. Nous tentons dès l'entrée d'avoir une approche globale, d'anticiper ces besoins perturbés et ainsi de mettre en place les actions nécessaires. Tout ceci pour permettre au patient de prendre le chemin de la guérison, ou de retrouver une stabilité dans la maladie chronique et ainsi optimiser le retour à domicile. La mutation du patient dans un service de cardiologie conventionnelle ne me permet pas de suivre toutes les prises en soins. Je sentais que j'avais aussi ce besoin de suivi des personnes soignées d'évaluer l'impact des actions mises en place pour les patients et de comprendre comment le retour dans le milieu de vie s'était passé. Comment s'adapte t-il à cette nouvelle situation de vie? Y a t-il eu des changements au niveau social, professionnel, familial, etc? Comment ont-ils fait face aussi psychologiquement à cette épreuve? Ont-ils trouvé des ressources auprès de leur proche, famille, amis? Cette phase de réflexion s'impose à moi également, alors que certains patients

---

<sup>3</sup> INGERSOLL, G. Evidence-based Nursing: What it is and what it isn't. Nursing outlook, 2000. 48(4), 151-152.

<sup>4</sup> Le centre Cochrane français et l'un des quatorze Centre Cochrane dans le monde, responsable de coordonner les activités de la Collaboration Cochrane en France et dans les régions francophones. Il est situé à l'hôpital Hôtel-Dieu, au centre de Paris. Disponible : <http://fr.cochrane.org/fr/introduction>.

<sup>5</sup> Maslow, A. (2020). Devenir le meilleur de soi-même : Besoins fondamentaux, motivation et personnalité. Editions Eyrolles, p67.

<sup>6</sup> Henderson, V., Collière, M. (1994). La Nature des Soins Infirmiers. Canada: Editions du Renouveau Pédagogique, Incorporated.



sont ré-hospitalisés quelques jours après leur sortie de l'établissement. Je m'interroge également lorsque, après un évènement cardiaque aigu, de jeunes patients sont alors atteints d'une maladie chronique et nécessitent un accompagnement multidimensionnel pour qu'ils soient acteurs de leur prise en soins. Quelle pourrait être notre plus-value dans le parcours de soins des patients ? Que pouvons-nous apporter de plus dans le suivi des patients afin d'éviter les ré-hospitalisations ? Avons-nous fait appel à l'ensemble des intervenants nécessaires ? Une autre approche pourrait-elle répondre à mes attentes, mes questionnements ? La formation d'infirmière en pratique avancée permet de se positionner en ce sens.

Dans la même temporalité que celle de l'urgence, certaines situations médicales sont difficiles et parfois les soignants semblent avoir épuisé toutes ressources thérapeutiques. Parfois même, les patients sont éreintés par des prises en charge thérapeutiques lourdes, des examens douloureux, suppliant même à l'extrême de tout arrêter. Les réunions de concertations sont essentiellement médicales, reliant parfois plusieurs spécialités médicales. Nous intervenons à titre consultatif, mais toujours en étant le représentant du patient, en évoquant les dires, les sentiments, les émotions transmises par celui-ci. Quelle pourrait être notre place dans les prises de décision éthique et comment proposer une prise en charge personnalisée à chaque personne soignée ? La formation d'infirmière en pratique avancée promeut les missions d'analyse critique et de réflexions éthiques.

Dans le même temps, mon ancienneté au sein du service et ma mission transversale d'Infirmière Ressource Douleur (IRD), me permettent d'être une « infirmière ressource/ infirmière experte » auprès de mes collègues. Ces échanges et la transmission de cette expertise auprès des collègues sont très enrichissants et valorisants. Cela favorise le partage de connaissances et de compétences. J'innove et je teste des supports de transmission d'information comme par exemple des tutoriels vidéos pour optimiser l'utilisation des seringues auto-pulsées ou même des outils d'évaluation tels que celui de l'état buccal des patients pour faciliter la prescription du protocole de soin adapté. J'ai conscience qu'une bonne prise en soin ne peut découler que d'une somme d'actions correctes. Dans ma mission d'IRD, je réalise des évaluations de pratiques professionnelles, des audits en lien avec la prise en charge de la douleur. Je mets également en place en collaboration avec les professionnels référents douleur, des actions pour optimiser et améliorer nos pratiques professionnelles, cela peut prendre la forme de séances de réalité virtuelle avant la réalisation d'un examen, pour

limiter leur anxiété d'anticipation, cela peut aussi se faire auprès des professionnels de santé, en optimisant les outils disponibles dans le dossier de soins informatisé afin d'améliorer la pertinence des transmissions ciblées et valoriser notre rôle propre. Comment poursuivre et développer davantage ces missions de transmissions du savoir, et continuer d'échanger sur les bonnes pratiques ? La formation d'infirmière en pratique avancée peut être une réponse à mes objectifs.

Toute cette réflexion mène à chaque fois à la formation d'infirmière en pratique avancée. Je sais que c'est cette nouvelle spécialisation du métier d'infirmière qui m'attire et cela confirme mon envie d'évoluer et de cheminer professionnellement.

Et venu ensuite le temps de partager ce moment de joie avec mes collègues, celles et ceux avec qui je travaille depuis 7 ans et de leur annoncer que j'entre en formation d'infirmière en pratique avancée. Cette formation que Je souhaite intégrer cette formation depuis plus de deux ans, considérant que mon parcours professionnel et ma réflexivité m'ont amené à repenser ma pratique, afin que ma prise en soins corresponde davantage aux besoins des patients tout en gardant à l'esprit cette approche populationnelle sans sacrifier mon envie réelle d'approfondir dans pratique d'infirmière.

A la suite de cette annonce, j'ai dû faire face à diverses réactions. Celle que je souhaite aborder ici est la méconnaissance de cette formation, mais également de du métier d'IPA.

Une majorité de mes collègues ne connaissent pas le terme de « pratique avancée », la formation, la plus-value que cela apporte. Pour d'autres, elles en ont entendu parler brièvement mais comparent surtout ça à « un mini-médecin », ou à une « super infirmière ». On ne comprend pas bien ce que je vais faire, où je vais le faire, dans quelle équipe, en hospitalisation ou en consultation. Dans une pré-enquête de terrain, 5 infirmières et aides-soignantes confondues ont été interrogées brièvement, sous forme d'un questionnaire à réponses libres. L'analyse thématique nous montre que la représentation de la pratique avancée est essentiellement tournée sur la partie clinique. On retrouve la thématique du *suivi des patients chroniques, d'une prise en charge plus approfondie, d'une optimisation de la prise en charge* dans la majorité des réponses. La notion de prescripteur est reprise avec les termes *prescrire certains actes ou renouvellements* mais aussi *prescrire certaines thérapeutiques* ou encore *renouvellement des ordonnances*. Ces réponses mettent en avant le

fait que les représentations d'une partie généraliste des missions de l'IPA se réfèrent à la clinique.

Mais nous pouvons également relever des erreurs de représentation comme *assister le médecin, ou aide du médecin en consultation* ou encore *aller plus loin dans les diagnostics*.

Les missions de recherche, de réflexion éthique, de leadership, de coordination de parcours complexes ne sont pas mentionnées. Quant à l'éducation thérapeutique, la prévention, un seul répondant, aide-soignant(e), les mentionne.

Côté médecins, certains d'entre eux connaissent ce nouveau métier. En effet, quelques uns se sont formés au Québec pour une spécialité cardiologique, et ont pu expérimenter le modèle de l'infirmière praticienne québécoise et sont partie prenante du projet de pratique avancée au sein de la cardiologie.

Pour les autres médecins, tout comme pour mes collègues, nos échanges ont permises de répondre à certaines de leurs interrogations dans la mesure de l'état de mes connaissances à ce stade de ma formation. Il a fallu également gommer rapidement l'étiquette de « mini-médecin » et tous les clichés qui s'y rattachent. Il a fallu décrire les nouvelles activités et les compétences que j'allais devoir acquérir puis mettre en application dans mon futur poste. Même si mes recherches m'ont aussi confronté aux freins liés à l'implantation des IPA, je ne soupçonnais pas que j'allais devoir y faire face dès l'entrée en formation. En effet, d'après une revue de la littérature sur les *Stratégies d'implantation d'un infirmier de pratique avancée en milieu hospitalier*<sup>7</sup>, les articles sélectionnés mettent en évidence que c'est *le manque de compréhension du rôle, des compétences et des missions de l'IPA qui semblerait être la barrière principale à l'implantation, car elle était la plus fréquemment décrite [25, 27, 29-31, 37]*.

Le projet de service d'intégrer une IPA avait été anticipé 2 ans auparavant et travaillé en collaboration avec le chef de service de cardiologie et la cadre supérieure de santé.

Cet hôpital a mis en évidence dans son projet d'établissement 2018/2023<sup>8</sup>, la volonté de développer la pratique avancée, notamment *dans la coordination des parcours*, et la collaboration pluriprofessionnelle. Il est donc partie prenante dans la formation des infirmiers

---

<sup>7</sup> Aguilard, S., Colson, S., & Inthavong, K. (2017). Advanced practice nursing implementation strategies in hospital: A review of the literature. *Sante Publique*, 29(2), 241-254.

<sup>8</sup> <https://www.ch-valenciennes.fr/app/uploads/2021/08/11.-Projet-Etablissement-2018-2023-CHV.pdf>

ainsi que dans l'implantation des IPA aux unités de soins. J'ai pu, à cette occasion, échanger avec la directrice des soins qui est un soutien à l'implantation et mène ce projet depuis plusieurs mois, dans les différentes instances de l'hôpital.

Alors que dans les premiers articles de presse et notamment celui de Figaro santé de 2011<sup>9</sup>, la pratique avancée n'est pas désignée comme telle, mais plutôt comme des *compétences élargies*, les infirmiers en pratique avancée sont nommés, ici, dès le début de l'article par le terme de « *super infirmiers* ». Par ailleurs, en 2017, avant la parution du décret<sup>10</sup> qui légifère le métier d'IPA, lorsque les médias abordaient la pratique avancée, ils mettaient en avant des images et des clichés qui, encore aujourd'hui, restent d'actualité et ont la vie dure. C'est le cas, de Capital avec Management de 2018<sup>11</sup> qui présente les IPA comme « une sorte de super-infirmiers » et mettant en gros titre « *Et voici les « super infirmiers » qui vont faire de l'ombre aux médecins* ». Un titre accrocheur ambivalent qui ne peut qu'accentuer les résistances du corps médical à l'arrivée des IPA. Et même si, dès la sortie de ces stéréotypes, les professionnels représentant les futurs IPA ont rapidement utilisé les tribunes pour gommer ces clichés et ajuster les informations, à l'heure actuelle, nous devons encore et toujours, informer, souvent en utilisant un comparatif<sup>12</sup> pour expliquer ce qu'est une IPA et ce qu'elle n'est pas mais également ce qu'elle peut faire et ne peut pas faire.

Tous ces sentiments et toutes ces interrogations ont resurgi à nouveau lors de mon premier stage de formation en première année. J'ai réalisé un parcours sur plusieurs secteurs de médecine: endocrinologie, pneumologie, neurologie, équipe mobile d'intervention et d'orientation gériatrique. Même si les médecins tuteurs avaient bien compris l'intérêt du stage de formation en pratique avancée, d'autres médecins, infirmières, aides-soignantes,

---

<sup>9</sup> *De nouveaux métiers de santé pour épauler les médecins.* (2011, février 2). <https://sante.lefigaro.fr/actualite/2011/02/02/10712-nouveaux-metiers-sante-pour-epauler-medecins>

<sup>10</sup> Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée, 2018-629 (2018).

<sup>11</sup> Samuel CHALOM (juin 2018) *Et voici les « super infirmiers » qui vont faire de l'ombre aux médecins* <https://www.capital.fr/votre-carriere/et-voici-les-super-infirmiers-qui-vont-faire-de-lombre-au-medecin-1293204>

<sup>12</sup> <https://sncardiologues.fr/innovcardio-syntheses/> pdf. Octobre 2021, p14, 18

assistantes sociales, ergothérapeutes, psychologues rencontrés ne connaissaient pas, pour la majorité, ce nouveau métier et toutes les compétences à acquérir lors du stage. Les infirmières ne comprenaient pas que je puisse par exemple, examiner un patient, l'ausculter et dans le même temps réaliser un entretien infirmier multidimensionnel pour connaître ses besoins et proposer un plan d'action pluriprofessionnel.

En Décembre 2021, j'ai débuté mon stage de deuxième année en secteur de cardiologie conventionnelle. Dans une moindre mesure, mais toujours présentes, j'ai dû faire face aux mêmes interrogations et ce malgré les discussions et informations réalisées auprès des paramédicaux mais également, et c'était nouveau pour moi, des internes aussi. D'ailleurs, une interne de semestre 3 a eu des propos assez virulents, comparant son cursus et le mien tout en émettant de vives réticences au sujet des IPA. Nous avons discuté et je lui ai exposé les différents champs d'activités de la pratique avancée à mettre en place une fois diplômée, en insistant sur la collaboration, la place de chaque acteur de santé, et des missions autres que celle attachée à la clinique malgré tout j'ai senti que son positionnement était figé, notamment par les représentations erronées qu'elle se faisait de la pratique avancée.

#### QUESTION DE DÉPART :

Alors que la pratique avancée existe depuis 2018, les représentations de la majorité des soignants, tous confondus, sont encore majoritairement erronées, quelles sont les représentations sociales des professionnels de santé les plus fréquentes lorsqu'ils sont amenés à collaborer avec un(e) infirmier(e) en pratique avancée?

### 1. PARTIE 1 : CADRE THÉORIQUE

#### 1.1. LES REPRÉSENTATIONS SOCIALES

##### 1.1.1. Définition

Les représentations sociales sont partout et font partie de notre quotidien. A connotation positive ou négative, elles permettent de s'approprier une situation quelconque, d'essayer de la comprendre, de l'analyser puis, de prendre des décisions et de la justifier. Elles vont s'appuyer sur notre propre modèle interne de valeurs, de morale, de croyances, d'opinions et d'éducation.

Les représentations sont liées aux images que la société ou les groupes qui la composent, se construisent d'un objet, d'une personne. Elles font référence à davantage de conflits de groupes sociaux et permettent de mieux comprendre les différents enjeux. Selon Serge MOSCOVICI, *la représentation sociale est une modalité de connaissances particulières ayant pour fonction l'élaboration des comportements et la communication des individus*. Pour ce psychologue social et historien des sciences, la représentation sociale comporte 3 dimensions :

- **L'attitude** qui exprime un positionnement, une orientation générale, positive ou négative, par rapport à l'objet de la représentation ;
- **L'information** qui renvoie à la somme et à l'organisation des connaissances sur l'objet de la représentation. Les informations peuvent être plus ou moins nombreuses, variées, précises ou stéréotypées ;
- **Le champ de représentation** est le contenu d'une représentation : il est constitué d'éléments à la fois cognitifs et affectifs, c'est un ensemble d'informations organisées et structurées relatives à un objet.<sup>13</sup>

#### 1.1.2. Les différentes caractéristiques des représentations sociales.

Dans son article « Représentations individuelles et représentations collectives » (1898), Emile DURKHEIM explique qu'*une représentation collective comporte trois caractéristiques. Elle est d'abord une croyance, véhiculée par une conscience collective, et donc elle n'est pas une réalité en soi. Ensuite, elle est imposée de l'extérieur par cette même conscience collective à l'individu. Ce dernier subit la position de la représentation. Par la suite et pour terminer, l'individu intériorise la représentation, se l'appropriant et nourrissant du même coup la conscience collective.*

Cette notion de représentation collective se retrouve également dans le monde professionnel, et le monde hospitalier ne déroge pas à la règle puisqu'on le retrouve dans l'univers des soignants. On comprend ainsi que même si les représentations collectives s'imposent à l'individu, elles sont également soumises à ses propres représentations

---

<sup>13</sup> Paillard, C. (2018). Dictionnaire des concepts en sciences infirmières. (4eme édition). SETES. P 355.

individuelles. Ainsi représentations collectives et individuelles sont en permanence en interaction, elles se nourrissent l'une de l'autre. Elles ne sont pas figées et sont donc en perpétuel changement.

D'ailleurs Michel-Loup ROUQUETTE, nous précise que *la représentation n'est pas un objet stable ou un système clos, mais une configuration absorbante, essentiellement dynamique capable d'intégrer des informations nouvelles en les reliant de manière spécifique à des informations mémorisées, capable de dériver des opinions particulières d'attitudes déjà installées*. L'idée que les représentations puissent être modifiées, changer d'état, se remodeler permet d'envisager que des propositions, des actions puissent avoir un impact sur les représentations sociales.

### 1.1.3. Les différentes fonctions des représentations sociales

La représentation sociale peut prendre différentes formes mais elle aura toujours une ou plusieurs fonctions spécifiques. Selon Jean-Claude ABRIC, les représentations sociales comportent quatre fonctions :

- **Une fonction identitaire** : *les représentations sociales permettent de définir l'identité sociale de chaque individu, en préservant les spécificités des groupes sociaux. Cette fonction intervient dans le processus de socialisation ou de comparaison sociale ;*
- **Une fonction de savoir** : *qui va permettre, de par son contenu d'acquérir des connaissances qui vont permettre, à leur tour, de comprendre et d'expliquer la réalité. L'individu va intégrer de nouvelles données diffusées par le biais de la littérature écrite, médiatique;*
- **Une fonction d'orientation** : *selon le groupe auquel appartient l'individu, les représentations sociales créent des relations avec d'autres personnes fonctionnant dans le même sens, et engendre une attitude, un dialogue et des opinions communes. Cette fonction permet de guider les comportements et les pratiques ;*
- **Une fonction justificatrice** : *en lien direct avec les trois autres fonctions elle peut intervenir a posteriori et ainsi servir à justifier nos choix, nos actes<sup>14</sup>*

---

<sup>14</sup> Paillard, C. (2018). Dictionnaire des concepts en sciences infirmières. (4eme édition). SETES. P 355/356.

En parallèle, alors que se forment les représentations sociales individuelles et collectives, des stratégies identitaires se mettent en place. Comme décrit par Valérie COHEN-SCALIS, *l'objectif de ces stratégies est de répondre à une identité professionnelle dont il est important de clarifier la signification au regard de l'identité sociale et collective*. Elle ajoute que *la distinction entre identité professionnelle et sociale et ces identités professionnelles se différencieraient donc des identités sociales par le fait qu'elles se constituent et évoluent dans le cadre d'activités particulières : les activités professionnelles*.

Pour comprendre l'interaction entre les représentations sociales et l'identité professionnelle, intéressons-nous à ce dernier terme.

## 1.2. L'IDENTITÉ PROFESSIONNELLE

### 1.2.1. Définition

Pour définir l'identité professionnelle, il est important de redéfinir ce qu'est une identité. Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), l'identité<sup>15</sup> est un *caractère de ce qui, sous des dénominations ou des aspects divers, ne fait qu'un ou ne représente qu'une seule et même réalité*. L'identité se forge au fil du temps et selon les différentes expériences vécues par l'individu. Selon Claude BUBAR<sup>16</sup>, *l'identité se construit autour de 3 dimensions : le moi, le nous et les autres*. Ce qui implique que notre identité se forge également en fonction des interactions aux autres.

Pour définir l'identité professionnelle, Jacques ION<sup>17</sup> nous dit qu'elle est *ce qui permet aux membres d'une même profession de se reconnaître eux-mêmes comme tels et de faire reconnaître leur spécificité à l'extérieur*. Elle suppose donc un double travail, *d'unification interne d'une part, de reconnaissance externe d'autre part*. On comprend ici que l'identité professionnelle est une composante de l'identité à proprement parler et qu'elle se construit dans les relations et interactions réalisées dans le cadre professionnel.

---

<sup>15</sup> IDENTITÉ : Définition de IDENTITÉ. (s. d.). Consulté 1 juin 2022, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/identit%C3%A9>

<sup>16</sup> Dubar, C. (1991). La socialisation : Construction des identités sociales et professionnelles. A. Colin. p 7

<sup>17</sup> ION, J. (1996). Le travail social à l'épreuve du territoire (Dunod). P 91.



Jacques ION ajoute dans le même ouvrage, que *d'autres matériaux que les modèles professionnels, participent donc à la construction de ces identités ; car si ces dernières supposent certes une communauté des pratiques, elles se constituent aussi dans les similitudes d'accès au métier, se forgent dans le creuset des instituts de formation, se nourrissent de la culture du métier et se légitiment et se consolident au sein des organisations de défense et de représentations collectives.*

C'est au travers de l'identité professionnelle que nous trouvons notre place parmi ce schéma social en s'identifiant à un groupe, à ses pairs et en se positionnant dans la hiérarchie. Mais comment se construit-elle ?

### 1.2.2. Construction de l'identité professionnelle

Nous avons vu que l'identité professionnelle est une composante de l'identité proprement dite. L'identité professionnelle se construit en fonction du métier choisi. On peut donc considérer qu'en fonction de son identité, c'est à dire de ses croyances, de ses valeurs, de sa morale, de son éducation, de sa sensibilité, on choisit un métier plutôt qu'un autre. On construit au travers de ce métier son identité professionnelle. On sait également que l'identité professionnelle, tout comme l'identité et les représentations sociales, n'est pas figée, elle est en perpétuel changement et s'adapte en fonction des nouvelles expériences. Si on rapporte ces notions à notre sujet, la pratique avancée est une évolution du métier soigné.

L'identité professionnelle de l'IPA se construit alors au sein de son milieu professionnel, en fonction de son vécu en tant qu'infirmier et de ses aspirations futures.

## 1.3. HISTOIRE DE LA PROFESSION INFIRMIÈRE

### 1.3.1. Le métier d'infirmière

D'un point de vue étymologique, le terme infirmier vient du latin « in firmus » qui est dérivé du mot infirme. Il définit les personnes dévouées, souvent des femmes, à s'occuper des infirmes qu'on enfermait.

Aujourd'hui, selon le code de la santé publique<sup>18</sup>, *est considéré comme exerçant la*

---

<sup>18</sup> Article L4311-1 — Code de la santé publique — Légifrance. (s. d.). Consulté 11 janvier 2022, à l'adresse [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000038886488/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886488/)

*profession d'infirmière ou d'infirmier, toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu.*

Le métier d'infirmière a évolué au fil des années, et celui que nous connaissons aujourd'hui existe sous cette forme depuis le XXème siècle. Il a été modifié par la remise en cause de la suprématie religieuse ce qui a laïcisé la profession. Nous portons le poids de cette époque révolue, cette époque où les termes dévotion, vocation, obéissance sont assimilés à la profession, structurant l'identité professionnelle dans un modèle hiérarchique avec le corps religieux et le corps médical.

Le besoin de reconnaissance et d'émancipation des différentes tutelles s'est poursuivi avec notamment l'apparition du rôle propre en 1978 puis la législation du diagnostic infirmier en 1993.

Le métier poursuit encore aujourd'hui son évolution avec les sciences infirmières et les différents parcours possibles du métier socle, notamment depuis 2018, celui d'infirmière en pratique avancée.

### 1.3.2. Le métier d'infirmière en pratique avancée

#### 1.3.2.1. Définition

En 2008, selon le Conseil National Infirmier, l'infirmière en pratique avancée est définie comme *une infirmière qui a acquis les connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de son métier; de pratique avancée dont les caractéristiques sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera autorisé à exercer. Une formation de base de niveau maîtrise (Master) est recommandée.*

Cette définition peut être complétée par celle de M. ROGERS en 2018, *le terme infirmière en pratique avancée a évolué pour devenir un terme générique qui englobe un groupe croissant et diversifié d'infirmières qui ont évolué au-delà de la pratique infirmière clinique fondamentale, en pratique clinique ou dans le champ de l'éducation.*

La pratique avancée est un nouveau métier qui s'inscrit dans l'évolution professionnelle des infirmières (IDE). Selon la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), *c'est le développement approfondi des compétences et connaissances pratiques de*

*soins infirmiers à un niveau avancé afin de répondre aux nouveaux enjeux de santé en pleine mutation.*

### 1.3.2.2. Le modèle professionnel

C'est en s'appuyant sur différents modèles que la pratique avancée se structure: HAMRIC, STRONG, BROWN et McGEE. Dans le modèle d'HAMRIC, célèbre modèle choisi par la France, les compétences clés et annexes sont exposées en schéma nommé « l'oeuf au plat ». (Annexe 1). On y retrouve au centre les compétences en lien avec la pratique clinique directe, puis les compétences comme décrit par Florence AMBROSINO<sup>19</sup>. On peut distinguer les compétences :

- **de collaboration** : c'est à dire que l'IPA travaille en collaboration au sein d'une équipe pluriprofessionnelle ;
- **de leadership** : il peut être *clinique* c'est à dire avoir un rôle d'expertise. Il peut être *d'équipe* c'est à dire évaluer les besoins et les actions actuelles entreprises pour accompagner au mieux les professionnels au changement. Et enfin, il peut être *systémique* en lien avec les sociétés savantes permettant d'influencer les politiques de santé et d'introduire de l'innovation dans les pratiques.
- **de guidante et de coaching** : c'est ici le rôle d'accompagnement du patient dans son parcours. L'IPA réalise des actions de dépistage, de prévention et d'éducation.
- **d'éthique** : l'IPA participe aux réunions de concertation lors des situations les plus complexes.
- **de pratique fondée sur les données probantes** : en s'appuyant sur l'EBN, l'IPA s'inscrit alors dans une approche scientifique permettant de s'approprier les meilleures pratiques et contribuer ainsi à la démarche qualité.

### 1.3.2.3. Contexte du développement de ce nouveau métier

Historiquement, à l'étranger, la pratique avancée a mis en évidence une plus-value dans la prise en charge des personnes porteuses de maladies chroniques. En 2013, l'Organisation de Coopération et de Développement Économique (OCDE)<sup>20</sup> affirme que

---

<sup>19</sup> Ambrosino, F. (2019). Le guide de l'infirmier(e) en pratique avancée. (Vuibert).

<sup>20</sup> OCDE. (2013). *Panorama de la santé 2013: Les indicateurs de l'OCDE*. OECD. [https://doi.org/10.1787/health\\_glance-2013-fr](https://doi.org/10.1787/health_glance-2013-fr) p78.

*l'infirmier en pratique avancée peut permettre d'améliorer l'accès aux services de santé et de réduire les délais d'attente, tout en fournissant des soins de même qualité que les médecins.*

Prévu dans la loi de modernisation du système de santé, le décret relatif à l'exercice de la pratique avancée est publié le 18 juillet 2018. Il officialise le nouveau métier d'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCÉE et voit le jour après plusieurs années d'expérimentation pour faire face à un contexte sanitaire français marqué par les spécificités suivantes :

- le vieillissement de la population : d'après l'Institut National de la statistique et des Études Économiques (INSEE)<sup>21</sup>, les personnes âgées de plus de 65 ans représentent aujourd'hui 20,5% de la population alors qu'elles représentaient 19,7% auparavant.
- l'augmentation de l'incidence et la prévalence des maladies chroniques liées à ce vieillissement de la population mais également aux *facteurs positifs (meilleurs diagnostics, meilleures techniques d'imagerie) et aux facteurs négatifs (sur-diagnostic ou augmentation de l'incidence due à l'augmentation ou la persistance de certains facteurs de risque : sédentarité et inactivité physique, surpoids et obésité, réduction insuffisante du tabagisme et des inégalités sociales)*<sup>22</sup>. Ces éléments tendent vers une diversification des soins et des services ainsi qu'une complexification des parcours de soins et de santé.
- la démographie médicale : Selon l'Ordre National des Médecins<sup>23</sup>, en 2020, la tendance démographique médicale en France était toujours en légère baisse. *Une tendance qui devrait continuer ainsi jusque 2025*. De plus, trois aspects influent fortement sur la démographie médicale : *une part importante de médecins généralistes et spécialistes ont plus de 60 ans ; la féminisation de la profession ; la recherche d'un équilibre entre vie professionnelle et vie privée*. Tous ces éléments,

---

<sup>21</sup> INSEE. (2020). *Tableaux de l'économie française. Edition 2020*. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>

<sup>22</sup> Santé publique France. (2017). *Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques*. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Synthese.pdf>

<sup>23</sup> Ordre National des Médecins. (2020). *ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE* (p. 141). [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/1grhel2/cnom\\_atlas\\_demographie\\_medicale\\_2020\\_tome1.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1grhel2/cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf)

*mêlés à une inégalité de la répartition sur le territoire, rendent l'accès aux soins de plus en plus difficile.*

C'est dans ce contexte sanitaire préoccupant que depuis 2003, le gouvernement cherche à mettre en place un métier aux compétences élargies qui pourraient intervenir dans la prise en charge des personnes porteuses de maladies chroniques. Un métier à l'interface entre l'exercice de l'infirmière et l'exercice du médecin.

En France, en 2003, c'est à la suite du rapport BERLAND, qui dresse un état des lieux des différentes pratiques à l'étranger et des initiatives françaises, puis en 2008 du rapport BERLAND/BOURGUEIL, que cinq expérimentations sont mises en place pour différents métiers, et notamment entre médecins et infirmiers. Ces expérimentations ont permis de conclure que cette collaboration est faisable, sans dégradation de la qualité de prise en soins, tout en nécessitant un accompagnement des professionnels par le biais d'une formation diplômante et donnant lieu ainsi à un nouveau métier appelé dans un premier temps « Infirmière Experte ». En 2009, la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST), autorise par l'article 51, le transfert d'actes ou activités de soins entre professionnels de santé grâce aux protocoles de coopération, après soumission d'une procédure stricte auprès des instances compétentes<sup>24</sup>.

C'est à la suite de tous ces éléments, qu'en 2016, dans la loi de modernisation de la santé<sup>25</sup> que la pratique avancée infirmière est reconnue en France.

Le décret officiel relatif à l'exercice de la pratique avancée voit le jour le 18 juillet 2018. Il met en lumière l'accès à la formation, les modalités de formation, le référentiel des activités, le référentiel des compétences. Depuis, des avenants à ce décret sont parus permettant d'adapter la législation de ce métier aux modalités techniques et pratiques du terrain afin de répondre au mieux aux besoins des personnes et à ceux du système de santé actuel.

---

<sup>24</sup> Article 51 — LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires — Légifrance. (s. d.). Consulté 10 janvier 2022, à l'adresse [https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article\\_jo/JORFARTI000020879543](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000020879543)

<sup>25</sup> Article 119 — LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1) — Légifrance. (s. d.). Consulté 10 janvier 2022, à l'adresse [https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article\\_lc/JORFARTI000031913702/](https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/JORFARTI000031913702/)

De nombreux travaux et écrits ont mis en évidence les freins à l'implantation des IPA, et plus spécifiquement, le manque de connaissance des professionnels concernant les missions, les rôles, les compétences que peuvent apporter les IPA dans le parcours de soin des personnes. Dans une revue de la littérature des articles internationaux entre 2010 et 2016, publié en 2017, il a été mis en évidence que l'implantation de la pratique avancée était facilitée lorsque les recommandations du cadre PEPPA (participatory, evidence-based, patient focused process for advanced practice nursing (APN) rôle development) sont appliquées. Schéma par Sébastien COLSON<sup>26</sup> en annexe 2.

Dans son guide d'implantation de l'exercice infirmier en pratique avancée en milieu hospitalier intitulé « Modélisation de la fonction d'infirmier en pratique avancée (IPA) »<sup>27</sup>, l'Agence Régionale de la Santé (ARS) Provence Alpes Côte d'Azur (PACA), propose 7 recommandations pour optimiser l'implantation des IPA tout en se basant également sur le modèle PEPPA. Elle conclut en expliquant que *une fois la barrière de l'inconnu passée l'opportunité que peut représenter l'IPA est reconnue de tous, reste encore à savoir comment cette opportunité sera utilisée, et c'est bien là l'enjeu de notre action.*

#### 1.4. LA RESISTANCE AUX CHANGEMENTS

Et même si tous ces éléments sont très encourageants et permettent de faire évoluer favorablement la profession d'infirmière, le concept de changement organisationnel s'accompagne de résistance au changement. Yvon PESQUEUX<sup>28</sup>, professeur du Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM), nous indique que L. COCH & J. R. P. FRENCH<sup>29</sup> présentent la résistance au changement *comme une combinaison de réactions*

---

<sup>26</sup> 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 : revue multidisciplinaire pour la recherche et l'action*, 29(2), 241-254. <https://doi.org/10.3917/spub.172.0241>

<sup>27</sup> Support PDF disponible à l'adresse suivante <https://www.paca.ars.sante.fr/system/files/2019-12/Recommandations%20implatation%20IPA.pdf>

<sup>28</sup> PESQUEUX, Y. (s. d.). *La résistance au changement*. halshs.archives-ouvertes. Consulté 28 novembre 2021, à l'adresse <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-02876103/document>

<sup>29</sup> L. Coch & J. R. P. French. (1948). « Overcoming Resistance to Change », *Human Relations* (Vol. 11).

*individuelles et collectives; que pour K. LEWIN<sup>30</sup> la résistance aux changements apparaît quand le changement vient affecter des habitudes, des coutumes, des rites mais également quand les individus ne comprennent pas les raisons des évolutions voire des innovations que l'organisation souhaite introduire, et ceci malgré toute la force de persuasion développée à partir d'arguments d'ordre rationnel.*

Plus en détails sur la pratique avancée, il est mis en évidence que *les principaux obstacles à l'implantation sont liés au manque de compréhension du rôle, des compétences et des missions de l'IPA*. Il semblerait que cela soit *la barrière principale à l'implantation car elle était le plus fréquemment décrite*. Dans les équipes de soins et notamment *entre IDE et IPA, le manque de clarté des rôles de l'IPA serait principalement une source de conflit*. Quant à la résistance de l'équipe médicale, *elle serait liée au manque de connaissance ou de compréhension relative à la pratique avancée, pouvant engendrer un manque de confiance envers le professionnel qui exerce en pratique avancée*. Il est ajouté que, *convenablement analysés, ces obstacles peuvent à l'inverse devenir des facilitateurs utilisables<sup>31</sup>*.

Il n'existe pas d'IPA au Centre Hospitalier avant janvier 2022. Une IPA mention maladie rénale chronique, dialyse et transplantation rénale, a pris ses fonctions officielles depuis janvier 2022. Une infirmière de spécialité gériatrique a débuté sa formation en septembre 2021. Et, personnellement, je suis la deuxième année de formation mention pathologies chroniques stabilisées; prévention et polyopathologies courantes en soins primaires. Si on s'appuie sur les travaux de LEWIN, je suis confrontée à une résistance aux changements liée à la fois à l'introduction d'un nouveau métier qui vient affecter les habitudes organisationnelles et identitaires mais également liée à la méconnaissance que les différents professionnels ont des missions, des rôles et des compétences de l'IPA malgré l'information concernant la mise en place du projet et l'apport des bénéfices d'incrémenter un IPA dans le parcours de soin de la personne soignée.

---

<sup>30</sup> K. Lewin, « Décisions de groupe et changement social », in A. Lévy (Ed.), Psychologie sociale, textes fondamentaux anglais et américains, Dunod, Paris, 1966.

<sup>31</sup> Aguilard, S., Colson, S., & Inthavong, K. (2017). Advanced practice nursing implementation strategies in hospital: A review of the literature. *Sante Publique*, 29(2), 241-254.

En 2007, dans les Tribunes de la santé, toujours dans l'air du temps, Mr Guy VALLANCIEN<sup>32</sup>, explique que *la chaîne d'organisation des soins reste disparate* en matière de progrès techniques et qu'*il n'existe pas de statut intermédiaire entre le médecin et l'infirmière (...)*. Il aborde les *expériences (...)* menées consistant à faire pratiquer à des infirmières formées à cet effet, des gestes ou tâches médicales pour apporter un certain nombre de réponses (...). Il craint à l'époque certaines résistances à ce changement alors que *se dessine peu à peu la voie vers laquelle nous nous orientons quelques soient les résistances corporatistes qui ne pourront pas freiner ce mouvement nécessaire*. C'est également dans ce contexte d'évolutions techniques qui amènent toujours à de nouveaux métiers qu'il aborde la résistance au changement en expliquant que *c'est parce que l'on retarde ces nouveaux métiers que l'exercice d'une profession est de plus en plus difficile*.

L'équipe projet « Instauration d'une IPA en cardiologie », composée de la cadre supérieure de santé, du médecin chef de service de cardiologie et de moi-même avons pris connaissance des recommandations annoncées dans ce rapport. Actuellement à l'étape 6 « planifier des stratégies de mise en oeuvre » (annexe 2), il subsiste toujours des incompréhensions, des résistances avec une nécessité quasi-permanente de clarifier et d'informer les professionnels de santé sur les rôles et missions de l'IPA et sur les compétences qu'elle doit acquérir.

Certains éléments nous échappent. Il serait alors intéressant, au regard de la problématique et des hypothèses, de rechercher sur le terrain les éléments qui sont en lien avec ce que nous venons de voir dans cette partie théorique.

---

<sup>32</sup> Vallancien, G. (2007). Abstract. *Les Tribunes de la sante*, 15(2), 95-96.



## **QUESTION DE RECHERCHE**

Nous posons donc notre question de recherche au regard de ce que nous avons pu explorer dans la partie théorique:

**Quelles sont les représentations et les attentes des professionnels de santé que l'IPA doit prendre en compte lors de son implantation au sein d'un service de centre hospitalier ?**

## **HYPOTHÈSES**

En regard de cette question de recherche, nous élaborons deux hypothèses que nous allons explorer:

- Hypothèse 1 : L'implantation des IPA est conditionnée aux représentations sociales des professionnels santé.
- Hypothèse 2 : Le manque de connaissance des rôles et missions de l'IPA impacte son implantation.

## 2. PARTIE 2 : TRAVAIL DE RECHERCHE

La partie théorique a été réalisée grâce aux lectures scientifiques sur les bases de données de Cairns, PubMed, Google Scholar, et livres spécifiques à disposition ou empruntés. Ces recherches ont été effectuées en utilisant les mots clés et les équations de recherche. Les mots clés français utilisés sont : **pratique avancée, infirmier(e) en pratique avancée, représentations sociales, identité professionnelle, résistance au changement, freins, implantation**. Ils ont été traduits en anglais via les sites internet HeTop en terme MeSH et Reverso, afin d'avoir une traduction scientifique de qualité : **advanced practice, nurse practitioners, social representations, professional identity, resistance to change, obstacles, implementation**.

Afin de mieux préparer l'étude de terrain, de *progresser sans se perdre en chemin*, je me suis appuyée sur le Manuel de recherche en sciences sociales 5ème édition de L.V. CAMPENHOUT, L. MARQUET et R. QUIVY, et le support des référents qui sont formés à la guidance de mémoire.

### 2.1. OBJECTIFS

L'objectif principal est de recueillir les représentations sociales des professionnels de santé qui travaillent ou vont travailler avec un(e) IPA.

Les objectifs secondaires sont de recueillir les attentes de ces professionnels quant à cette nouvelle pratique pour comprendre les freins mais aussi tirer des leviers qui permettront de faciliter l'implantation de l'IPA; de vérifier l'état des connaissances concernant la pratique avancée et les compétences, rôles et missions des IPA qui sont connus des professionnels de santé et qui font le lit des représentations sociales; de connaître les sources d'informations qui ont permis de connaître ou non la pratique avancée.

### 2.2. CHOIX DE LA METHODE

Une étude phénoménologique qualitative monocentrique à visée exploratoire par entretien semi-directif a été menée. Ce modèle qualitatif permet de se pencher sur les éléments de représentation des interlocuteurs à l'intérieur de l'environnement dans lequel ils s'insèrent. Ce modèle a été retenu car il permet de manière adaptée d'explorer les perceptions

et les représentations des parties prenantes concernant l'implantation de l'IPA en secteur de cardiologie versus l'implantation d'une IPA en néphrologie au sein du centre hospitalier public au Nord de Paris d'une capacité de 1 850 lits.

Afin d'expliquer la méthode de travail nous considérerons l'infirmière en formation pratique avancée réalisant l'étude en qualité de chercheur et la personne interrogée considérée comme professionnel de santé en qualité d'interlocuteur.

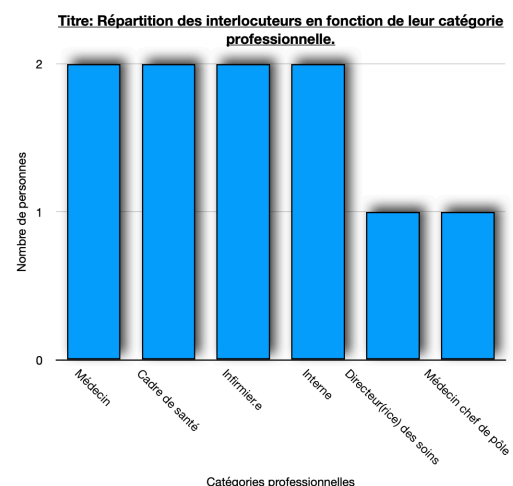
### 2.3. POPULATION ÉTUDIÉE

Le choix de l'échantillonnage est lié au critère de diversité des acteurs que sont les professionnels de santé principaux qui gravitent autour de l'IPA et également les personnes représentant la direction de l'hôpital, en lien direct avec le projet de mise en place des IPA au sein de cet établissement.

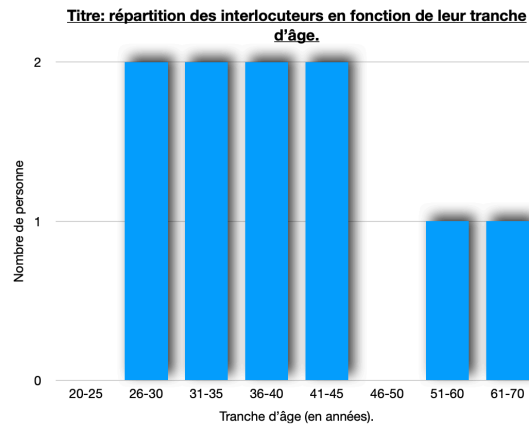
Les professionnels de santé (n=10) sont représentées, ici en nombre identique dans le secteur de Cardiologie (n=4) et de Néphrologie (n=4), par des médecins (n=2), des cadres de santé (n=2), des internes (n=2), des infirmières (n=2). Tous sont issus de la filière cardiologie et néphrologie, deux spécialités compatibles avec la pratique avancée. Les représentants de l'hôpital sont représentés par la directrice des soins (n=1) et le médecin chef de pôle (n=1).

Au total, 10 personnes ont été interrogées (n=10) : 2 médecins (un médecin de néphrologie (MN), un médecin de cardiologie (MC)), 2 internes (un interne de néphrologie (IN) et un interne de cardiologie (IC)), 2 infirmières (une infirmière de néphrologie (IDEN) et une infirmière de cardiologie (IDEC)), 2 cadres de santé (une cadre de santé de néphrologie (CN) et une cadre de cardiologie (CC)), 1 directrice des soins (DDS) et 1 médecin chef de pôle (CDP). Ce codage sera utilisé dans la partie résultat afin que les verbatims soient reliées à son locuteur.

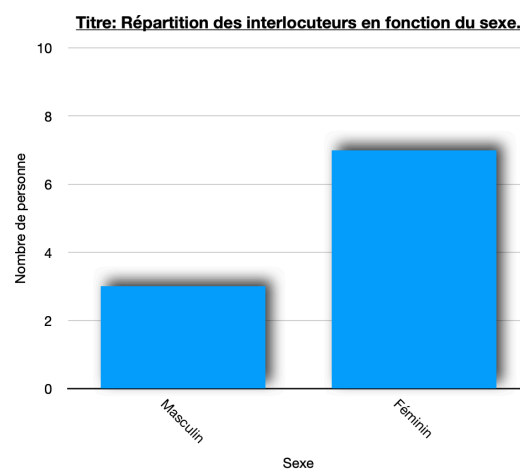
#### Répartition de la population par catégories professionnelles:



### Répartition de la population par âge:



### Répartition de la population par sexe:



## 2.4. ÉLABORATION DU GUIDE D'ENTRETIEN

L'objectif de l'entretien est d'explorer les hypothèses de travail sans oublier que des éléments nouveaux peuvent émerger dans l'analyse. Pour cela une grille d'entretien a été travaillée en amont sous forme de questions ouvertes ainsi que des questions de relance afin de faire préciser la pensée de l'interlocuteur ou de le recentrer sur le sujet à explorer.

(Annexe 3)

Grâce aux informations recueillies, l'entretien permet d'obtenir des éléments de réflexion enrichis et variés. Le mode semi-directif permet, à la fois, à l'interlocuteur de s'exprimer sur ses représentations, ses perceptions en utilisant également des exemples pour enrichir son point de vue, mais également au chercheur de rediriger l'interlocuteur s'il s'écarte un peu trop du sujet afin de se recentrer. Le chercheur a également la possibilité d'intervenir de manière à faire préciser une notion qui mériterait d'être approfondie et qui serait nécessaire à l'analyse.

Un pré-test a été réalisé afin de tester la grille et notamment, la pertinence des questions, leur compréhension, et de pouvoir l'adapter si besoin. C'était également l'occasion de réaliser un test pour le chercheur sur une mise en situation d'un entretien et de mettre en application les conseils en lien avec la conduite d'un entretien de qualité: attitude, ouverture, écoute active, réponse adaptée, relance.

Il était important d'avoir une attitude neutre en laissant la personne interrogée s'exprimer librement, tout en ayant également une écoute active afin de rebondir et de poser de nouvelles questions pour enrichir l'entretien et ainsi amener la personne à aller plus loin dans ses réponses. La technique de reformulation a été utilisée afin de vérifier la compréhension de certains éléments. A l'issue du pré-test, aucune modification n'a été apportée à la grille d'entretien.

## 2.5. COLLECTE DES DONNÉES

Le choix des interlocuteurs s'est fait de manière spécifique pour répondre à l'échantillonnage. Cependant, passé l'objectif des catégories socio-professionnelles, les choix ont été réalisés en fonction de la disponibilité des interlocuteurs pour nous accorder un temps d'échange. Elles ont pu être suggérées par des personnes ne pouvant pas répondre ou alors qui avaient également accepté de participer à l'étude.

Afin de recueillir des données auprès des professionnels de cet hôpital, en lieu et place, une autorisation a été demandée et accordée par la cadre supérieure du pôle, en février 2022.

Un avis auprès de l'Unité de Recherche Clinique (URC) du centre hospitalier a également été demandé. S'agissant de sciences humaines et sociales, la recherche est considérée comme n'impliquant pas la personne humaine. Un formulaire de soumission au Comité Ethique de la Recherche Clinique (CERCL) de l'établissement a été envoyé. A l'issue de l'examen du projet, le comité s'est déclaré *inapte car le projet n'est pas concerné par l'obtention d'un avis au comité*, considérant qu'il s'agissait davantage d'une évaluation des pratiques professionnelles.

La collecte de données a été réalisée entre mars et avril 2022. Le recrutement des interlocuteurs a été réalisé soit en direct, soit par téléphone, soit par envoi d'un mail avec une notice d'information et une proposition de dates d'entretien. La majorité des entretiens semi-

directifs ont été effectués en présentiel et un entretien a été réalisé en visioconférence via un espace sécurisé proposé par l'hôpital, pour des raisons organisationnelles.

Tous les entretiens ont été réalisés par le chercheur.

Ce sont les interlocuteurs qui ont défini le lieu de l'entretien. Ceux-ci ont tous été réalisés dans un endroit isolé, calme et sans interruption. Ils ont duré entre 13 minutes et 58 minutes avec une moyenne de 28 minutes. Les entretiens ont été audio-enregistrés. Les éléments échangés en dehors de la période d'enregistrement n'ont pas été pris en compte.

Les entretiens ont été retranscrits à l'identique et dans leur ensemble. Ils ont été anonymisés afin de respecter les clauses de confidentialité. Les lignes ont été numérotées afin de faciliter la recherche des verbatims pour aider au codage et à l'analyse.

Les thèmes abordés concernaient dans un premier temps, la perception de la profession de pratique avancée, dans un deuxième temps, les représentations et les attentes en lien avec l'arrivée d'une IPA dans les équipes de soins et pour finir, la place de la collaboration avec l'IPA. L'entretien semi-directif débute d'abord par la partie administrative et la passation de l'autorisation de l'utilisation des données collectées (annexe 4) et l'autorisation d'enregistrer en audio l'entièreté de l'entretien afin qu'il puisse être analysé de manière plus rigoureuse.

## 2.6. LES BIAIS

Notre position d'étudiante IPA, qui plus est, porteur du projet de mise en place d'un poste d'un (e) IPA au sein de la cardiologie de cet établissement nous expose à un biais de désirabilité sociale défini par CROWNE D et MARLOWE D<sup>33</sup> comme *la tendance qu'ont les individus à vouloir se présenter sous un jour favorable et à ne pas reporter des informations qui les feraient mal voir*. NASS et ses collègues<sup>34</sup> expliquent que le biais de désirabilité est déclenché par deux facteurs : *la nature des questions (sujets sensibles et/ou très personnels) et la présence d'un enquêteur*.

On pourrait donc penser que les personnes interrogées répondent aux questions de

---

<sup>33</sup> Crowne, D. P., & Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, 349-354.

<sup>34</sup> Nass, C., Moon, Y., & Carney, P. (1999). Are People Polite to Computers? Responses to Computer-Based Interviewing Systems1. *Journal of Applied Social Psychology*, 29(5), 1093-1109. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1999.tb00142.x>

façon à vouloir bien paraître. Aussi les réponses ont-elles été orientées en fonction de la relation avec le chercheur qui travaille dans le même établissement de santé, et dans le but de créer un rapport direct du chercheur à son sujet d'étude et à son projet professionnel.

L'analyse a été effectuée uniquement par le chercheur. Les entretiens et les codages n'ont pas pu faire l'objet d'une deuxième lecture afin de confronter l'analyse du chercheur. On est donc face à la seule lecture et analyse du chercheur.

Aussi, il est vrai que l'échantillon de personnes interrogées reste faible au regard de ce qui a pu être développé dans la partie théorique. Cependant, nous avons pu mettre en évidence des éléments essentiels et répondre à la question de recherche sous un prisme spécifique.

## 2.7. RESULTATS ANALYSÉS ET DISCUTÉS

Les entretiens ont été analysés en fonction de la question de recherche qui est, pour rappel:

**Quelles sont les représentations et les attentes des professionnels de santé que l'IPA doit prendre en compte lors de son implantation au sein d'un service de centre hospitalier ?**

Le guide d'entretien a servi de grille analytique initiale. Aussi les résultats sont présentés ici et reliés à la littérature en fonction des hypothèses. Les résultats sont structurés autour des deux hypothèses, sous forme de thématique ou codage qui ont été mis en évidence dans les entretiens pour les valider, les valider partiellement ou les invalider.

Selon CAMPENHOUT, *l'utilisation d'une grille d'analyse pour traiter des informations qualitatives, comme un contenu d'entretien, permet de faire des liens à deux niveaux*. En effet, cela permet dans chaque entretien de mettre en relation les éléments entre eux, mais également de réaliser des comparaisons entre les différents entretiens afin de mettre en évidence *des convergences ou des divergences (...) de manière à faire apparaître les logiques sociales implicites*. Sans se réduire à ce type d'analyse, l'analyse qualitative *permet aussi d'étudier le lien entre phénomènes, concepts et variables*, ici en s'interrogeant sur les représentations sociales, les attentes de la mise en place d'une IPA dans le parcours de soins, et la présence ou non de résistance au changement.

Aucun logiciel d'analyse n'a été utilisé pour réaliser l'analyse. Un tableau a été créé pour permettre de classer pour chaque entretien les verbatims en fonction des codages

répertoriés. Il est un support pour la réalisation de l'analyse.

Celle-ci devrait permettre de mieux comprendre les représentations et les attentes liées à l'arrivée d'un nouvel intervenant dans le parcours de soins des personnes soignées, au sein des équipes de soins, que l'IPA devra prendre en compte lors de son implantation dans un service hospitalier et d'en discuter ensuite.

### 2.7.1. EN REGARD DE L'HYPOTHÈSE 1: L'implantation des IPA est conditionnée aux représentations sociales des professionnels de santé.

#### ➡ *Un nouveau métier*

Nous allons explorer dans les entretiens les représentations des professionnels de santé sur ce nouveau métier « *Pour moi la pratique avancée c'est, c'est arrivé il y a quelques années seulement donc c'est tout nouveau* » CC, L 40-41, et notamment nouveau au sein du centre hospitalier « *Après je peux pas trop me prononcer au sein du centre hospitalier parce que je pense que c'est quelque chose qui est seulement en train de venir et j'ai pas trop de recul par rapport à ça.* » CC, L 94-95. Les professionnels ont conscience que ce métier est nouveau et qu'il y a peu de représentations de cette nouvelle forme de pratique.

#### ➡ *Un lieu d'exercice en ambulatoire*

Un nouveau métier qui, pour les professionnels de santé, s'exercerait plutôt en ambulatoire qu'en secteur d'hospitalisation conventionnelle « *L'infirmière en pratique avancée a davantage d'intérêt en ambulatoire plutôt que dans les hospitalisations avec des possibilités plus vastes de prise en charge en ambulatoire* » MN, L174-174, « *elle n'est pas en service de soins, elle est au niveau de l'hôpital de jour.* » IDEN, L64. Le lieu d'exercice n'est pas évoqué par les professionnels de cardiologie.

#### ➡ *Du scepticisme à la confiance*

Les représentations négatives viennent plutôt de la population médicale qui ne sont pas en lien direct avec la mise en place d'un projet d'implantation d'une IPA.

En effet, l'interne de cardiologie nous dit « *Bah au début j'étais sceptique voir limite énervée parce que bah au final toi tu te casses le cul pour faire 10 ans d'études pour au final faire le même travail* » IC, L 168-169. Quand elle évoque le scepticisme, l'interne fait



référence, comme nous le définit le CNRTL<sup>35</sup>, à de *l'incrédulité ou manque de confiance à l'égard de la réussite d'un projet, de la possibilité d'un résultat*. Ce sentiment s'oppose à la confiance, un sentiment que nous allons développer un peu plus loin.

L'interne explique également « *en fait je pense que tu le vois y a des médecins qui sont un peu plus sceptiques que d'autres mais ceux qui sont hyper investis dans ce que vous allez faire au final tu vois ils sont hyper contents que tu sois là ils sont hyper à te parler à t'apprendre des trucs et tout* » IC, L184-186. Ce qui tend à suggérer que les médecins qui sont dans un processus d'implantation d'une IPA dans leur service sont des leviers indispensables à la réussite de l'implantation.

En outre, la directrice des soins nous explique qu'elle présente le projet en réunion avec les médecins chef de pôle et qu'elle s'attend à des résistances « *Sur la conférence des chefs de pôle ça risque d'être... Des échanges vraiment, voilà il va falloir que je défende le projet* » DDS, L 259-260.

D'ailleurs pour les médecins qui sont dans un processus d'implantation de l'IPA, on peut noter une notion de cooptation de l'IPA par le médecin qui la connaît déjà et qui semble faciliter l'implantation de celles-ci avec confiance. En effet, en service de néphrologie, les professionnels nous disent « *avec Audrey c'est une infirmière du service que l'on connaît déjà, en qui on avait confiance quand elle était infirmière ; c'est nous qui l'avons accompagnée pendant sa formation...enfin...moi j'ai une totale confiance en elle* » MN, L192-195. « *elle était IDE dans le service et c'est les mêmes médecins, donc elle était déjà intégrée et ses stages elle les a fait ici, donc c'est comme si elle avait toujours été là.* » IDEN, L 88-90 « *je la connaissais bien avant qu'elle fasse sa formation de iPA donc j'étais prêt même à déléguer un peu plus encore.* » CDP, L 355-356.

On retrouve cette notion en cardiologie évoquée uniquement par l'infirmière « *le fait de se connaître je pense que c'est important aussi* » IDEC, L 145.

Au sens strict du terme, la confiance est définie par le CNRTL<sup>36</sup> comme *une croyance spontanée ou acquise en la valeur morale, affective, professionnelle... d'une autre personne,*

---

<sup>35</sup> SCEPTICISME : Définition de SCEPTICISME. (s. d.). Consulté 27 mai 2022, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/scepticisme>

<sup>36</sup> CONFIANCE : Définition de CONFIANCE. (s. d.). Consulté 27 mai 2022, à l'adresse [https://www.cnrtl.fr/lexicographie/confiance#xd\\_co\\_f=YTg1Nzg0NjYtMjA1OS00MmYxLTgwNDQtNjJiNDI5ZGM1YmE0~](https://www.cnrtl.fr/lexicographie/confiance#xd_co_f=YTg1Nzg0NjYtMjA1OS00MmYxLTgwNDQtNjJiNDI5ZGM1YmE0~)

qui fait que l'on est incapable d'imaginer de sa part tromperie, trahison ou incompétence. La confiance est utilisée sous l'angle de « faire confiance » c'est à dire, qui serait plutôt désignée comme le fait de *considérer quelqu'un comme digne de la confiance qu'on lui accorde*. Selon Vincent MANGEMATIN et Christian THUDEROZ<sup>37</sup>, respectivement chercheur en gestion et sociologue, ils posent la question *Qu'est-ce que la confiance ? Un savoir hypothétique sur une conduite future. À quoi sert-elle ? À lubrifier les rapports sociaux, permettre le vivre-ensemble*. La confiance est donc un attribut qui permet aux relations humaines, et, ici professionnelles, d'avoir des bases solides et de faciliter les échanges. De leur côté, Richard DELAYE et Pascal LARDELLIER<sup>38</sup>, confrontent la confiance à la défiance et à la trahison et mettent en lumière ce que chacun de ces sentiments confèrent dans les relations humaines, et donc professionnelles, *elle relève donc tout à la fois de l'engagement, (m)oral et de la pensée symbolique. Car elle réunit, rassemble, là où la défiance isole, et où la trahison sépare et divise...*

De son côté, la directrice des soins nous dit « *c'est important pour avoir une confiance dans les IPA de la communauté médicale, il faut qu'il se passe quelque chose dans les prises en charge des patients c'est-à-dire que la communauté médicale puisse appréhender tout ce que l'IPA apporte en dehors de tout ce que le médecin aurait pu apporter lui-même dans la prise en charge.* » DDS L 282-285. Ce qui sous-tend que la confiance s'obtient en prouvant au corps médical la plus-value des IPA. Il y aura donc une période charnière où les premières IPA auront un rôle prédominant à jouer pour l'avenir des celles et ceux qui suivront.

### ➡ **Des doutes sur qualité de l'examen clinique**

Les internes émettent tous les deux des réserves quant à l'exercice clinique et notamment la qualité de l'examen clinique qu'ils mettent en lien avec le nombre d'années de formation, l'interne de néphrologie nous dit « *je pense que 2 ans c'est court pour être formé à l'examen clinique et à se faire une expérience sur l'examen clinique* » IN, L 172, 173.

---

<sup>37</sup>Thuderoz, C. (2016). Chapitre premier. Introduction au propos: La confiance en questions. In V. Mangematin (Éd.), *Des mondes de confiance: Un concept à l'épreuve de la réalité sociale* (p. 19-30). CNRS Éditions. <http://books.openedition.org/editions-cnrs/7285>

<sup>38</sup> Delaye, R., & Lardellier, P. (2016). *Introduction. Panser la confiance...* EMS Editions. <http://www.cairn.info/la-confiance--9782847698510-page-21.htm>

L'interne de cardiologie s'interroge sur les automatismes que les IPA doivent acquérir pour réaliser un examen clinique de qualité « *Plus dans l'auscultation et enfin nous pendant toutes nos études de médecine elles sont hyper longues et de nous dire bah ça c'est forcément ça il faut penser à ça ça tu vois enfin c'est des automatismes qu'ils nous font acquérir chaque année et après je me dis est-ce que au final vous votre formation vu qu'elle est courte est-ce que on vous fait penser à ses automatismes et que vous les aurez lors des consultations* » IC, L 39-42, et ajoute sur ce point « *des réflexes que le médecin pourrait avoir que vous peut-être par votre formation qui est pas..., qui est un ou deux ans peut-être vous n'aurez pas immédiatement tu vois quoi.* » IC, L 29-30.

L'interne ajoute à ces réserves, concernant la pratique clinique, qu'il ne faudrait pas que les IPA remplacent les médecins « *J'espère que ce sera par contre pas limité dans des trucs quoi en parlant de la clinique médicale (...) Que ça remplace pas le médecin* » IC, L 26-28. et l'importance que chacun reste à sa place « *Et sans pour autant... sans pour autant remplacer le médecin car chacun son taf* » IC, L 173-174.

#### ➡ ***Du positif avec de la fierté face à l'avancée des pratiques infirmières.***

Poursuivons sur les représentations qui ont une connotation plutôt positive, en cardiologie, le médecin déclare « *Je suis plutôt enthousiasmée par cette possibilité là. En tout cas quelque chose de plutôt positif quoi, j'ai pas de craintes, au contraire.* » MC, L 135-136, même si pour le moment les rôles et les missions semblent assez floues, il n'y a pas de représentation négative « *C'est assez flou à vrai dire. Pour moi je la considère vraiment comme une aide...* » MC, L 100, car pour ce médecin, c'est un plus dans la prise en charge des patients « *Donc ça déjà je pense que personnellement c'est intéressant pour la prise en charge du patient c'est un vrai plus* » MC, L 50-51.

La cadre ajoute à son tour « *j'ai un très bon ressenti dessus et je l'accueille vraiment très bien moi.* » CC, L 154-155. Enfin, l'infirmière nous donne son sentiment « *je la sens bienvenue, bienveillante,* » IDEC, L 145.

Ce sont des représentations soutenues par la direction de l'hôpital « *je suis très favorable et limite militante* » DDS, L 121.

Venant appuyer ces représentations positives, les professionnels de santé et notamment les cadres de santé et les infirmières expriment leur sentiment de fierté concernant la pratique

avancée « *de la fierté* » IDEN, L114, « *ce sentiment de confiance et de reconnaissance de la valeur des infirmières donc un sentiment de fierté.* » CN, L136-137, « *Oui c'est surtout un sentiment de fierté puisque c'est surtout une reconnaissance aussi pour la compétence infirmière* » CC, L 153-155.

La fierté est définie par le CNRTL<sup>39</sup> comme étant la *satisfaction d'amour-propre fondée*, les synonymes rattachés sont contentement et orgueil. C'est un sentiment qui s'appuie sur le registre laudatif.

Les professionnels lient ce sentiment avec l'avancée des pratiques du métier soce infirmier. En effet, les infirmières et cadres de santé ajoutent « *c'est un beau rôle, c'est une belle avancée, je trouve ça bien* » IDEN, L 115, « *c'est une mise en avant de la fonction infirmière, c'est une belle évolution de carrière* » CN, L 58, « *C'est une très belle reconnaissance pour notre métier* » L 59-60, CC avec une reconnaissance des compétences des infirmières « *c'est vraiment une belle évolution une belle preuve de reconnaissance aussi des capacités que les infirmières peuvent avoir dans le développement de leurs connaissances* », CN, L133-134.

La cadre de cardiologie trouve d'ailleurs que le titre de ce nouveau métier est significatif et bien trouvé « *je trouve que en soi le titre, il est tout à fait adapté parce qu'on avance nos pratiques, on fait évoluer nos pratiques* », CC, L 80-81.

En néphrologie, l'implantation de l'IPA est effective. L'infirmière nous dit en parlant de l'IPA qu'*elle a réussi à se mettre en place dans l'équipe au niveau médical et paramédical* » IDEN, L 83. D'ailleurs, le médecin nous explique qu'elle est absente en ce moment pour des raisons personnelles et que son absence est visible « *on la regrette un peu parce que ça nous rend bien service.* » MN, L 82. De son côté, alors que nous avons vu ci-dessus qu'il émettait certaines craintes, l'interne dit « *je suis ravi de pouvoir collaborer avec les IPA, travailler en équipe* » IN, L122.

### ➡ **Identité professionnelle et clichés**

Pourtant durant l'entretien, le médecin emploie le terme de « super-infirmière ». Il est le seul à employer ce type d'apriori soit une proportion minime de la population interrogée

---

<sup>39</sup> FIERTÉ: Définition de FIERTÉ. (s. d.). Consulté 27 mai 2022, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/fiert%C3%A9>

(n= 1/10). On retrouve donc peu de terme dépréciatif tel que nous avons pu le rencontrer dans le constat. Il évoque ce terme en expliquant que l'IPA adopte des habitudes pratiques qui ne sont pas du domaine des infirmières « *l'IPA découvre (en parlant des habitudes pratiques qui ne sont pas du domaine de l'infirmière) en devenant cette espèce de super infirmière...* » MN, L 213-214.

Dans ce qu'il avance, il affirme qu'un changement s'opère dans l'identité professionnelle. Pour arriver à cela, les professionnels de santé expriment qu'il est nécessaire d'avoir des apprentissages cliniques et pratiques « *pour qu'elle se...familiarise avec la pratique, qu'elle voit un petit peu comment est-ce qu'on conduisait une consultation* » MN, L 100-101. et que la formation est indispensable à l'exercice du métier « *elle a les réponses grâce à sa formation.* » IDEN, L 101. Le médecin nous indique qu'il y a la nécessité d'avoir une posture différente et une attitude réflexive des situations cliniques pour être autonome « *on confrontait nos décisions thérapeutiques derrière pour qu'elle essaie de prendre l'habitude de voir comment elle s'adaptait à une situation clinique quoi...ou biologique* » MN, L108-110.

Selon le CNRLT, être autonome<sup>40</sup> se dit d'une personne *qui est moralement, intellectuellement indépendant, qui mène une existence indépendante* En effet, dans son identité professionnelle l'infirmière a un champ d'autonomie limité à son rôle propre. Cependant, l'IPA devient autonome dans son activité, les patients lui étant confiés par le médecin et ré-adressés par l'IPA au médecin en cas de modification de l'état de santé du patient comme stipulée dans le protocole d'organisation.

D'ailleurs, à plusieurs reprises, le chef de pôle, qui nous fait bénéficier de son expérience car il a pu voir les métiers évoluer au fil de sa carrière, nous dit « *je pense que, il faut que vous ayez suffisamment de force pour sortir de votre rôle traditionnel patriarcal, c'est-à-dire, moi je décide et vous vous exécutez, il faut que ce modèle soit cassé ça je vous le dis clairement sinon y a des très gros risques et il est pas possible d'imaginer que les IPA soient là pour encaisser* », CDP, L 380-382. Il parle du modèle actuel IDE/médecin qui ne doit pas être le même modèle IPA/médecin « *il faut changer de modèle, de modèle interne je veux dire c'est-à-dire le modèle traditionnel de l'infirmière et du médecin il y a un modèle*

---

<sup>40</sup> AUTONOME : Définition de AUTONOME. (s. d.). Consulté 27 mai 2022, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/autonome>

*traditionnel* », CDP, L 452-453, et ajoute également « *qu'il faut que vous soyez clairement dans le fait que vous n'êtes plus une infirmière et que vous êtes une IPA et dans la tête il y a un chemin à faire.* » CDP, L 389-390.

Le modèle patriarcal nommé ici fait référence à l'historique de la profession d'infirmière qui a longtemps était sous l'égide des hommes, des patriarches, en limitant l'accès aux femmes à la lecture et l'écriture, puis à l'accès aux métiers du corps médical. Cependant, les relations médecin-infirmière ont évolué même si, historiquement, cette relation était basée sur l'inégalité de genre, de statut et d'éducation.

Ce modèle patriarcal amène une prise en charge verticale, où chacun réalise des tâches. Henry MINTZBERG est une référence dans le domaine sociologique des organisations, il est cité par Dominique GROOTARES<sup>41</sup>. Il différencie plusieurs types d'organisation du travail notamment concernant la division et la coordination du travail avec deux dimensions:

- *horizontale lorsque les opérateurs effectuent un nombre limité de tâches répétitives, ou de division horizontale faible s'ils réalisent beaucoup de tâches très diversifiées.*

- *verticale lorsqu'il existe une séparation claire entre la conception des tâches à réaliser et leur exécution; elle est faible si les opérateurs qui réalisent le travail sont aussi ceux qui le conçoivent.*

Avec l'arrivée des IPA, l'objectif d'une prise en charge plus holistique et donc de plus d'horizontalité dans l'organisation du travail devrait modifier les modèles anciens.

L'infirmière qui débute sa formation de pratique avancée doit sortir de l'égide du médecin et modifier considérablement son identité professionnelle aux yeux de ses pairs infirmiers, des autres professionnels de santé, mais également au niveau sociétal. Cependant, les IPA passent souvent de statut d'experte ou de ressource à un statut de novice dans leur nouveau métier fragilisant l'appropriation de cette nouvelle identité.

Il faut également que les IPA parviennent à faire comprendre ces nouvelles missions et ces nouveaux rôles à leurs collègues IDE qui peuvent parfois être un frein à son implantation « *les IDE elles voulaient qu'elle s'occupe de A à Z de ses patients, sa consult, les bilans, les*

---

<sup>41</sup> *Les apports de Henri Mintzberg: L'approche systémique pour mieux comprendre les organisations.* (s. d.). Consulté 27 mai 2022, à l'adresse [http://www.legrainasbl.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=114:les-apports-de-henri-mintzberg-lapproche-systemique-pour-mieux-comprendre-les-organisations&catid=9&Itemid=103](http://www.legrainasbl.org/index.php?option=com_content&view=article&id=114:les-apports-de-henri-mintzberg-lapproche-systemique-pour-mieux-comprendre-les-organisations&catid=9&Itemid=103)

*urines, les constantes, etc.. alors qu'y a une AS et les IDE qui sont là pour les autres patients. (...) Mais maintenant elles reprennent cette partie là. C'était mal vu parce qu'elle est infirmière. » IDEN, L 149-153. Un frein qui a déjà été identifié et qui est connu des directions, puisque la directrice des soins nous dit « je sais qu'un des freins à l'implantation des IPA c'est la communauté infirmière qui peut ne pas être en proportion à accueillir les IPA » DDS, L 245-246.*

L'identité professionnelle se construit également avec la place que l'IPA prend vis à vis de ses collègues. En néphrologie, l'infirmière nous dit, en parlant des IPA « *Ils passent plutôt du côté médical après, ils sont plutôt avec les médecins. » IDEN, L 38, et ajoute « C'est sûr qu'elle est pas médecin, mais elle est avec eux tout le temps. » IDEN, L 59.*

De son côté, la direction explique ce qu'elle met en place pour éviter ce frein à l'implantation « *je milite pour qu'elle s'identifie bien comme des infirmières c'est très important vis-à-vis de leurs collègues infirmiers de leur faire sentir qu'elles sont toujours dans la communauté infirmière. » DDS, L 247-248. Il y a donc une place à construire, à prendre de manière à ce que cela corresponde au mieux à l'identité professionnelle des IPA.*

A deux reprises, le mot communauté a été employé. Selon le CNRTL<sup>42</sup>, la communauté est définie comme étant *un ensemble de personnes vivant en collectivité ou formant une association d'ordre politique, économique ou culturel*. Faire partie d'une communauté signifie mettre en place plusieurs mécanismes en s'associant à un groupe et notamment celui de l'identité collective que nous avons détaillé plus haut.

Dans son rôle d'accompagnateur au changement et concernant le déploiement des IPA, la direction se positionne également à son niveau « *c'est mon rôle dans le déploiement des IPA, donc moi je me positionne comme étant facilitateur, un peu guide sur la question de la mise en place des infirmières en pratique avancée » L 138-140, DDS, créant des stratégies d'implantation « j'ai rédigé un guide d'intégration des IPA dans l'établissement » L 159-160, DDS et projettent les difficultés de terrain qui font écho aux changements de modèle et à l'arrivée de ce nouveau métier « *C'est pas forcément simple parce qu'on invente tout, en fait, c'est pas....., une IPA elle a pas sa place, on l'a construit pour elle, et puis, elle l'a construit en revenant de formation » L 145-146, DDS. Dans son référentiel, Compétences professionnelles**

---

<sup>42</sup> COMMUNAUTÉ : Définition de COMMUNAUTÉ. (s. d.). Consulté 27 mai 2022, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/communaut%C3%A9>

pour l'accompagnement d'un changement, Louise LAFORTUNE<sup>43</sup> explique que pour « *les organisations, un changement de cet envergure comporte des défis stimulants* », elle ajoute que « *changer ou modifier ses conceptions et ses pratiques demande du temps et les personnes impliquées ont besoin d'un accompagnement pour cheminer dans ce processus complexe* » afin de « *l'intégrer graduellement à leur pratique* » et permettre « *d'éviter de fortes réactions de résistance qui freinent le changement.* »

On comprend ici qu'il y a un changement de paradigme nécessaire pour construire et revendiquer une nouvelle identité professionnelle sans trahir la communauté infirmière au dépend de celle de la communauté médicale.

### ➡ ***Un besoin d'acculturer***

En déclarant « *je parle des IPA, j'essaye de placer le sujet dans la conversation aussi pour que tout le monde s'acculture à ces questions là,* » DDS, L 210-211, la direction prend conscience qu'un plan d'action doit être formalisé pour acculturer les professionnels de terrain qui ne connaissent pas encore ce nouveau métier « *il faudra qu'on communique pour dire il y a des infirmières en pratique avancée, voilà ce qu'elles font sur le terrain, communiquer présenter ce qu'elles font.* » DDS, L 141-142.

En sociologie, le terme acculturer ou acculturation est désigné par A et R MUCCHIELLI dans son Lexique des sciences sociales<sup>44</sup> comme *un processus par lequel un individu apprend les modes de comportements, les modèles et les normes d'un groupe de façon à être accepté dans ce groupe et à y participer sans conflit*. Pour acculturer les professionnels de santé, il semble que la communication soit un élément qui permette d'apprendre le comportement, le modèle et les normes de ce nouveau groupe de professionnels que sont les IPA.

La communication est définie par le CNRTL<sup>45</sup> comme *l'action de communiquer avec quelque chose à quelqu'un*. D'un point de vue des sciences sociales, et toujours selon le

---

<sup>43</sup> Lafortune, L. (2008). Compétences Professionnelles Pour L'Accompagnement D'un Changement : Un Référentiel. PUQ.

<sup>44</sup> Mucchielli-Bourcier, A., & Mucchielli, R. (1969). *Lexique des sciences sociales*. Entreprise moderne d'édition. <https://books.google.fr/books?id=fF0wAAAAMAAJ>

<sup>45</sup> COMMUNIQUER : Définition de COMMUNIQUER. (s. d.). Consulté 27 mai 2022, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/communiquer>



CNRTL, *c'est un processus par lequel une personne émet un message et le transmet à une autre personne qui le reçoit, avec une marge d'erreurs possibles* en utilisant différents vecteurs de communication. Avec cette dernière définition, on comprend que la communication permet de transmettre des informations via différents vecteurs de communication, mais qu'il peut toujours y avoir des erreurs de transmissions et de réception de ces informations.

Une information est définie par le CNRTL<sup>46</sup> comme étant *l'ensemble des activités qui ont pour objet la collecte, le traitement et la diffusion des nouvelles auprès du public*. C'est un élément essentiel dans notre société, elle représente un outil de communication. Cependant, on peut se demander si l'information transmise est de toujours de qualité et en phase avec la réalité de terrain.

Toute communication véhicule donc une ou plusieurs informations, entre un locuteur et un interlocuteur. D'ailleurs quand l'interne de cardiologie nous dit « *au départ j'ai.. j'en avais parlé avec Katia que je lui disais que je trouvais ça ridicule* » IC, L 202-203, une information est transmise dans cette forme de communication et véhicule une information sur la pratique avancée. En se penchant davantage sur les enjeux de la communication, le professeur de sciences de l'information et de la communication, Alex MUCCHIELLI, définit 5 enjeux dans son ouvrage *Psychologie de la communication*<sup>47</sup>: *les enjeux informatifs, les enjeux de positionnement d'identité, les enjeux d'influence, les enjeux relationnels et les enjeux normatifs*.

Outre cela, la psychologue Denise JODELET<sup>48</sup> désigne le concept de représentation comme *une forme de pensée sociale*, elle ajoute que *le marquage social des contenus ou des processus de représentation est à référer aux conditions et aux contextes dans lesquels émergent les représentations, aux communications par lesquelles elles circulent, aux fonctions qu'elles servent dans l'interaction avec le monde et les autres*.

La communication et les informations qui sont transmises dans toutes formes de communication, ont donc un ou plusieurs enjeux importants dans l'appropriation et dans la

---

<sup>46</sup> *INFORMATION: Définition de INFORMATION*. (s. d.). Consulté 27 mai 2022, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/information>

<sup>47</sup> Mucchielli, A. (1995). *Psychologie de la communication*. Presses universitaires de France.

<sup>48</sup> D, J., & JODELET D. (1986). Représentation sociale: Phénomène, concept et théorie. P 357-378.

reconnaissance de l'identité professionnelle des IPA, des représentations que chacun pourra en avoir et donc de la présence ou non de résistances.

De plus l'interne de cardiologie qui était au début très sceptique à l'arrivée des IPA, explique que grâce aux informations et aux échanges nombreux au sein des équipes, elle a changé d'opinion « *mais après en y réfléchissant et en passant du temps ensemble je me rends compte que c'est pas du tout le cas et c'est pas du tout pareil et c'est plus une aide et pas en mode tu vas faire le taf d'un cardiologue* » IC, L 169-170. Ce qui corrobore les données de Michel-Loup ROUQUETTE vues en première partie et expliquant que les représentations ne sont pas figées et qu'elles peuvent être modifiées grâce à des informations *capables de dériver des opinions particulières d'attitudes déjà installées.*

La communication et l'information pourraient donc se révéler être un levier très efficace permettant de lever les résistances.

Les professionnels ont conscience que ce métier est nouveau et qu'il y a peu de représentations de cette nouvelle forme de pratique. Du côté médical, même si des résistances apparaissent et sont liées au scepticisme d'une telle pratique, il semble que les médecins qui sont dans un processus d'implantation d'une IPA dans leur service sont des leviers à l'implantation s'opposant au scepticisme grâce à la confiance et la cooptation des IPA. Du côté infirmier, un sentiment de fierté prédomine grâce à la reconnaissance de l'avancée des pratiques et est un atout pour l'accueil des IPA. Pour autant, les IPA, dans ce changement de paradigme, en construisant leur nouvelle identité professionnelle, ne doivent pas trahir la communauté infirmière en basculant dans la communauté médicale. De plus, nous avons vu que la communication et l'information pourraient se révéler être un outil pour éviter les résistances.

L'hypothèse 1 est donc validée puisque c'est au travers des représentations des professionnels de santé que l'implantation de l'IPA est conditionnée.

Dans notre travail nous cherchons à vérifier l'état des connaissances des rôles et des missions des IPA que les professionnels de santé possèdent, c'est notre deuxième hypothèse que nous allons aborder.

## 2.7.2. EN REGARD DE L'HYPOTHÈSE 2 : Le manque de connaissance des rôles et missions de l'IPA impacte son implantation.

### ➔ *Connaître ou ignorer l'existence des IPA ?*

Lorsque que l'on demande aux professionnels de santé s'ils connaissent le terme de pratique avancée, ils répondent « oui » à hauteur de 90% (n=9), « non » à hauteur de 10 % (n=1).

Dans la proportion des « oui », 30% semblent connaître mais sans trop savoir à quoi cela correspond précisément « *Un petit peu* » IC, L 10, « *Oui j'en ai entendu parler mais après dire...* » IDEC, L 29, « *c'est quelque chose dont j'ai peut-être une certaine définition mais pas la connaître entièrement* » CC, L 41-42. Il s'agit essentiellement des professionnels du secteur de la cardiologie.

Nous avons ensuite demandé ce que les professionnels de santé connaissaient de la pratique avancée.

Les professionnels expriment que la pratique avancée est un chevauchement des compétences paramédicales et médicales avec notamment une partie clinique médicale. « *c'est un complément à la prise en charge du patient, de la prise en charge médicale...alors, ça se chevauche un petit peu.* » MN, L 115-116, « *c'est aussi surtout une énorme collaboration avec le médecin.* » CC, L 49-50, une pratique qui fait le pont entre la pratique infirmière et la pratique médicale « *La pratique avancée pour moi c'est une pratique qui fait le pont entre, justement la, la pratique infirmière et la pratique médicale* » CC, L 79-80.

### ➔ *Une place spécifique à plusieurs niveaux.*

Pour les professionnels de la catégorie médicale, l'IPA est décrite comme ayant une place spécifique dans le parcours de soins de la personne soignée avec la nécessité de créer un lien pour faciliter la prise en soin « *entretenir un espèce de lien entre la prise en charge médicale et la prise en charge para médicale qui est quand même assez intéressant....et qui je pense a toute sa place dans la prise en charge du patient actuellement.* » MN, L 132-135. On retrouve ici une notion intéressante sur la transmission par le patient de la vérité à l'infirmière plutôt qu'au médecin « *le patient dit pas forcément la vérité et alors qu'avec l'infirmier il y a des possibilités de se confier plus facilement* » MC, L 117-119. C'est notamment dans la relation soignant-soigné qu'est admis que le patient se confie davantage aux paramédicaux

qu'aux médicaux. En parcourant le chapitre s'interrogeant sur « Le rôle proposé peut-il fonder l'autonomie professionnelle des infirmières? », France LERT<sup>49</sup> fait référence à une étude sur l'installation d'une équipe consultante de soins palliatifs dans un hôpital parisien montrant les modes de fonctionnement interne des équipes et la place de la personnes soignée. France LERT nous dit que *si les codes sociaux attribuent un rôle à chaque catégorie de soignant, le malade peut les investir et parfois les subvertir. Le cas où le malade fait bonne figure devant le médecin, réserve ses questions à l'infirmière et l'expression de ses inquiétudes à l'aide-soignante sont classiques.* On peut se demander si cette relation soignant-soignée est basée sur l'identité professionnelle de l'interlocuteur qui fait face à la personne soignée. Si c'est le cas, l'IPA qui construit sa nouvelle identité professionnelle doit garder appui sur les bases de son identité professionnelle d'infirmière afin que la relation soignant soigné en soit facilité.

L'IPA obtient alors une place en tant que professionnel de santé reconnu dans le parcours de soins de la personne soignée et permet, selon l'ensemble des professionnels de santé interrogés, d'échanger autour d'un autre avis, d'un autre point de vue sur une situation de prise en charge, et ainsi apporter une orientation différente « *peut-être déjà un point de vue différent* » IN, L 104, « *je pense que toi tu auras une approche différente* », L 116, MC. On retrouve également la notion, pour le corps médical, d'un sentiment de soutien dans les prises en charge « *on est moins seul dans la prise en charge du patient.* » IN, L 136-137, « *c'est plus avec le recul je me rends compte que c'est une aide qui est précieuse et que c'est un sentiment de soutien* » IC,171-172. Comme définit par le CNRTL, le soutien<sup>50</sup>, synonyme d'aide ou d'appui, est *ce qui permet à quelque chose de se maintenir et/ou de parfaire son développement, ou ce qui aide quelqu'un à traverser une épreuve.*

Une place spécifique dans le parcours de soins des personnes soignées avec un objectif identifié par les professionnels de santé comme étant celui d'améliorer la qualité des soins « *Donc si on peut gagner effectivement en qualité de soins ça c'est génial quoi.* » IDEC, L 157. Les professionnels de santé projettent d'ailleurs l'IPA dans le parcours de soins des

---

<sup>49</sup> Lert, F. (1996). Le rôle propre peut-il fonder l'autonomie professionnelle des infirmières ? (Commentaire). *Sciences Sociales et Santé*, 14(3), 103-115. <https://doi.org/10.3406/sosan.1996.1370>

<sup>50</sup> SOUTIEN: Définition de SOUTIEN. (s. d.). Consulté 27 mai 2022, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/soutien>

patients hospitalisés « *Tu vois si on vous les remet en consultation 3-4 jours après leur sortie au lieu de 15 jours pour réadaptation traitement (...) que vous puissiez le revoir plus rapprochée ou mieux réorienter le patient c'est bien* » IC, L 67-70, avec l'idée d'éviter les ré-hospitalisations « *d'avoir ce rôle pour éviter au maximum que les patients reviennent à l'hôpital ça peut être que meilleur.* » L 172-173, IC.

C'est une mission des IPA qui est bien identifiée à la fois en néphrologie et en cardiologie.

### ➔ **Plus de temps à consacrer**

Pour ce faire, la majorité des professionnels de santé expliquent que l'IPA dispose d'un temps dédié à la personne soignée qui est plus important que le médecin. À la fois pour discuter, écouter « *vous avez un peu plus de temps d'écoute je trouve que vous passez quand même beaucoup de temps à écouter, à discuter avec le patient* » IDEC, L 167-168 mais également pour réaliser de l'éducation thérapeutique « *une heure de consultation ce qui permet d'avoir le temps de discuter un petit peu plus avec lui et puis de faire profiter à la fois d'une vision médicale et d'une vision paramédicale qui, je pense, est profitable au patient au-delà purement du travail médical qu'elle prend en charge* » MN, L126-130.

En effet, il est prévu que les consultations IPA durent entre 45 min et 1heure. Il n'y a pas de texte officiel sur ce temps dédié, mais il est acté au sein de la communauté des IPA. D'ailleurs, il est admis par les médecins que l'IPA passera davantage de temps pour pallier au manque de temps médical « *c'est une aide médicale dans la... enfin, dans le temps que l'on peut attribuer aux patients.* », MC, L 51-52 « *ce que nous on devrait faire aussi mais on n'a pas vraiment le temps en fait* » MC, L 66-67 et notamment dans l'accompagnement « *il y a toute une partie où l'IPA a potentiellement un peu plus de temps à passer avec le patient pour une partie d'éducation thérapeutique, d'accompagnement, de répondre à certaines questions sur l'orientation de sa prise en charge* » MN, L 116-121.

A l'heure où le temps est devenu un critère aux multiples sens dans le système de santé, on peut lire dans le chapitre intitulé « Le temps, une dimension indispensable » dans l'ouvrage « Soigner (l') humain » de Barrier & al <sup>51</sup> que *l'accélération des temps implique une*

---

<sup>51</sup> Barrier, J., Georges-Tarragano, C., Saccoman, B., Pierru, F., & Astre, H. (2015). *Le temps, une dimension indispensable du soin*. Presses de l'EHESP. <http://www.cairn.info/soigner-l-humain--9782810903962-page-95.htm>

*forme de diffusion à grande échelle, voire d'uniformisation des pratiques de soin. Toutefois, cette dernière se heurte à la réalité de l'humain et de sa complexité : le soin nécessite du temps. Or le temps disponible est de plus en plus réduit, contraignant parfois les soignants à une approche parcellaire, parfois exclusivement technique, ne disposant pas du temps de « prendre soin ». L'IPA devra respecter et garder le temps dédié tel qu'il est défini actuellement de manière à ne pas imposer à la personne soignée, une fois de plus, une diminution de ce temps accordé ce qui induirait un morcellement de sa prise en charge.*

**➔ Une formation pour des connaissances plus poussées**

La majorité des professionnels de santé décrivent l'IPA comme « *une infirmière qui se forme à développer ses compétences cliniques par de la consultation mais il faut déjà qu'elle solidifie son savoir sur les pathologies* » CC, L 45-46, expliquant qu'une formation est nécessaire pour se spécialiser dans un domaine d'activité « *j'ai cru comprendre que c'était des infirmières qui rajoutées un ou deux ans à leur formation pour se spécialiser dans un domaine* » IC, L 10-11, de manière à acquérir une qualification supplémentaire « *je l'interprète comme étant on va dire une formation supplémentaire, une qualification supplémentaire* » L 37-39, MC.

Pour obtenir cette qualification supplémentaire, les professionnels de santé s'accordent à dire que l'IPA a des connaissances plus poussées qu'une infirmière « *beaucoup plus poussée que l'IDE classique, même les connaissances, elles sont beaucoup plus avancées.* » IDEN, L 57-58. Sur le site du Ministère des solidarités et de la santé du gouvernement<sup>52</sup>, on peut lire que « *la pratique avancée favorise la diversification de l'exercice des professionnels paramédicaux et débouche sur le développement des compétences vers un haut niveau de maîtrise. Le travail de l'infirmier en pratique avancée (IPA) sera donc pleinement reconnu* ». Ces connaissances et ces compétences seront obtenues lors de la formation des infirmiers en pratique avancée d'une durée de 2 ans et conférant un grade Master.

---

<sup>52</sup> *L'infirmier en pratique avancée—Ministère des Solidarités et de la Santé.* (s. d.). Consulté 27 mai 2022, à l'adresse <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>

### ➔ *Des compétences bien connues....*

Nous avons détaillé dans la première partie les différentes compétences indispensables à l'exercice de la pratique avancée et qui sont basées sur le modèle d'HAMRIC. Nous allons ici approfondir la description des compétences qui ont été mises en avant par les professionnels de santé et celles qui n'ont pas été évoquées.

Majoritairement, les professionnels de santé décrivent assez bien le rôle de pratique clinique directe et notamment pour la prise en soins de personnes présentant une ou des pathologies chroniques *« j'ai l'impression que le rôle des IPA s'ancrera surtout dans le suivi des patients souffrant de pathologies chroniques, du renouvellement d'ordonnances, des modifications de traitements à visée chronique et voilà de permettre aussi de dépister des changements aigus lors du suivi qui nécessiterait de voir un médecin ou un spécialiste pour revoir l'ensemble des traitements ou une partie des traitements en particulier »* IN, L51 à 56, *« on va dire, pouvoir faire de la consultation entre autre, renouveler, enfin je te dis ce que j'en sais, renouveler les traitements, prescrire certains examens certains bilans, faire des courriers, adresser à tels ou tels professionnels au besoin »* IDEN , L33-35. Ils décrivent également majoritairement la compétence de guidante et de coaching notamment au travers de l'éducation thérapeutique grâce à un suivi régulier *« je pense que la participation à l'éducation thérapeutique à l'adaptation thérapeutique est aussi un point important »*, CDP, L468-470, *"Je pense aussi que l'autre atout par un suivi par des infirmiers ou des infirmières de pratique avancée serait de renforcer l'éducation thérapeutique, l'éducation des patients en instaurant peut-être un suivi un peu plus régulier. »* IN, L55-60.

Mais pour les professionnels médicaux, les compétences connues sont souvent limitées à ces deux dernières *« c'est 2 rôles qui sont importants à mon sens pour les IPA »* IN, L65-66, *« Probablement qu'il y a d'autres rôles que je ne connais pas »* IN, L 70. En questionnant le rôle propre infirmier et en abordant la question de l'autonomie des infirmières, Elisabeth Noel<sup>53</sup>, décrit dans sa thèse de doctorat en science de l'éducation *« Quant au corps médical, il a du mal à accepter ce rôle propre car l'infirmière reste pour lui avant tout une exécutante, tout en lui concédant une totale liberté dans la manière de mener à bien l'exécution des soins. »* D'ailleurs dans son mémoire portant sur la ré-évolution du métier

---

<sup>53</sup>Noel, E. (2003). *L' autonomie des infirmières : Le rôle propre questionné* [Thèse de doctorat, Paris 13]. <https://www.theses.fr/2003PA131013>

d'infirmière Sandrine BENOIT<sup>54</sup>, nous dit que *les médecins ont bien souvent une vision partielle de l'activité globale de l'infirmière. Ils n'appréhendent pas le métier dans toutes ses dimensions, bien souvent par méconnaissance. En effet, ils connaissent parfaitement le rôle de l'infirmière sur prescription (...) puisqu'ils en sont la source. Cependant, ils pensent globalement bien connaître la fonction.* Aussi, comme pour le rôle propre de l'infirmière, les autres compétences doivent rester acquises et être mises en place au service de la personne soignée et l'IPA ne doit pas se laisser phagocyter par des compétences qui n'ont pour seul objectif que de donner davantage de temps médical « *C'est-à-dire que je pense que l'IPA nous décharge d'une partie de notre travail et c'est bien parce qu'on en a besoin...* MN,L115-116, Pour y arriver, et comme c'est souvent par méconnaissance, la communication et la transmission d'informations concernant les différentes compétences de l'IPA, devront être expliquées clairement, tout comme évoqué par la cadre de néphrologie, en faisant la « *promotion de son rôle en tant que telle* » CN, L83 et éviter, comme nous le dit la directrice des soins, que l'ensemble des compétences ne soient pas utilisées « *Ça pour moi vraiment c'est une inquiétude et que ça ne devienne pas un peu comme les cliniciennes. (...) c'est une formation super intéressante et en fin de compte il y en a qu'un tout petit pourcentage qui est utilisé avec toutes les compétences* » L 380-383, DDS

Ainsi ce sont les professionnels de santé du corps infirmier qui abordent d'autres compétences comme celle du leadership, qui est évoquée, notamment, autour des projets qui vont se mettre en place dans les services « *un rôle de leadership aussi au niveau des équipes, mettre en place des projets, faire des cours médicaux, paramédicaux* » IDEN, L 36-37 ; « *Moi je compte aussi sur ce leadership et développer les compétences notamment des nouveaux arrivants* » L 110-111, CN mais aussi pour améliorer les pratiques professionnelles et la transmission du savoir « *c'est peut-être par cette expertise de pratique avancée oui peut-être on va peut-être pouvoir faire évoluer la pratique de l'infirmière en soins généraux* » CC, L 205-206. D'ailleurs, dans cette optique de développer les connaissances et les compétences des infirmières, l'infirmière de néphrologie a pu bénéficier de celles de l'IPA mention néphrologie, dialyse en poste dans son service « *elle est venue et elle m'a expliqué l'examen clinique que j'aurai pas forcément fait ou des questions que je posais pas forcément. J'ai fait*

---

<sup>54</sup> Benoit, S. (s. d.). Ré-évolutions du métier d'infirmier. 108. P 22/102



*une consultation avec elle, j'ai mieux développé mes consultations du coup derrière. (...) J'ai développé mes compétences.* » IDEN, L 104-107. L'IPA aura un rôle de transmission et d'amélioration des pratiques professionnelles qu'elle partagera avec l'ensemble de l'équipe d'encadrement et médicale.

➔ ***...aux compétences moins connues.***

La compétence recherche est décrite uniquement par la cadre de néphrologie et la directrice des soins, toutes deux, nous expliquant ensuite qu'elles ont dû réaliser pour l'une comme pour l'autre des recherches sur la pratique avancée avec comme objectif principal : l'implantation des IPA « *leadership, la recherche, l'éducation* », CN, L81-82; « *Il y a un rôle dans la pédagogie, en recherche.* », DDS, L 274. La cadre de néphrologie nous fait part également de ses projets en lien avec la compétences recherche « *Après pour la recherche, j'aimerais bien qu'on puisse mettre en place des études sur le développement des soins de support* » CN , L115. Monique FORMARIER<sup>55</sup> nous dit qu'*il manque aux infirmières une culture et une rigueur scientifique (...) Les infirmières n'apprennent pas à lire les recherches et à en utiliser les résultats*, mais elle ajoute que de nombreux axes sont mis en place afin d'*apporter un changement positif*, et la formation des IPA en fait partie. C'est d'ailleurs au travers des ces deux années et notamment de ce mémoire de recherche, que l'étudiante IPA s'approprie ou se ré-approprie les fondements de la recherche scientifique pour devenir un levier, parmi tant d'autres, de l'essor de la recherche en soins infirmiers.

Les autres compétences détaillées en première partie selon le modèle d'HAMRIC n'ont pas été évoquées par les professionnels de santé lors des entretiens.

➔ ***De la méconnaissance en cardiologie...***

En cardiologie, le médecin et l'infirmière répondent, objectivement et sincèrement à la question qui porte sur la connaissance des rôles et missions de l'IPA, avouant ne connaître ni l'un ni l'autre « *Alors exactement non* » MC, L 37; « *non non non.* » IDEC, L 109. De son côté, alors qu'elle a pu accéder à des informations, la cadre de santé nous confie que « *c'est quelque chose dont j'ai peut-être une certaine définition mais pas la connaître entièrement* » CC, L 41-42.

---

<sup>55</sup> Formarier, M. (2010). Réflexions sur la recherche en soins infirmiers aujourd'hui. *Recherche en soins infirmiers*, 100(1), 111-114.

### ➔ ... et de la connaissance erronée

Durant les entretiens, il a fallu garder à l'esprit la place de chercheur et donc de ne pas influencer, ni contredire, ou donner des informations que ce soit au travers de la communication verbale ou non-verbale. Aussi, lorsqu'il y a eu des moments où ont été évoqués des connaissances erronées de la pratique avancée, nous avons poursuivi et rétabli la connaissance hors entretien.

En effet, en cardiologie, les professionnels ont tous décrit ce qu'ils pensaient être la pratique avancée en l'état actuel de leurs connaissances, expliquant alors que l'IPA serait consulté en première intention « *Pour moi c'est un rôle de consultation, de diagnostic de première intention* » CC, L 92 pour élaborer un diagnostic « *Euh...dans l'élaboration du diagnostic d'un malade... qui évolue dans une maladie avec les différents signes de la maladie et puis..... établir le diagnostic et puis la conduite à tenir pour la prise en charge.* » IDEC, L 33-34. Mais aussi être à la place du médecin, le suppléer, un peu comme un interne « *Pallier un petit peu.. enfin pallier, suppléer le médecin être aussi à la place du médecin et avancer aussi son travail à lui.* » IDEC, L 44-45; « *Non à part établir des anamnèses peut-être, un petit peu ce que fait l'interne pour le médecin sur le dossier en tant que tel et sur l'examen clinique auprès du malade.* » IDEC, L 115-116. Comme vu plus haut, dans l'hypothèse 1, on retrouve pour l'infirmière un modèle patriarcal basé sur un mode de délégation, de collaboration où le médecin prescrit et l'IPA exécute « *oui tu tournes pas sans le médecin donc oui pour moi tu entres en collaboration avec lui* » IDEC, L 57. De plus, la cardiologue garde ce modèle en tête en expliquant « *l'infirmière de pratique avancée je vais directement lui demander (...) des missions de gestion médicale* » MC, L 87-89.

Pour l'interne, l'IPA n'exerce pas dans un domaine mais plutôt dans une spécialité restreinte « *je suppose que tu peux pas être pratique avancée en néphro le lendemain en endoc'.* » IC, L15-16. Cependant, les IPA seront amenées en fonction de la mention choisie en deuxième année à avoir un vaste champ de compétences permettant aussi la prise en charge holistique de la personne soignée. Ainsi, une personne porteuse d'un diabète et souffrant également d'insuffisance cardiaque pourra être suivi par une IPA pour ses deux pathologies chroniques si elles sont stabilisées, c'est à dire hors phase aiguë.

Si on se réfère aux deux services, on se rend compte qu'en néphrologie, il n'y a pas de

connaissance erronée. On sait également qu'une IPA est en poste et qu'elle est identifiée en tant que telle. Aussi, on peut penser que, c'est par le biais de l'IPA que les professionnels de santé ont pu obtenir les connaissances sur ce nouveau métier.

Aussi pour comprendre comment les professionnels de santé se sont appropriés ces connaissances qu'elles soient erronées ou non, nous les avons interrogé sur les sources d'informations qu'ils ont pu avoir, qu'ils ont pu rechercher, ou qui se sont imposées à eux.

### ➔ *Les vecteurs d'informations*

Et, pour appuyer notre argument ci-dessus, il semble que c'est probablement la présence d'IPA ou d'étudiante IPA qui est vecteur d'informations. En effet, les professionnels nous disent « *j'ai appris ce que c'était l'IPA via le cursus d'A.* » MN, L 83; « *on en a entendu parler, plus qu'entendu parler puisqu'on a des étudiantes IPA* » IN, L43-44; « *toi, t'en parle tellement avec passion t'es tellement investie que en fait ça donne envie de connaître mais après c'est toujours pareil quand tu rencontres les bonnes personnes pour te parler de quelque chose c'est toujours plus agréable* » IC, L 213-215, « *dans mon parcours, que j'ai pu connaître les infirmières qui soit s'informée sur ça, soit faisaient déjà la formation.* » MC, L 140-141. En expliquant les compétences et en transmettant des informations de qualité, les IPA et les étudiantes IPA deviennent l'un des vecteurs essentiels de communication d'informations de qualité.

Dans les sources d'informations, les répondants évoquent également les échanges qui ont pu avoir lieu entre les professionnels de santé sur leurs lieux communs d'exercice « *Après on avait eu les informations en réunions de service* » IDEN, L 134; « *par l'équipe d'encadrement.* » CC, L 216; « *plus par le bouche à oreilles.* », IN, L 161, mais également « *de discuter avec des collègues ou lors de réunions quelque-elles soient avec mes supérieurs, avec mes chefs.* » IN, L151-152. On se rend compte que des informations sont véhiculées au sein des structures, des services qui ont ou vont implanter un IPA dans son équipe de soins. Cependant, même si des informations ont été données en cardiologie, elles restent insuffisantes et ne donnent pas de perspective de mise en place du poste pour certains professionnels interrogés « *surtout maintenant aucune perspective sur son poste plus tard donc on ne sait pas du tout comment elle sera intégrée dans l'activité de cardiologie ça c'est un peu dommage quand même.* » CC, L 227-228, « *je pense que même les autres infirmières*

*elles ne sont peut-être pas au courant* », CC, L 234-235. On peut s'interroger sur le contenu reçu et celui attendu. Peut-être ont-ils manqué d'informations ? Sous quelle forme, dans quelle temporalité ont-elles été données? Qui devrait en être à la source ?

Certains nous expliquent qu'ils ont réalisé des recherches personnelles, pour structurer le projet en néphrologie par exemple, ou pour mieux accompagner les infirmières en quête de pratique avancée, au niveau de la direction des soins « *on a voulu mettre en place le projet dans le service il a fallu s'informer, il y a eu quelques lectures, plus des articles avec, écrit par Madame Hamric et puis alors beaucoup de... j'ai fait des formations* » CN, L 181-183; « *c'est beaucoup de la recherche personnelle. Je vais chercher la réglementation, auprès du J.O.* » DDS, L 342. La revue de la pratique avancée est également un vecteur d'informations qui permet aux lecteurs de projeter les missions et compétences des IPA dans leur exercice « *la revue des infirmières de pratique avancée (...) Je regarde les thématiques pour me dire alors à une infirmière de pratiques avancées elle sert à ça, voilà.* » DDS, L 344/351. Ces recherches ont permis notamment d'avoir des informations réglementaires dès l'apparition des textes officiels régissant le métier et la formation. « *On a eu beaucoup d'informations par rapport à la législation à ce moment-là* », CN, L 186-187. Ce sont ici, les sites officiels qui ont été choisis et utilisés, et d'autres professionnels de santé ont pu avoir accès à des informations sur les réseaux sociaux en lien avec le milieu médical/paramédical « *c'était les médias sociaux, c'était un peu les trucs sur Facebook* » CC, L 211, « *des réseaux sociaux qui concernent le milieu médical, sur des pages Facebook par exemple de journaux qui concernent le milieu médical* » IN, L 158-159. Pour ces professionnels le contenu de l'information n'a pas pu être abordé, il aurait été intéressant de connaître celui-ci afin de le comparer à leurs connaissances actuelles sur la pratique avancée.

#### ➔ ***L'absence d'informations supplémentaires.***

De leur côté, d'autres professionnels de santé en cardiologie, avouent soit ne pas avoir eus d'information concernant la pratique avancée « *J'avoue que clairement j'en ai pas entendu parler* » MC, L 145, « *Non non jamais entendu parler.* » L 213, IC expliquant parfois qu'ils n'ont pas montré d'intérêt à réaliser des recherches sur le sujet « *je me suis pas vraiment intéressée non plus à faire des recherches justement sur ce que c'était* » IDEC, L 183-184, soit ne pas avoir eu l'occasion de le faire « *je me suis pas trop penchée sur la question je vais*

*pas mentir* » CC, L 235, soit ne pas avoir approfondi la ou les informations reçues « *Moi j'ai pas cherché ailleurs* » IDEN, L 134, « *Je me suis pas plus renseignée.* » IC, L 209. Aussi, on peut se demander comment l'information doit circuler, sous quelle forme, à quelle fréquence, dans quelle proportion ? Si on croise ces données avec celles qui correspondent à la connaissance de la pratique avancée, on se rend compte que les professionnels qui ont eu peu d'informations sont ceux qui ont une connaissance limitée, erronée ou une méconnaissance de la pratique avancée.

D'ailleurs, la directrice des soins a conscience de ce point qui, comme abordé dans la première partie, peut être un frein à l'implantation des IPA et souhaite mettre en place des actions en utilisant des vecteurs de communication « *des nouveaux vecteurs de communication que je compte bien utiliser pour présenter les IPA et que dès qu'il y en a une qui est bien installée dans sa fonction et sera bien d'en parler et bien de faire appel à ses nouveaux outils de communication* » DDS, L 202-204.

Une faible proportion des professionnels de santé ne connaissent pas le terme de pratique avancée. Cependant, on se rend compte que certains d'entre eux ont des connaissances exactes, elles sont souvent le fruit de transmission d'informations sur le sujet par différents vecteurs de communication. A contrario, les professionnels qui ont des connaissances erronées ou incomplètes n'ont pas eu accès à des informations qui leur semblent suffisantes. La transmission d'informations se révèle alors être un véritable levier qui permettrait d'éviter des dérives concernant la mise en place de la pratique infirmière et notamment d'être phagocyté par les médecins qui n'auraient connaissances que des compétences des IPA qui les concernent.

On peut donc valider l'hypothèse 2, puisque que nous avons vu que le manque de connaissances peut nuire à la bonne pratique de l'IPA et donc à son implantation.

### 2.7.3. AUTRES PERSPECTIVES PROFESSIONNELLES

Au delà des hypothèses formulées, et de l'analyse des entretiens, il est intéressant d'aborder dans cette partie les éléments analysés qui facilitent l'implantation des IPA.

➔ **De la prudence lors des premiers pas de l'IPA.**

Les médecins, le chef de pôle et la directrice des soins, appellent à beaucoup de prudence lors de la mise en place de ce nouveau métier « *je pense vraiment que les possibilités et le potentiel est tellement large qu'il faut peut-être juste faire attention de ne pas partir dans tous les sens au début* », MN, L268-270, « *Oui surtout au début méfiez-vous d'y aller la fleur au fusil et de vous faire noyer* », CDP, L 479. De la prudence car pour eux, dans un premier temps « *c'est pas possible de couvrir un tel champ, tout du moins avec une seule personne* » MN, L 143-144 spécifiquement en lien avec l'activité très importante de cet hôpital. Mais également de la prudence dans le mode de fonctionnement entre médecins et IPA notifiant que certaines spécialités seraient plus facilitatrices pour implanter et faire perdurer les IPA « *il faut que les médecins spécialistes référents fonctionnent sur un modèle ouvert c'est-à-dire à la fois de coaching si y'a besoin d'aide et de soutien et non pas bah maintenant démerde toi parce que y'a un peu ce risque là de la part de certains. Tout le monde n'est sûrement pas dans l'attitude de la coopération* » CDP, L358-361, « *je pense qu'il faut que les choses soient très très claires avec les médecins avec qui les IPA vont travailler* » CDP, L364-365 pour éviter qu'il y ait un épuisement ou un découragement des IPA de manière prématurée « *faut pas qu'il y ait de coupure ni un écœurement des IPA en disant on nous prend pour des larbins on se fout de notre gueule mais là y'a un petit risque.* » CDP, L 377-379. Il faudra que ces aspects soient discutés en équipe avec les médecins qui sont dans un modèle coopératif et de communication bi-directionnelle et respectant le protocole d'organisation établi entre l'IPA et le médecin. En effet, le protocole d'organisation est une forme de contrat entre l'IPA et le ou les médecins qui souhaite(nt) confier leurs patients à l'IPA. Il a fait l'objet d'un travail réalisé par la Société Française de Recherches de Infirmiers en Pratique Avancée<sup>56</sup> (SoFRIPA). Il précise différentes modalités et notamment *le ou les domaines d'intervention concernés ; les modalités de prise en charge par l'infirmier exerçant en pratique avancée des patients qui lui sont confiés ; les modalités et la régularité des échanges d'information entre le médecin et l'infirmier exerçant en pratique avancée ; les modalités et la régularité des réunions de concertation pluriprofessionnelle destinées à échanger sur la prise en charge des patients concernés ; les conditions de retour du patient vers le médecin, notamment dans les situations*

---

<sup>56</sup> SoFRIPA (2021) [https://www.fnccs.org/sites/default/files/Modele\\_de\\_Protocole\\_dorganisation\\_et\\_dAnnexe\\_IPA\\_SoFRIPA\\_Fevrier\\_2021.pdf](https://www.fnccs.org/sites/default/files/Modele_de_Protocole_dorganisation_et_dAnnexe_IPA_SoFRIPA_Fevrier_2021.pdf)

*prévues aux articles R. 4301-5 et R. 4301-6. C'est sur ce document que l'IPA pourra s'appuyer afin d'éviter toutes dérives de son activité professionnelle.*

## CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Nous avons pu explorer dans cette analyse des pratiques professionnelles, les représentations et les attentes des professionnels de santé quant à l'arrivée des IPA à la fois au sein des équipes mais également au sein du parcours de la personne soignée.

Nous avons pu voir au cours des parties théoriques et de recherche, comment les représentations sociales se forment au niveau individuel et collectif, comment elles peuvent aussi impacter l'implantation d'un nouveau professionnel de santé qui se retrouve face à une résistance aux changements. Nous avons cherché à explorer si ce sont les sources d'informations qui sont à l'origine de ces représentations et en connaître la source. D'ailleurs, nous avons pu observer que les représentations sociales sont souvent présentes, même si les professionnels de santé n'ont pas eu ou ont été peu informés sur la pratique avancée. De même, nous avons vu que les représentations sociales ne sont pas figées et que c'est essentiellement grâce à des informations de qualité, communiquées aux professionnels de santé que ces représentations évoluent. Au final, cela limite alors la résistance aux changements. C'est exactement ce que l'on a pu observer avec l'interne de cardiologie qui nous exprime clairement que c'est grâce à l'information juste qu'elle a modifié ses représentations, qui plus est vers une évolution positive.

L'implantation des IPA se confronte à un changement à la fois dans l'organisation du fonctionnement de l'équipe mais également dans le parcours de soins de la personne soignée. Mais au-delà de ces changements organisationnels, c'est également un changement interne, un changement de modèle, un changement d'identité professionnelle que l'IPA doit opérer durant sa formation et lors de son implantation. Il sera indissociable d'une intégration effective dans les équipes de soins pour garantir le double objectif prioritaire qui est *l'amélioration de l'accès aux soins ainsi que la qualité des parcours des patients*<sup>57</sup>. L'IPA se trouve alors confrontée, dans son milieu professionnel, à plusieurs éléments pour trouver cette nouvelle identité. En effet, ces nouvelles compétences acquises durant les deux années de formation

---

<sup>57</sup> *L'infirmier en pratique avancée*—Ministère des Solidarités et de la Santé. (s. d.). Consulté 2 juin 2022, à l'adresse <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>



font que ce nouveau professionnel doit rester fidèle à la communauté infirmière tout en créant un rapport nouveau, différent avec le corps médical pour sortir du modèle existant. Ce sont les premier(e)s IPA qui vont construire et fonder cette nouvelle identité professionnelle. Il y a donc un véritable enjeu car sans sortir du modèle patriarcal, les IPA ne pourraient exprimer leurs compétences telles qu'elles ont été définies dans le décret. Et en trahissant la communauté des infirmières, les IPA se risqueraient à davantage de résistances aux changements ce qui impacterait leur implantation. Il serait alors intéressant de pouvoir réaliser une étude après l'implantation d'un plus grand nombre d'IPA et de voir comment elles se sont identifiées mais également comment elles sont désormais perçues par les autres professionnels de santé.

Cette analyse des pratiques professionnelles m'a permis de réfléchir à ma propre identité professionnelle et à mon propre positionnement face au corps médical. L'information est un point de départ clé et d'autres études avant celle-ci l'ont mis en évidence et ont permis de réaliser des recommandations que nous avons suivi. Il semble que les informations seules ne suffisent pas et qu'elles méritent d'être confortées. Par ailleurs, nous avons également pris en compte les problématiques liées à la crise sanitaire qui ont ralenti voire stoppé certains projets et leur communication, mais également le turn-over important des professionnels médicaux et paramédicaux lors de ces deux dernières années. Aussi, des actions de communication sont envisagées pour diffuser l'information sous forme de discussion avec les équipes, d'affichage, de mise à disposition de vidéos et de lectures sur le sujet de la pratique avancée. Ce sera également par le biais du temps destiné au leadership que les IPA pourront échanger sur leurs compétences.

L'IPA doit être son propre moteur : elle doit communiquer, informer, définir clairement ses compétences pour accomplir un changement constructif positif car comme disait CHURCHILL « *mieux vaut prendre le changement par la main, avant qu'il ne vous prenne par la gorge* ».

## TABLE DES MATIÈRES

### INTRODUCTION GÉNÉRALE

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
CONSTAT/CONTEXTE .....	1
QUESTION DE DÉPART : .....	7
1. PARTIE 1 : CADRE THÉORIQUE.....	7
1.1. LES REPRÉSENTATIONS SOCIALES .....	7
1.1.1.DÉFINITION.....	7
1.1.2.LES DIFFÉRENTES CARACTÉRISTIQUES DES REPRÉSENTATIONS SOCIALES. ....	8
1.1.3.LES DIFFÉRENTES FONCTIONS DES REPRÉSENTATIONS SOCIALES ...	9
1.2. L'IDENTITÉ PROFESSIONNELLE .....	10
1.2.1.DÉFINITION.....	10
1.2.2.CONSTRUCTION DE L'IDENTITÉ PROFESSIONNELLE .....	11
1.3. HISTOIRE DE LA PROFESSION INFIRMIÈRE .....	11
1.3.1.LE MÉTIER D'INFIRMIÈRE.....	11
1.3.2.LE MÉTIER D'INFIRMIÈRE EN PRATIQUE AVANCÉE.....	12
1.3.2.1.Définition.....	12
1.3.2.2.Le modèle professionnel.....	13
1.3.2.3.Contexte du développement de ce nouveau métier .....	13
1.4. LA RESISTANCE AUX CHANGEMENTS .....	16
<b>QUESTION DE RECHERCHE.....</b>	<b>19</b>
<b>HYPOTHÈSES .....</b>	<b>19</b>
2. PARTIE 2 : TRAVAIL DE RECHERCHE.....	20
2.1. OBJECTIFS .....	20
2.2. CHOIX DE LA METHODE .....	20
2.3. POPULATION ÉTUDIÉE .....	21
2.4. ÉLABORATION DU GUIDE D'ENTRETIEN .....	22
2.5. COLLECTE DES DONNÉES .....	23
2.6. LES BIAIS .....	24
2.7. RESULTATS ANALYSÉS ET DISCUTÉS .....	25

2.7.1. EN REGARD DE L'HYPOTHÈSE 1: L'IMPLANTATION DES IPA EST CONDITIONNÉE AUX REPRÉSENTATIONS SOCIALES DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ.....	26
➔ <i>Un nouveau métier.....</i>	26
➔ <i>Un lieu d'exercice en ambulatoire .....</i>	26
➔ <i>Du scepticisme à la confiance.....</i>	26
➔ <i>Des doutes sur qualité de l'examen clinique.....</i>	28
➔ <i>Du positif avec de la fierté face à l'avancée des pratiques infirmières....</i>	29
➔ <i>Identité professionnelle et clichés.....</i>	30
➔ <i>Un besoin d'acculturer .....</i>	34
2.7.2. EN REGARD DE L'HYPOTHÈSE 2 : LE MANQUE DE CONNAISSANCE DES RÔLES ET MISSIONS DE L'IPA IMPACTE SON IMPLANTATION. ....	37
➔ <i>Connaître ou ignorer l'existence des IPA ? .....</i>	37
➔ <i>Une place spécifique à plusieurs niveaux. ....</i>	37
➔ <i>Plus de temps à consacrer.....</i>	39
➔ <i>Une formation pour des connaissances plus poussées.....</i>	40
➔ <i>Des compétences bien connues.....</i>	41
➔ <i>....aux compétences moins connues.....</i>	43
➔ <i>De la méconnaissance en cardiologie.... ..</i>	43
➔ <i>.... et de la connaissance erronée.....</i>	44
➔ <i>Les vecteurs d'informations.....</i>	45
➔ <i>L'absence d'informations supplémentaires. ....</i>	46
2.7.3. AUTRES PERSPECTIVES PROFESSIONNELLES.....	47
➔ <i>De la prudence lors des premiers pas de l'IPA. ....</i>	48

## CONCLUSION ET PERSPECTIVES

## TABLE DES MATIÈRES

## BIBLIOGRAPHIE

## GLOSSAIRE

## TABLE DES ANNEXES

## BIBLIOGRAPHIE

Aguilard, S., Colson, S., & Inthavong, K. (2017a). Stratégies d'implantation d'un infirmier de pratique avancée en milieu hospitalier: Une revue de littérature. *Santé Publique*, 29(2), 241-254. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/spub.172.0241>

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

Ambrosino, F. (2019). *Le guide de l'infirmier(e) en pratique avancée*. (Vuibert).  
*Article 51—LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires—Légifrance*. (s. d.). Consulté 22 mai 2022, à l'adresse [https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article\\_jo/JORFARTI000020879543](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000020879543)

*Article 119—LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1)—Légifrance*. (s. d.). Consulté 22 mai 2022, à l'adresse [https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article\\_lc/JORFARTI000031913702/](https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/JORFARTI000031913702/)

*Article L4311-1—Code de la santé publique—Légifrance*. (s. d.). Consulté 22 mai 2022, à l'adresse [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000038886488/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886488/)

*AUTONOME: Définition de AUTONOME*. (s. d.). Consulté 27 mai 2022, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/autonome>

Barrier, J., Georges-Tarragano, C., Saccoman, B., Pierru, F., & Astre, H. (2015). *Le temps, une dimension indispensable du soin*. Presses de l'EHESP. <http://www.cairn.info/soigner-l-humain--9782810903962-page-95.htm>

Bauer, M. S., & Kirchner, J. (2020). Implementation science: What is it and why should I care? *Psychiatry Research*, 283, 112376. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.04.025>

Bazemore, A., Neale, A. V., Lupo, P., & Seehusen, D. (2018). Advancing the Science of Implementation in Primary Health Care. *Journal of the American Board of Family Medicine: JABFM*, 31(3), 307-311. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2018.03.180091>

Benoit, S. (s. d.). *Ré-évolutions du métier d'infirmier*. 108.  
*Comité de suivi de la pratique avancée infirmière: État des lieux et freins à lever*. (2021, mars 11). Santé Mentale. <https://www.santementale.fr/2021/03/comite-de-suivi-de-la-pratique-avancee-infirmiere-entre-etat-des-lieux-et-freins-a-lever/>

*COMMUNAUTE: Définition de COMMUNAUTE*. (s. d.). Consulté 27 mai 2022, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/communaut%C3%A9>

*COMMUNIQUER: Définition de COMMUNIQUER*. (s. d.). Consulté 1 juin 2022, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/communiquer>

*Conduire un projet: Les obstacles à éviter*. (s. d.). Consulté 16 novembre 2021, à l'adresse <https://www.weka.fr/rh-publicques/dossier-pratique/dynamiser-la-strategie-rh-dt116/conduire-un-projet-les-obstacles-a-eviter-9650/>

*CONFIANCE: Définition de CONFIANCE.* (s. d.). Consulté 27 mai 2022, à l'adresse [https://www.cnrtl.fr/lexicographie/confiance#xd\\_co\\_f=YTg1Nzg0NjYtMjA1OS00MmYxLTgwNDQtNjJiNDI5ZGM1YmE0~](https://www.cnrtl.fr/lexicographie/confiance#xd_co_f=YTg1Nzg0NjYtMjA1OS00MmYxLTgwNDQtNjJiNDI5ZGM1YmE0~)

Crowne, D. P., & Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, 349-354.

D, J., & JODELET D. (1986). *Représentation sociale: Phénomène, concept et théorie.*

Dalton, M. A. (2013). Perceptions of the advanced nurse practitioner role in a hospital setting. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 22(1), 48-53. <https://doi.org/10.12968/bjon.2013.22.1.48>

*De nouveaux métiers de santé pour épauler les médecins.* (2011, février 2). <https://sante.lefigaro.fr/actualite/2011/02/02/10712-nouveaux-metiers-sante-pour-epauler-medecins>

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

Delays, R., & Lardellier, P. (2016). *Introduction. Panser la confiance...* EMS Editions. <http://www.cairn.info/la-confiance--9782847698510-page-21.htm>

[DOSSIER SPÉCIAL] *Infirmière de pratique avancée: Quelle fonction dans l'équipe de soins hospitalière?* (s. d.). Consulté 16 novembre 2021, à l'adresse <https://www.espaceinfirmier.fr/actualites/180509-dossier-special-infirmiere-de-pratique-avancee-quelle-fonction-dans-l-equipe-de-soins-hospitaliere.html>

Dubar, C. (1991). *La socialisation: Construction des identités sociales et professionnelles.* A. Colin.

*FIERTÉ: Définition de FIERTÉ.* (s. d.). Consulté 27 mai 2022, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/fiert%C3%A9>

Formarier, M. (2010). Réflexions sur la recherche en soins infirmiers aujourd'hui. *Recherche en soins infirmiers*, 100(1), 111-114.

Glarcher, M., & Lex, K. M. (2020). Advanced Nursing Practice in Austria under consideration of outcome measurement. *Zeitschrift Fur Evidenz, Fortbildung Und Qualitat Im Gesundheitswesen*, 155, 11-16. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2020.06.012>

*IDENTITÉ: Définition de IDENTITÉ.* (s. d.). Consulté 1 juin 2022, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/identit%C3%A9>

*INFORMATION: Définition de INFORMATION.* (s. d.). Consulté 27 mai 2022, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/information>

INSEE. (2020). *Tableaux de l'économie française. Edition 2020.* <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>

ION, J. (1996). *Le travail social à l'épreuve du territoire* (Dunod).

IPA: UNE MONTÉE EN PUISSANCE MAIS DES FREINS. (s. d.). Consulté 16 novembre 2021, à l'adresse <https://www.espaceinfirmier.fr/actualites/breves/ipa-une-montee-en-puissance-mais-des-freins.html>

L. Coch & J. R. P. French. (1948). «Overcoming Resistance to Change», *Human Relations* (Vol. 11).

La pratique avancée infirmière en France: Quelles stratégies d'implantation? Florence AMBROSINO nous éclaire. (2020, avril 20). *ManagerSante.com*. <https://managersante.com/2020/04/20/la-pratique-avancee-infirmiere-en-france-queelles-strategies-dimplantation/>

Lafortune, L. (2008). *Compétences Professionnelles Pour L'Accompagnement D'un Changement: Un Référentiel*. PUQ.

LE CARING. *Philosophie et science des soins infirmiers—Jean Watson*. (s. d.). Consulté 10 décembre 2021, à l'adresse <https://www.decite.fr/livres/le-caring-9782842760113.html>

Lert, F. (1996). Le rôle propre peut-il fonder l'autonomie professionnelle des infirmières? (Commentaire). *Sciences Sociales et Santé*, 14(3), 103-115. <https://doi.org/10.3406/sosan.1996.1370>

*Les apports de Henri Mintzberg: L'approche systémique pour mieux comprendre les organisations*. (s. d.). Consulté 27 mai 2022, à l'adresse [http://www.legrainasbl.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=114:les-apports-de-henri-mintzberg-lapproche-systemique-pour-mieux-comprendre-les-organisations&catid=9&Itemid=103](http://www.legrainasbl.org/index.php?option=com_content&view=article&id=114:les-apports-de-henri-mintzberg-lapproche-systemique-pour-mieux-comprendre-les-organisations&catid=9&Itemid=103)

*L'infirmier en pratique avancée—Ministère des Solidarités et de la Santé*. (s. d.-a). Consulté 27 mai 2022, à l'adresse <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>

Maslow, A. (2020). *Devenir le meilleur de soi-même: Besoins fondamentaux, motivation et personnalité*. Editions Eyrolles.

Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370-396. <https://doi.org/10.1037/h0054346>

Masson, E. (s. d.). *Compétences attendues de l'infirmière de pratique avancée en France: Recommandations d'experts à partir d'une étude Delphi modifiée*. EM-Consulte. Consulté 9 décembre 2021, à l'adresse <https://www.em-consulte.com/article/1196953/competences-attendues-de-l-infirmiere-de-pratique-avancee>

Mucchielli, A. (1995). *Psychologie de la communication*. Presses universitaires de France.

Mucchielli-Bourcier, A., & Mucchielli, R. (1969). *Lexique des sciences sociales*. Entreprise moderne d'édition. <https://books.google.fr/books?id=fF0wAAAAMAAJ>

Nass, C., Moon, Y., & Carney, P. (1999). Are People Polite to Computers? Responses to Computer-Based Interviewing Systems I. *Journal of Applied Social Psychology*, 29(5), 1093-1109. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1999.tb00142.x>

Noel, E. (2003). *L' autonomie des infirmières: Le rôle propre questionné* [These de doctorat, Paris 13]. <https://www.theses.fr/2003PA131013>

OCDE. (2013). *Panorama de la santé 2013: Les indicateurs de l'OCDE*. OECD. [https://doi.org/10.1787/health\\_glance-2013-fr](https://doi.org/10.1787/health_glance-2013-fr)

Ordre National des Médecins. (2020). *ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE* (p. 141). [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/1grhel2/cnom\\_atlas\\_demographie\\_medicale\\_2020\\_tome1.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1grhel2/cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf)

Paillard, C. (2018). *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières*. (4eme édition). SETES. PESQUEUX, Y. (s. d.). *La résistance au changement*. halshs.archives-ouvertes. Consulté 28 novembre 2021, à l'adresse <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-02876103/document>

Positionnement des IPA dans les établissements de soins. (2018, mai 9). [par M. Meyer, B. Gaudelus, M. Po, & S. Aguilard]. *Espaceinfirmier.fr*. <https://www.espaceinfirmier.fr/actualites/180509-dossier-special-infirmiere-de-pratique-avancee-quelle-fonction-dans-l-equipe-de-soins-hospitaliere.html?query=implantation&page=1&bypage=25&orderby=date>

Samuel CHALOM (juin 2018) *Et voici les « super infirmiers » qui vont faire de l'ombre aux médecins* <https://www.capital.fr/votre-carriere/et-voici-les-super-infirmiers-qui-vont-faire-de-lombre-au-medecin-1293204>

Santé publique France. (2017). *Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques*. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Synthèse.pdf>

*SCEPTICISME: Définition de SCEPTICISME*. (s. d.). Consulté 27 mai 2022, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/scepticisme>

*SOUTIEN: Définition de SOUTIEN*. (s. d.). Consulté 27 mai 2022, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/soutien>

Thuderoz, C. (2016). Chapitre premier. Introduction au propos: La confiance en questions. In V. Mangematin (Éd.), *Des mondes de confiance: Un concept à l'épreuve de la réalité sociale* (p. 19-30). CNRS Éditions. <http://books.openedition.org/editions-cnrs/7285>

*Titre Ier: Profession d'infirmier ou d'infirmière (Articles L4311-1 à L4314-6) – Légifrance*. (s. d.). Consulté 22 mai 2022, à l'adresse [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006155066/#LEGISCTA000006155066](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006155066/#LEGISCTA000006155066)

*Toute vérité franchit trois étapes. - D'abord, elle est [...] – Arthur Schopenhauer*. (s. d.). dicocitations.com. Consulté 9 décembre 2021, à l'adresse <https://www.dicocitations.com/citations/citation-43629.php>

Vallancien, G. (2007). Abstract. *Les Tribunes de la santé*, 15(2), 95-96.

## **GLOSSAIRE**

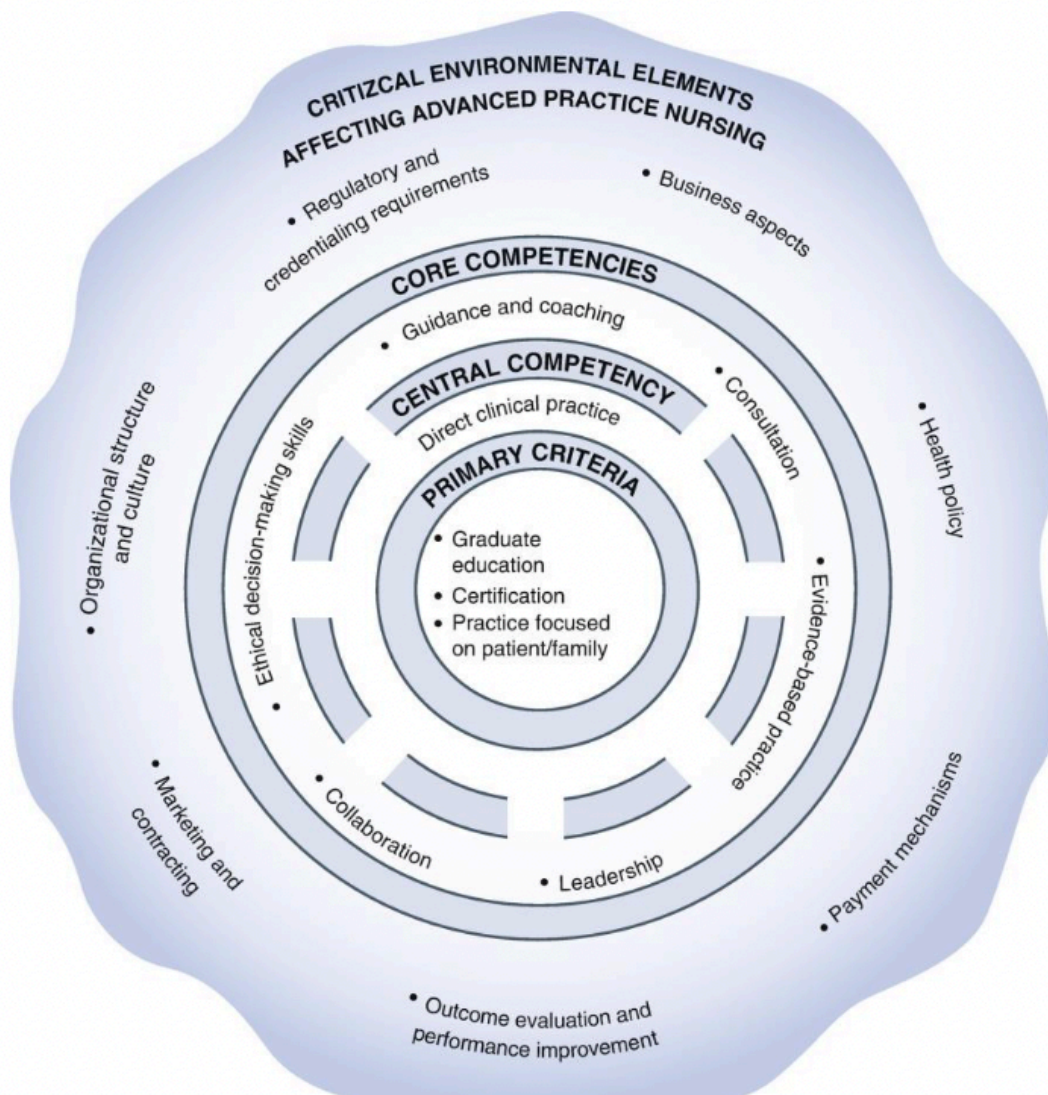
- ~ CC: Cadre de Cardiologie
- ~ CDP: Chef De Pôle
- ~ CN: Cadre de santé de Néphrologie
- ~ CNRTL: Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales
- ~ DDS: Directrice Des Soins
- ~ EBN: Evidence Base Nursing
- ~ EBP: Evidence Base Practice
- ~ IC: Interne de Néphrologie
- ~ IN: Interne de Cardiologie
- ~ IDE: Infirmier(e) Diplômé(e) d'État
- ~ IDEN: Infirmière de Néphrologie
- ~ IDEC: infirmière de Cardiologie
- ~ IPA: Infirmier(e) en Pratique Avancée
- ~ IRD: Infirmière Ressource Douleur
- ~ MN: Médecin de Néphrologie
- ~ MC: Médecin de Cardiologie



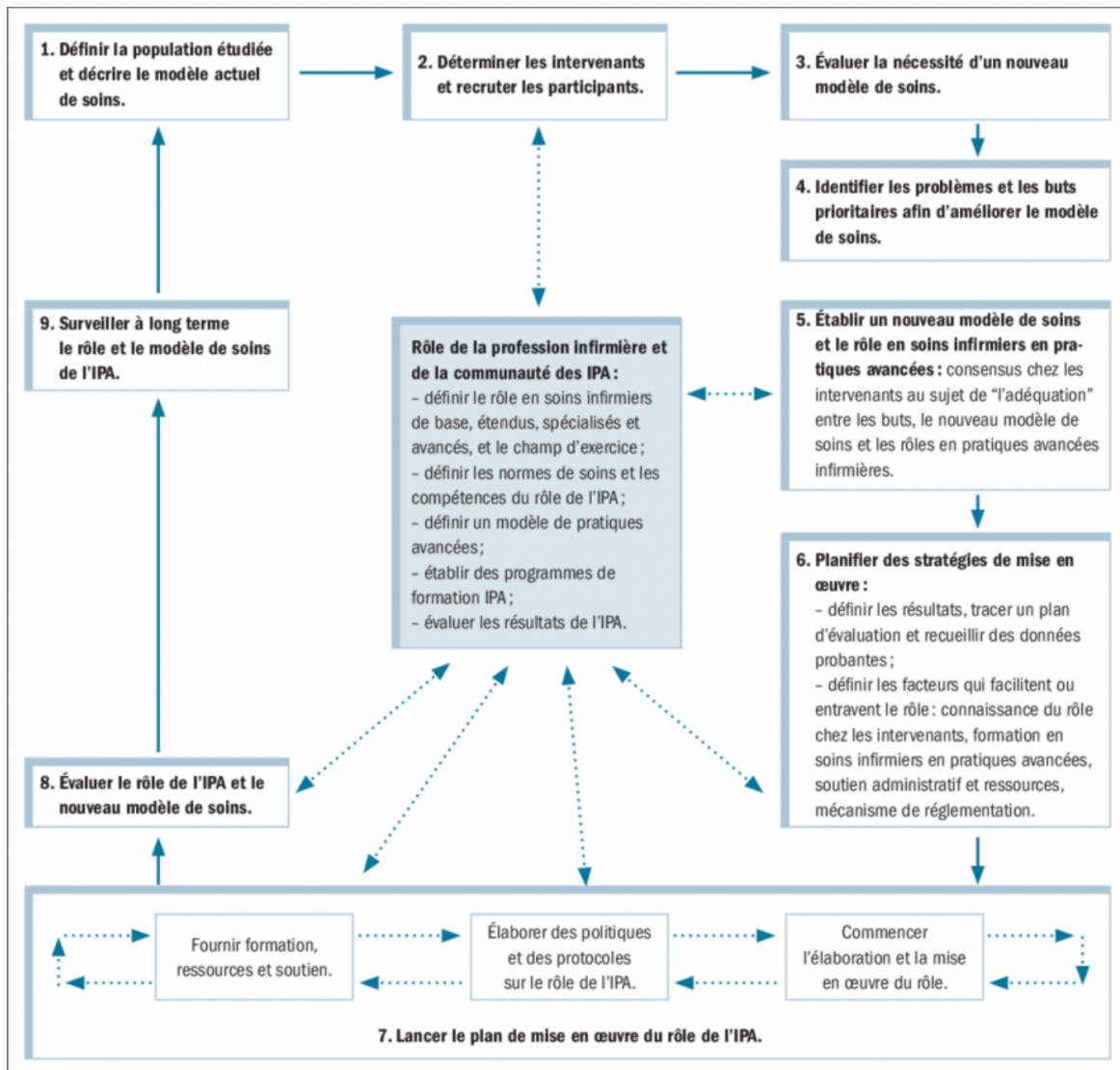
## **TABLE DES ANNEXES**

- ~ Annexe 1: Hamric Integrative Model of APN Advanced Practice Nursing: An Integrative Approach, 5Th Edition, Ann B. Hamric & al., Elsevier 2013
  
- ~ Annexe 2: Schéma illustrant le cadre PEPPA (Participatory, Evidence-based, Patient-focused process for advanced Practice nursing (APN) role development) et le rôle de l'infirmière en pratique avancée (IPA) tiré de l'article intitulé Le contexte français d'émergence des pratiques avancées infirmières paru dans N° 244 – Février 2011 – Cahiers de la puéricultrice – p 25 à 28.
  
- ~ Annexe 3: Guide d'entretien
  
- ~ Annexe 4: Note d'information sur la réutilisation de vos données.

Annexe 1 : Hamric Integrative Model of APN Advanced Practice Nursing: An Integrative Approach, 5Th Edition,Ann B. Hamric & al.,Elsevier 2013



Annexe 2: Schéma illustrant le cadre PEPPA (Participatory, Evidence-based, Patient- focused process for advanced Practice nursing (APN) role development) et le rôle de l'infirmière en pratique avancée (IPA) tiré de l'article intitulé Le contexte français d'émergence des pratiques avancées infirmières paru dans N° 244 – Février 2011 – Cahiers de la puéricultrice – p 25 à 28.



Annexe 3: Guide d'entretien:

## Guide d'entretien:

Dans un premier temps, je vous remercie de me recevoir aujourd'hui et de me consacrer de votre temps.

Dans un second temps, je souhaite porter à votre attention que cet entretien est réalisé dans le cadre de mon mémoire de fin de formation d'infirmière en pratique avancée, *êtes vous d'accord pour que je puisse l'enregistrer totalement afin de pouvoir exploiter l'ensemble des informations que vous allez me délivrer et réaliser une analyse plus rigoureuse?*

Pour ce faire, voici le document attestant que vous m'autorisez à disposer des données personnelles qui seront échangées durant l'entretien et que vous disposez d'un droit de rétractation à tout moment. Toutes les données sont confidentielles et anonymisées.

Pour débiter, j'ai besoin d'en savoir un peu plus sur vous professionnellement:

---

**Genre:**

**Niveau de formation:**

**Age:**

**Années d'expérience:**

Pourriez vous me décrire votre fonction actuelle au sein du centre hospitalier?

*Question bris de glace.*

1. Connaissez-vous le terme de « pratique avancée »?

*Objectif de la question: vérifier si information sur le projet de service.*

**Relance:**

*Si je vous dit qu'il va y avoir des IDE en pratique avancée à quoi pensez vous?*

2. Que représente pour vous la « pratique avancée infirmière »?

*Objectif de la question: nommer les représentations (positives ou négatives) de la pratique avancée/ connaître identité professionnelle.*

**Relance:**

*Quelle distinction faites vous par rapport à la pratique infirmière classique? Quelle distinction faites vous par rapport à la pratique médicale?*

*Que voulez vous dire par.....?*

*Pouvez vous préciser...*

3. Selon vous, quels sont les rôles attribués à l'IPA?

*Objectif de la question: nommer l'identité professionnelle rapportée, place dans l'équipe de soins.*

**Relance:**

*A quoi sert un IPA dans un service de soins?*

*Ça va servir à quoi d'avoir une IPA dans le service? Qu'est ce qui vous fait dire ça?*

*Pouvez vous illustrer à l'aide d'un exemple?*

4. Que pensez vous de la pratique avancée dans votre pratique quotidienne?

*Objectif de la question: adhésion au projet, identifier leviers, freins, attentes.*

**Relance:**

*Pensez vous qu'une IPA puisse intervenir dans le parcours de soins des patients que vous suivez? Quels sont les éléments qui vous ferez collaborer ou non avec une IPA?  
Pour vous qu'est ce que l'IPA va apporter à la prise en charge des patients? Selon vous qu'apporte l'IPA dans votre service?*

5. Quels sentiments éprouvez vous par rapport à une telle pratique?

Objectif de la question: adhésion au projet, identifier leviers, freins, attentes. Identifier si résistance aux changements

**Relance:**

*Êtes vous prêt à collaborer avec une IPA? Pouvez vous m'expliquer?*

6. Quelles sont les sources d'information qui vous ont permis de connaître la pratique avancée.

Objectif de la question: connaître les éléments de communication, les supports. Si la personne a cherché l'information ou si l'information lui est parvenue.

Annexe 4: Note d'information sur la réutilisation de vos données.

## **Note d'information sur la réutilisation de vos données.**

**Promoteur de l'étude : PINCHON Emilie**  
**Directrice de mémoire: Mme KOZLOWSKI Véronique.**

Madame, Monsieur,

Le Centre hospitalier de Valenciennes participe à une étude observationnelle portant sur la pratique avancée, dans le cadre d'un mémoire de fin de formation de pratique avancée infirmière.

Cette étude sera développée au Centre hospitalier de Valenciennes du 28 février au 31 mai 2022 sous la responsabilité de PINCHON EMILIE promoteur de l'étude et responsable du traitement des données.

### **1) Quel est le but de cette étude et en quoi consiste-t-elle?**

Cette étude repose exclusivement sur la réutilisation et le traitement des informations de notre entretien. Cette étude n'implique donc aucun examen complémentaire ni aucune intervention de votre part.

Les données recueillies ne comporteront pas votre nom et concerneront détailler les catégories de données traitées.

Vos données seront **pseudonymisées**. Cela signifie que vos données seront identifiées par **un code de confidentialité**, puis analysées de manière globale de sorte **qu'il ne sera plus possible de vous identifier**.

Les résultats de cette étude pourront faire l'objet de communications lors de congrès scientifiques et/ou être publiés dans une revue scientifique. Dans tous les cas, l'anonymat sera préservé. Vous pourrez être informé des résultats globaux de cette recherche par l'intermédiaire d'Emilie PINCHON.

Les données de l'étude seront conservées jusqu'à deux ans après la dernière publication des résultats de la recherche ou, en cas d'absence de publication, jusqu'à la signature du rapport final de la recherche. Elles feront ensuite l'objet d'un archivage sur support papier ou informatique pour une durée maximale de vingt ans.

### **2) Quels sont vos droits ?**

Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD-2016/679) et aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de limitation de vos données personnelles.

Vous disposez également d'un droit d'opposition. Vous pouvez donc, à tout moment et sans vous justifier, vous opposer à la réutilisation de vos informations dans le cadre de cette recherche.

Vous pouvez exercer l'ensemble de vos droits en écrivant au délégué à la protection des données du Centre hospitalier de Valenciennes :

- Par mail à l'adresse : [dpo@ch-valenciennes.fr](mailto:dpo@ch-valenciennes.fr) ;
- Par courrier au Centre hospitalier de Valenciennes - Délégué à la protection des données, 114 avenue Désandrouin, 59322 Valenciennes.

N'hésitez pas à poser toutes questions que vous jugerez utiles.

Nous vous remercions pour votre contribution à cette étude.

J'ai compris l'ensemble des informations et accepte que les données recueillies soient utilisées dans ce cadre.

A Valenciennes, Le:

Signature:





## **Abstract:**

**Introduction :** Five years after the start of advanced practice, what is the status of the implementation of APN in hospital departments ? It seems that the social representations of health professionals are mostly the source of resistance to changes in a new professional identity that is being built. To evaluate our professional practices, we ask ourselves the question: What are the representations and expectations of health professionals that the APN must take into account when implementing within a hospital department ? **Method :** A monocentric qualitative study was carried out through semi-directional interviews with eight professionals from two hospital departments and two representatives of the management of a hospital in the North of PARIS. The main objective was to identify the representations that health professionals make of APN. The secondary objectives were to demonstrate the knowledge of health professionals that they have of the skills, roles and missions of APN and to explore sources for defining the professional identity of APN. **Results :** On the medical side, resistance linked to the skepticism of such a practice appear. However, it seems that physicians who are in the process of implementing an APN in their department are levers opposing skepticism through the trust and cooptation of APN. On the nursing side, a predominant sense of pride allows the reception and recognition of the advance of nursing practices through this new profession. A small proportion of professionals have accurate knowledge. It is often linked to the provision of quality information. On the other hand, health professionals who have erroneous or incomplete knowledge have not had access to information of sufficient quality and quantity. **Conclusion :** There is no real resistance to implantation. However, social representations may hinder the APN in the implementation of all its competences. In building this new professional identity, the APN will need to continue to position itself in the nursing community by building a new APN/doctor relationship. The APN will have to communicate on all its competences in order not to be phagocytated by the medical profession by exercising exclusively clinical competences.

**AUTEURE**      **Nom :** PINCHON                      **Prénom :** Emilie

**Date de soutenance :** 06 Juillet 2022

**Titre du mémoire :** INFIRMIER(E) EN PRATIQUE AVANCÉE : L'IMPLANTATION D'UNE NOUVELLE IDENTITÉ PROFESSIONNELLE EN SECTEUR HOSPITALIER CONFRONTÉ(E) AUX REPRÉSENTATIONS SOCIALES ET À LA RÉSISTANCE AUX CHANGEMENTS DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ.

**Mots-clés libres:** *Infirmier(e) en pratique avancée (IPA), représentations sociales, résistances aux changements, identité professionnelle.*

**Résumé :**

**Introduction :** Cinq ans après le démarrage de la pratique avancée, où en est-on de l'implantation des IPA dans les services hospitaliers ? Il semble que les représentations sociales des professionnels de santé soient majoritairement la source des résistances aux changements d'une nouvelle identité professionnelle qui se construit. Pour évaluer nos pratiques professionnelles, nous nous posons la question : Quelles sont les représentations et les attentes des professionnels de santé que l'IPA doit prendre en compte lors de son implantation au sein d'un service de centre hospitalier ? **Méthode :** une étude qualitative monocentrique a été réalisée grâce à des entretiens semi-directifs, auprès de huit professionnels de deux services hospitaliers et de deux représentants de la direction d'un hôpital au Nord de PARIS. L'objectif principal était d'identifier les représentations que les professionnels de santé se font des IPA. Les objectifs secondaires étaient de faire état des connaissances des professionnels de santé qu'ils ont des compétences, des rôles et des missions des IPA et d'explorer les sources leurs permettant de définir l'identité professionnelle des IPA. **Résultats :** Du côté médical, des résistances liées au scepticisme d'une telle pratique apparaissent. Or, il semble que les médecins qui sont dans un processus d'implantation d'une IPA dans leur service sont des leviers s'opposant au scepticisme grâce à la confiance et la cooptation des IPA. Du côté infirmier, un sentiment de fierté prédominant permet l'accueil et la reconnaissance de l'avancée des pratiques infirmières grâce à ce nouveau métier. Une faible proportion des professionnels détient des connaissances exactes. Elles sont souvent liées à une communication d'informations de qualité. A contrario, les professionnels de santé qui ont des connaissances erronées ou incomplètes n'ont pas eu accès à des informations de qualité et en quantité suffisante. **Conclusion :** Il n'existe pas de réelle résistance à l'implantation. Cependant, les représentations sociales risquent de freiner l'IPA dans la mise en place de l'ensemble de ses compétences. Dans la construction de cette nouvelle identité professionnelle, l'IPA devra continuer à se positionner au sein de la communauté des infirmières tout en construisant une nouvelle relation IPA/médecin. L'IPA devra communiquer sur l'ensemble de ses compétences pour ne pas être phagocyté(e) par le corps médical en exerçant exclusivement les compétences cliniques.

**Directrice de mémoire :** Mme KOZLOWSKI Véronique