

LA PROFESSIONNALISATION DES INFIRMIÈRES EN PRATIQUE AVANCÉE¹ ET LA CONSTRUCTION D'UN NOUVEAU DOMAINE D'INTERVENTION DE LA PROFESSION INFIRMIÈRE

THE PROFESSIONALIZATION OF ADVANCED PRACTICE NURSES AND THE CONSTRUCTION OF A NEW FIELD OF INTERVENTION FOR THE NURSING PROFESSION

Ioana BOANCĂ²

Université de Lille, ULR 4354 - CIREL - Centre Interuniversitaire de Recherche en Éducation de Lille, France

RÉSUMÉ

Cet article étudie le développement de la pratique avancée, nouveau domaine d'intervention (champ de compétence) de la profession infirmière. Il interroge la place de la délégation médicale dans l'exercice de la pratique avancée et son impact sur l'autonomie professionnelle. En nous appuyant sur les apports de l'approche interactionniste et de l'économie des conventions, nous analysons les principes de justification mobilisés par la profession infirmière et les tensions à l'œuvre dans le processus de professionnalisation des infirmières en pratique avancée (IPA). Nous montrons qu'un travail d'argumentation de l'utilité sociale de leur activité accompagne leur mise en place dans les organisations où elles exercent en vue de délimiter leur périmètre d'intervention légitime, reconnu et spécifique.

Mots-clés : formation, justification, pratique avancée, professionnalisation.

ABSTRACT

This article studies the development of advanced practice as a new area of intervention within the nursing profession. It questions the role of medical delegation in the exercise of advanced practice and its impact on professional autonomy. Drawing on the contributions of the interactionist approach and the economy of conventions, we analyze the principles of justification mobilized by the nursing profession and the tensions at work in the professionalization process of Advanced Practice Nurses (APNs). We show that an argumentation of the social utility of their activity accompanies their implementation in the organization where they practice in order to delimit their legitimate, recognized and specific scope of intervention.

Keywords: advanced practice, justification, professionalization, training.

¹ Dans cet écrit, nous choisissons de féminiser le nom de la profession, étant donné que la très grande majorité des IPA sont des femmes.

² Nous voulons remercier Sandra Chuin, étudiante en Master 2 Ingénierie de la Formation, pour sa contribution à cette recherche.

INTRODUCTION

Le décret du 18 juillet 2018 marque en France la création d'un nouveau métier paramédical, celui d'infirmière en pratique avancée (IPA) et d'une formation associée de niveau Master. Ce métier commence à se développer depuis le milieu des années 60, aux États-Unis, au Royaume-Uni et au Canada. Aujourd'hui, il existe aussi dans d'autres pays : l'Australie, la Belgique, Chypre, la Finlande, l'Irlande, le Japon, la Pologne et la République Tchèque. En France, ce nouveau métier vise à pallier plusieurs insuffisances du système de santé. La démographie médicale, le vieillissement de la population et le développement des pathologies chroniques associées au vieillissement mettent en tension la nécessité d'assurer la qualité des soins par rapport à l'augmentation des coûts en santé. Il a également vocation à améliorer les perspectives de carrière des infirmières (Delamaire et Lafortune, 2010).

Une étude (Jovic et al., 2009) présente en effet une diversification des activités des infirmières généralistes et un besoin de reconnaissance des compétences professionnelles développées dans le cadre de ces activités complémentaires. Les résultats montrent qu'elles réalisent un certain nombre d'activités ne se limitant pas aux activités cliniques (74 %³), telles que l'encadrement et la formation de stagiaires (77 %), l'enseignement et la formation (67 %), la recherche (23 %) ainsi que l'évaluation des pratiques professionnelles et le conseil auprès de pairs ou d'autres professionnels paramédicaux, notamment pour la gestion de situations cliniques complexes (82 %).

La création de l'IPA pourrait répondre à ce besoin d'évolution professionnelle et de reconnaissance des compétences professionnelles développées dans le cadre de ces activités complémentaires. Les pouvoirs publics décident en 2018 d'accompagner la création de ce nouveau métier paramédical par la mise en place d'une formation préparant au master et comprenant plusieurs mentions : pathologies chroniques stabilisées ; oncologie et hématologie ; maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale ; psychiatrie et santé mentale (décret du 12 août 2019) et urgences (décret du 25 octobre 2021). Les universités françaises proposent donc à partir de 2018 des cursus organisant une première année commune de formation toutes mentions confondues (dans certaines universités les étudiants IPA suivent certaines UE avec des étudiants en médecine) et une deuxième année de spécialisation dans les domaines cités. Depuis la création de cette formation, environ 1650 IPA ont été diplômées avec une augmentation progressive des effectifs (Jolys et al. 2023). À ce jour, 1 467 étudiants suivent leur cursus dans les 27 universités accréditées, dont 782 en Master 1 et 685 en Master 2.

Cependant, l'émergence du métier dans le secteur sanitaire suscite un certain nombre d'interrogations concernant la posture transversale de l'IPA, la répartition des tâches avec le médecin, son rapport aux autres (professionnels et patients), son intégration dans une équipe pluriprofessionnelle et le rôle de la formation (Jovic et al., 2009 ; De Rosis et al., 2021). Cette contribution s'attache à explorer les « frontières » avec la profession médicale et à étudier le processus de professionnalisation (Wittorski, 2014) entendu comme prendre place, se voir reconnaître des savoirs spécifiques, évoluer dans la carrière. Elle se focalise sur l'analyse de l'expérience de formation des IPA.

Dans le cadre d'une enquête exploratoire par entretien menée auprès de 12 IPA, nous interrogeons la place de la délégation médicale dans l'exercice de la pratique avancée et son impact sur l'autonomie professionnelle.

³ 74 % des infirmières déclarent réaliser des activités cliniques.

Dans un premier temps, nous rappelons le processus historique de professionnalisation des infirmières, en quête d'une autonomie d'action et de contrôle, significative du « développement des règles procédurales et de contrôle ex post » (Paradeise, 2008) en parallèle de la segmentation du groupe professionnel. En nous appuyant sur les apports de l'approche interactionniste et de l'économie des conventions, nous analysons les principes de justification mobilisés par la profession, les tensions à l'œuvre dans le processus de professionnalisation des IPA et la reconnaissance de leur contribution spécifique. Enfin, nous montrons qu'un travail d'argumentation de l'utilité sociale de leur activité accompagne leur mise en place dans l'organisation en vue de délimiter leur périmètre d'intervention légitime, reconnu et spécifique.

LE RÔLE DE LA FORMATION DANS LA PROFESSIONNALISATION DES INFIRMIÈRES

La profession infirmière se caractérise aujourd'hui par la détention des savoirs et compétences techniques spécifiques à un domaine bien défini, acquises au cours d'une formation spécialisée de niveau bac+3, en cours d'universitarisation. Celle-ci détermine leur autonomie dans l'exercice des activités professionnelles. À l'origine, elle était considérée comme une fonction dévolue aux femmes, définie en référence à la vocation et à leurs qualités dites « naturelles ». Elle était associée à un travail peu qualifié, voire sans qualification, exercé sous le contrôle des médecins. La profession d'infirmière s'est ensuite construite à travers un processus historique visant la recherche et l'affirmation de son autonomie (Vassy et Derbez, 2019 ; Féroni et Kober, 1995).

Dans ce processus, la formation joue un rôle essentiel. La création des écoles d'infirmières dans les hôpitaux de Paris à la fin du 19^e siècle, puis dans les régions suite à la circulaire Combes de 1902 (Chevandier, 2011), pose les premières bases pour la reconnaissance d'une compétence technique et la possibilité d'accès au salariat qualifié. La formation d'infirmière continue à se structurer avec l'instauration d'un diplôme d'État en 1922, même s'il n'est pas obligatoire pour exercer dans les hôpitaux. Les infirmières remplissaient alors plusieurs fonctions : sanitaire, sociale et de santé publique. En plus des soins curatifs réalisés dans les hôpitaux, elles assuraient également l'activité de « visiteuses d'hygiène sociale ».

Avec la création du diplôme d'assistante sociale en 1938, les infirmières n'assurent plus leur rôle social d'éducation des classes populaires à l'hygiène (Vassy et Derbez, 2019). L'appellation infirmière, introduite par la loi du 8 avril 1946, opère une distinction entre les professionnelles détenant le titre professionnel, qui réalisent des soins nécessitant un apprentissage technique, et les autres, les aides-soignantes. Une chaîne de délégation des tâches s'installe à l'hôpital : les infirmières réalisent des tâches déléguées par les médecins et, à leur tour, elles délèguent des tâches aux aides-soignantes. À partir de cette période, l'exercice du métier est réglementé, le diplôme est reconnu par l'État, et délivré par les écoles d'infirmières.

Les filières de formation d'infirmière de soins généraux et d'infirmière de soins psychiatriques fusionnent en 1992. Les écoles, devenues des Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI), proposent un seul programme d'étude qui permet d'obtenir le diplôme d'infirmière « polyvalente ». En 2009 a lieu la réingénierie de la formation des études en soins infirmiers qui s'inscrit dans un processus plus large d'universitarisation des études paramédicales. Enfin, en 2019, est créée la section « sciences infirmières » (92) du Conseil national des universités qui marque leur reconnaissance en tant que discipline universitaire.

LE « RÔLE PROPRE », GARANT DE L'AUTONOMIE PROFESSIONNELLE

Les infirmières œuvrent à leur professionnalisation et cherchent à s'émanciper de la tutelle médicale. Chargées d'exécuter les prescriptions médicales, elles ont développé leur rôle propre, c'est-à-dire des activités de soins curatifs, d'observation/surveillance des symptômes et de leur évolution, et d'éducation du patient qu'elles accomplissent et veulent se voir spécifiquement attribuer. Depuis la seconde moitié du 20^e siècle, elles développent leurs propres théories de soins – F. Nightingale, L. Chaptal, V. Henderson, etc. (Rothier Bautzer, 2014) – qui constituent les fondements de la discipline infirmière. C'est en 1978 que la loi reconnaît aux infirmières une zone d'autonomie pour réaliser des tâches non médicales, de prévention ou de réadaptation, des soins relatifs à l'hygiène et au confort du patient. Le décret de compétence de 1993 « relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier » leur accorde une possibilité d'expertise, fondée sur des savoirs spécifiques, et le droit de poser des diagnostics infirmiers (Féroni et Kober, 1995).

Ce rôle spécifique est valorisé à travers des guides de bonnes pratiques qui contribuent à la « formalisation des pratiques et [la] création d'un vocabulaire commun » (Vassy et Derbez, 2019, p. 111), et des diagnostics infirmiers accompagnés de plans de soins.

Nous sommes en présence d'une profession qui réunit les caractéristiques décrites par les sociologues fonctionnalistes anglo-saxons : le monopole du titre, le contrôle du processus de formation et la fermeture du marché du travail infirmier.

Si ces outils renforcent la professionnalisation des infirmières, ils contribuent néanmoins à une standardisation de la démarche de soin, à une rationalisation industrielle de leur activité sur des critères économiques. Finalement, elles jouissent d'une autonomie limitée car la « démarche de définition d'indicateurs d'activité et de procédures pour améliorer la qualité des soins infirmiers » (Vassy et Derbez, 2019, p. 111) s'inscrit dans le processus de contrôle de leur champ d'activité par l'État et par les employeurs, préoccupés par l'ajustement des effectifs et la maîtrise des dépenses de santé.

Ce processus de professionnalisation est également traversé par la tension entre le développement de leur rôle propre et la spécialisation, comme différenciation du métier.

SPÉCIALISATION DANS LES SOINS ET SEGMENTATION DU GROUPE PROFESSIONNEL

Les spécialités médicales sont segmentées. S'inspirant de ce modèle d'organisation, apparaît une segmentation du groupe professionnel des infirmières illustré par l'émergence de plusieurs perspectives d'évolutions professionnelles. De nouvelles spécialités infirmières sont créées, telles que : l'infirmière puéricultrice (IPDE) (1947), l'infirmière anesthésiste (IADE) (1960), l'infirmière de bloc opératoire (IBODE) (1992) et récemment l'infirmière en pratique avancée (2018).

Le métier de cadre de santé (cadre de proximité ou cadre formateur) (1975) représente une autre perspective d'évolution professionnelle et, dans ce cas, il ne s'agit plus d'une spécialisation mais d'un changement de métier. L'infirmière généraliste, après un certain nombre d'années d'exercice dans les services, peut choisir d'assurer les activités d'encadrement/management des équipes soignantes ou d'enseigner dans les instituts de formation en soins infirmiers. Aussi bien le cadre de proximité que le cadre formateur ne réalisent plus d'actes de soins, « même si, pour effectuer leur travail [manager et/ou former], ils doivent s'appuyer sans le dire sur leurs compétences cliniques » (Bourret, 2012, p. 89).

Ce phénomène de spécialisation au sein du groupe professionnel s'accompagne d'une diversification des diplômes et des formations, généralement de niveau bac+5, et du développement des instituts de formation (école de puériculture, école d'infirmières anesthésistes, école d'IBODE, etc.). Ces diplômes d'État sont délivrés par le ministère des Solidarités et de la Santé. Certains sont désormais associés au grade de master⁴ (IADE en 2014, IBODE rentrée 2022) délivré par le ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation (MESRI) (Cartron, 2021). Dans le cadre de la formation professionnelle continue, les infirmières peuvent obtenir un diplôme universitaire de master dans différentes disciplines : santé publique (Master Sciences cliniques infirmières), sciences de l'éducation et de la formation, sociologie, droit, etc. En revanche, ces formations académiques ne donnent le droit d'exercer aucune de ces spécialités sans avoir obtenu aussi le diplôme d'État. « C'est uniquement la formation d'infirmière en pratique avancée (IPA) confiée exclusivement au MESRI qui est reconnue » (Cartron, 2021, p. 5). Dans le groupe professionnel des infirmières, les défenseuses du modèle de spécialisation sont en conflit avec celles qui valorisent le rôle propre, c'est-à-dire la prise en charge du patient d'une manière globale (sociale, psychologique et biologique). Leurs réticences et résistances opposées à de nouvelles segmentations tiennent à la crainte de voir émerger une approche plus technicienne, parcellaire du patient, centré sur le traitement d'un organe malade à l'aide de connaissances spécialisées (Vassy et Derbez, 2019, p. 112). Ces tensions posent la question de l'existence d'une technicité non-médicale des infirmières spécialisées (El Haïk-Wagner, 2023).

AUGMENTATION DU PÉRIMÈTRE D'ACTION

Suite aux évolutions du système hospitalier (contraintes gestionnaires, développement des techniques médicales, etc.), le travail infirmier s'intensifie et les modes de prise en charge sont réorganisés. La diminution des durées de séjour, le regroupement des patients en fonction de la spécialité médicale et du type de traitement, l'augmentation du nombre de suivis à distance des effets des traitements et des interventions (Acker, 2012) requièrent la mise en place d'une activité de coordination des différents professionnels pour assurer la qualité et la continuité des soins. Par exemple, dans le secteur de la santé mentale, à partir des années 2008, on demande à certaines infirmières d'assurer des missions de « *case-management* », qui visent à assurer la coordination des soins et des services (notamment entre les secteurs sanitaire, social et médico-social), et des parcours de santé. Elles ont aussi un rôle d'accompagnement du patient en dehors de l'hôpital et de résolution de leurs problèmes de vie quotidienne. Il s'agit de missions supplémentaires attribuées à des infirmières, sans reconnaissance financière. Privilégiant une approche globale et coordonnée de l'intervention, elles s'inspirent fortement des pratiques professionnelles en travail social (Petitqueux-Glaser et al., 2010).

La standardisation des soins ne permet pas de répondre de manière satisfaisante à la variabilité des situations personnelles des patients avec laquelle les infirmières doivent composer. Alors le travail éducatif, d'orientation et d'accompagnement se développe ; les frontières d'exercice avec le travail social deviennent poreuses. À la tension interne au groupe professionnel, entre infirmières généralistes et infirmières spécialisées, s'ajoute une tension interprofessionnelle, liée à la juxtaposition avec des activités à visée sociale, au développement des missions transversales de coordination, d'éducation thérapeutique, d'encadrement, etc.

⁴ Décret no 2014-1511 du 15 décembre 2014 relatif aux diplômes de santé (diplôme d'État d'infirmier anesthésiste) conférant le grade master.
Décret n° 2022-732 du 27 avril 2022 relatif aux modalités de délivrance du diplôme d'État d'infirmier de bloc opératoire et à l'attribution du grade de master.

Si, dans le cadre du processus de spécialisation, les compétences et les savoirs spécifiques sont affichés et valorisés lors de l'augmentation du périmètre d'action, les compétences et les savoirs développés ne sont pas toujours reconnus et font figure de socle invisible.

La création du métier d'IPA nous semble cristalliser trois types de tensions qui traversent la profession infirmière : les aspirations de l'élite infirmière à augmenter le niveau d'étude en vue d'une meilleure reconnaissance et de perspectives de carrière ; la dégradation des conditions de travail et de la santé mentale des soignants (Parent, 2023) ; et l'acquisition de nouvelles compétences dans le champ médical, de la recherche, du travail social et de la formation.

LES PROCESSUS DE PROFESSIONNALISATION DES IPA ET LEURS TENSIONS

Les IPA cherchent à se voir reconnaître leurs spécialités ; cela passe par une évolution conjointe des représentations des employeurs, des activités de travail et des individus (Wittorski, 2014). D'une part, il y a l'intention organisationnelle des établissements de santé et des structures de l'État de développer de nouvelles activités et de nouvelles compétences des soignants pour répondre aux besoins des populations, de déployer des dispositifs spécifiques (de travail), d'impulser la culture du résultat et une certaine décentralisation du pouvoir médical. L'État prend l'initiative de professionnaliser cette fonction et confie aux universités la création d'une formation spécifique.

D'autre part, le groupe professionnel infirmier a la volonté d'identifier des pratiques individuelles de soin (avec le patient) et des pratiques coopératives (médecin-infirmière-patient) qui pourraient relever des pratiques avancées (Jovic et al. 2009 ; Fournier et al., 2018). Il entend les rendre visibles à travers des travaux scientifiques, des rapports, des études d'impact pour mettre en évidence leur utilité sociale et leur efficacité. La production des savoirs de niveau académique fondés sur des données probantes et la construction d'un champ d'expertise justifient une spécialisation, d'où la création d'une communauté IPA (REPASI⁵, UNIPA⁶, SoFRIPA⁷) et d'une revue spécialisée (Revue de la pratique avancée, depuis 2019). Dans ce contexte, les IPA s'appuient sur d'autres groupes professionnels (les médecins, les universitaires, les cadres) et des groupes de patients.

Parfois plus silencieux mais bien réel, un troisième processus est à l'œuvre : le développement professionnel, qui est un « processus de transformation des sujets au fil de leur activité dans ou en dehors des dispositifs organisationnels proposés, souvent assorti d'une demande de reconnaissance par l'organisation » (Wittorski, 2014, p. 20). Ainsi les infirmières poursuivent le processus d'acquisition des savoirs et de développement de compétence enclenché lors de la formation initiale grâce aux formations formelles (qualifiantes ou non) financées dans le cadre du plan de développement des compétences (ex-plan de formation), aux dispositifs d'analyse de pratiques, aux missions d'accompagnement, de tutorat des étudiants ainsi que des « nouveaux » membres de l'équipe infirmière, etc.

⁵ Le réseau des pratiques avancées en soins infirmiers (REPASI) est créé en 2014.

⁶ Le syndicat l'Union Nationale des Infirmier·es en Pratique Avancée (UNIPA) est créé en 2019.

⁷ La Société Française de Recherche des Infirmiers en Pratique Avancée (SoFRIPA) est créée en 2020.

L'investissement dans d'autres activités n'ayant pas une visée explicitement formative – la conception et/ou l'utilisation des nouveaux outils et protocoles, la conduite et la participation à des projets (pluridisciplinaires, de changement organisationnel), les missions transversales (coordination, qualité), les mobilités professionnelles (interservices, public-privé), le changement de binôme de travail dans le service – produit des apprentissages plus ou moins profonds. Ils génèrent ainsi un besoin de reconnaissance professionnelle qui peut déboucher sur des revendications.

Il semblerait qu'on assiste, avec la création des IPA, à la construction d'un nouveau segment de la profession infirmière. Selon Dubar (2003, cité par Champy, 2011), « les groupes professionnels ne sont pas des professions séparées, unifiées, établies ou objectives, [...] ce sont des processus historiques de segmentation incessante, de compétition entre les segments, de “professionnalisation” de certains segments et de “déprofessionnalisation” d'autres segments, de restructurations périodiques sous l'effet du mouvement du capital, des politiques des États ou des actions collectives de ses membres » (p. 35-36).

L'apport de l'économie des conventions

Les débats concernant l'intégration des IPA dans les structures révèlent des controverses entre des logiques issues de plusieurs mondes. L'établissement de santé, public ou privé, est un lieu où plusieurs mondes coexistent et/ou s'affrontent. Selon l'approche de l'économie des conventions (Boltanski et Thévenot, 2002), il existe plusieurs mondes – industriel, marchand, domestique, civique, de l'inspiration et de l'opinion –, chacun avec un principe supérieur commun, un état de grandeur, des répertoires des sujets et des objets, une épreuve modèle. Des clarifications, des arrangements ou des compromis permettent de régler les disputes entre ces mondes et d'éviter la violence ou la rupture des conventions. L'analyse sociologique de la construction de la profession infirmière nous permet de remarquer que plusieurs principes de justification sont mobilisés au cours de l'histoire, notamment :

- celui du monde civique lié aux valeurs du service public (l'intérêt général, la continuité du service, l'égalité de traitement et la neutralité), qui se traduit par la défense de la santé et du travail soignant comme bien commun avec une prise en charge personnalisée et globale du patient ;
- celui du monde industriel où la « performance technique, la science sont au fondement de l'efficacité ». La forte codification du travail des infirmières, la prise en charge du patient par spécialités, le développement (en cours) d'une pratique fondée sur des preuves sont des arguments retenus au nom de l'efficacité ;
- celui du monde domestique, le respect des relations hiérarchiques, de la tradition, avec les valeurs de respect, de responsabilité, les qualités attendues de serviabilité, de bienveillance où « les plus grands ont des devoirs (plus encore que des droits) à l'égard de leur entourage » (Boltanski et Thévenot, 2002, p. 214).

Les IPA proposent de nouvelles offres de soins, assurent des missions supplémentaires, en redéfinissant la division du travail au sein des équipes de soins, ce qui engendre des controverses avec les autres groupes professionnels. Alors comment se construisent, dès la formation, les discours de justification et les conditions d'existence de leur métier ? Comment les IPA diplômées négocient-elles la définition de leur poste et son périmètre d'exercice ? En quoi ces diplômées œuvrent-elles au développement de la profession infirmière et à sa reconnaissance ? Voilà quelques questions ayant guidé notre démarche de recherche.

DISPOSITIF MÉTHODOLOGIQUE

Pour répondre à ces questions, une enquête exploratoire par entretien compréhensif (Kaufmann, 1996) a été menée auprès de 12 IPA de différentes spécialités : santé mentale (7), maladie rénale chronique (1), pathologies chroniques stabilisées (PCS) (3) et double spécialité PCS et santé mentale (1). Les entretiens ont été obtenus par le biais de personnes ressources et la méthode dite « boule de neige ». Le guide d'entretien est composé des thématiques suivantes : parcours professionnel antérieur à la formation IPA, conditions d'entrée en formation et choix de la spécialité, déroulement de la formation (enseignement, stage et missions), retour en milieu professionnel, activités déployées dans le poste actuel occupé au moment de l'enquête, après le master. Le recueil des données a été réalisé en avril-mai 2023 et la durée moyenne des entretiens était de 1 heure et 30 minutes. Le corpus de l'enquête est composé de 7 femmes et 5 hommes, de 23 ans à 48 ans, dont 4 sont issus de la formation initiale, c'est-à-dire ayant suivi le master dès l'obtention du diplôme d'infirmier. Parmi les autres enquêtés issus de la formation continue (N=8), 3 étaient diplômés d'un Master Santé, parcours Sciences cliniques infirmières, ce qui leur a permis de bénéficier d'une validation des acquis les dispensant de la première année de Master IPA et d'une partie des unités d'enseignement de la seconde année.

RÉSULTATS

L'analyse thématique (Paillé et Mucchielli, 2003) permet de mettre en évidence les principes de justification de l'engagement professionnel des IPA, les stratégies de négociation déployées pour délimiter leurs domaines d'intervention et circonscrire leur espace d'autonomie.

DU GLISSEMENT DES TÂCHES À LA DÉLÉGATION MÉDICALE, VERS UNE RÉELLE AUTONOMIE ?

Située dans la hiérarchie des métiers de la santé entre le médecin et l'aide-soignante, l'infirmière a un rôle incontournable dans la prise en charge des patients. Considérées comme le bras droit du médecin, elles ont accepté, au fil de l'histoire, d'accomplir certaines tâches qui, officiellement, étaient réalisées par le seul médecin. Chargées d'exécuter les consignes et prescriptions, elles ont également, au fil du temps, assuré certaines tâches relevant théoriquement de la responsabilité du médecin.

Ce phénomène de glissement qui pouvait arriver ponctuellement, pour soulager la charge de travail du médecin, a toutefois évolué vers la reconnaissance et donc vers une délégation. Ainsi, certaines tâches qui auparavant étaient uniquement du ressort du médecin peuvent être effectuées par des infirmières dans les conditions stipulées par la loi. Ainsi la loi de 1995 précise les tâches médicales qui peuvent être réalisées suite à une ordonnance et en l'absence d'un médecin, celles exécutées à proximité du médecin lui permettant d'intervenir, et enfin celles réalisées seulement en présence du médecin (Féroni et Kober, 1995). Cela n'a pas fait disparaître le glissement de tâches qui a continué d'exister, comme dans beaucoup de professions, à des fréquences variables, en fonction du secteur – public ou privé – et de la spécialité. Nos données montrent qu'il existe différentes formes et modalités d'organisation de cette délégation.

Le glissement des tâches ne semble pas être exceptionnel chez les IPA interrogées et elles le perçoivent comme un signe de reconnaissance de la compétence professionnelle de l'infirmière.

« On n'avait pas toujours un médecin dans le service [d'une clinique privée], les week-ends, etc. On avait une totale autonomie, liberté, et les médecins nous faisaient totalement confiance. Par exemple, très tôt et vite, le médecin on l'appelait et on lui disait "là ça ne va pas, ça, ça, ça". Il venait quand c'était nécessaire, sinon il nous laissait gérer nous-mêmes. Donc déjà il y avait un dépassement de compétence. Quand on est jeune infirmière, on se sent très valorisée. Là, avec le recul, je me dis que c'était assez dangereux. Il n'empêche que mes médecins sont intelligents, et savent très bien à qui ils font confiance » (IPA 1, mention PCS, femme, 44 ans, 23 ans d'expérience).

Lorsqu'il est possible, le glissement de tâche se transforme en délégation à travers des protocoles de coopération :

« C'était au départ une consultation qui reposait sur un médecin, et puis, quand je suis arrivée, s'est reposée sur le médecin et sur moi, et en fait très rapidement, c'est une consultation que j'ai faite de façon autonome. [...] Et maintenant cette consultation de poste-urgence, d'ailleurs, c'est devenu un protocole de coopération, donc c'est une consultation infirmière. Donc, le service a construit et a fait les démarches pour que ça soit vraiment une consultation qui repose sur les infirmières avec un médecin senior qui intervient en cas de besoin » (IPA 9, mention psychiatrie et santé mentale, femme, 41 ans, 13 ans d'expérience).

Les protocoles de coopération, qui n'existent que depuis 2009, sont des « prescriptions anticipées » élaborées par le médecin permettant à un professionnel de santé de réaliser, à titre dérogatoire et sous couvert d'un contrat, certaines tâches médicales à sa place. Par exemple, dans le cadre du dispositif expérimental « Action de santé libérale en équipe (Asalée) », des tâches de dépistage et de suivi des pathologies chroniques ont été déléguées aux infirmières (Fournier et al., 2018). Il y a deux types de protocole de coopération :

- locaux, valables au sein de l'équipe de soins qui en est à l'initiative et après validation par les instances médicales ;
- et nationaux, dont la trame de mise en œuvre est validée par la Haute Autorité de santé et autorisée par arrêté ministériel.

Une formation spécifique est nécessaire pour réaliser les actes délégués, mais elle n'est ni diplômante, ni certifiante. Ainsi, si une infirmière change de service, elle ne pourra pas réaliser les actes pour lesquels elle a été formée s'il n'y a pas de protocole de coopération dans le nouveau service.

Les IPA peuvent exercer de façon autonome, en fonction de leur champ de compétence, c'est-à-dire formuler un diagnostic, réaliser une analyse clinique, renouveler une ordonnance, prescrire des examens complémentaires, et mettre en place de nouvelles activités. Toutes ces activités, qu'elles soient de substitution, antérieurement réalisées par des médecins, ou complémentaires, jamais réalisées par les médecins, se réalisent *a priori* en collaboration avec le médecin et non sur sa délégation. Les compétences acquises durant le master peuvent être mobilisées dans tout service.

Cependant, l'autonomie des IPA semble partielle et conditionnée par ces protocoles. Tout d'abord, les enquêtés issus de la formation initiale n'occupent pas toujours un poste IPA après l'obtention du diplôme de master (2 sur les 4). Les enquêtés issus de la formation initiale, qui occupent un poste d'IPA, ont dû signer des protocoles de coopération avec les médecins pour pouvoir exercer parce qu'ils ne détenaient pas les trois années d'expériences professionnelles avant l'entrée en master. Cela signifie que le diplôme de Master IPA

n'a pas de valeur d'échange⁸ pour les équipes de soins ni pour les établissements tant que l'infirmière IPA n'a pas acquis les trois ans d'expérience. Celles qui sont issues de la formation continue ont pu exercer en tant qu'IPA seulement après avoir signé des protocoles d'organisation :

« [...] la construction du protocole d'organisation, sous lequel on travaille. Ça c'était vraiment avec l'équipe médicale, lors des staffs service, donc une fois par mois. En fait, on l'a présenté, corrigé ensemble, pour que ça convienne aux différentes parties et que tout le monde puisse signer, et qu'ils soient au clair pour l'adressage des patients, donc ça c'était plus l'équipe médicale, en réunions de service » (IPA 2, mention PCS, femme, 34 ans, 12 ans d'expérience).

Si les protocoles d'organisation sont moins détaillés que les protocoles de coopération, car ne contenant pas d'arbre décisionnel, ils restent obligatoires. Ils sont également construits en collaboration avec le médecin et/ou le chef de pôle, supervisés dans certains établissements par le cadre de santé, et validés par la commission médicale d'établissement et par l'Agence Régionale de Santé. Cette situation est également fréquente dans le secteur libéral où les protocoles d'organisation sont élaborés avec chaque médecin et où il n'y a pas d'accès direct aux patients qui ne sont adressés que par les médecins volontaires (Luan et al., 2023).

Cet encadrement strict de l'exercice du métier est, pour certaines mentions du Master IPA, légiféré avant même la création de la mention. La loi ne prévoit pas que les patients puissent aller directement consulter un IPA, ni qu'ils soient orientés vers les IPA par des médecins généralistes, ni par d'autres professionnels de santé. Seul, le médecin spécialiste choisit d'orienter le patient vers l'IPA.

Comme le souligne l'un des enquêtés :

« [la mention psychiatrie santé mentale] a été retardée d'un an, notamment parce qu'il y a eu des négociations avec les psychiatres pour qu'on puisse ne travailler qu'avec des psychiatres, mais pas des médecins, dans le sens où [on] ne peut pas s'installer en ville avec des médecins généralistes pour faire de la psychiatrie, voyez... C'était considéré comme concurrentiel en fait. Donc, dans notre décret,⁹ on ne peut travailler qu'avec des psychiatres » (IPA 5, mention psychiatrie santé mentale, homme, 39 ans, 15 ans d'expérience).

De ce fait, on peut se demander quelle est la valeur réelle du diplôme d'IPA sur le marché du travail, si les professionnels doivent signer des protocoles qui encadrent ce qui devrait aller de soi du point de vue de la

⁸ En économie, on distingue deux valeurs d'un bien ou d'un service. « La valeur d'échange est représentée par un prix objectif qui s'impose à tous » (Mouchot, 1994, p. 8). La valeur d'usage est subjective et représente la satisfaction que procure la consommation d'un bien ou d'un service. Cette satisfaction n'est pas communicable de manière objective. Dans le cas de la formation, la valeur d'usage est donnée par le formé et la valeur d'échange est donnée par l'employeur. Cette valeur d'échange se traduit par une correspondance entre le diplôme (niveau de formation, spécialité de formation, niveau et zone autonomie) et l'emploi (niveau d'emploi, spécialité de l'emploi, niveau et zone d'autonomie). Le diplôme IPA a de la valeur sur le marché du travail s'il permet d'accéder à un emploi d'IPA. Dans le domaine médical et paramédical, dans le secteur public, jusque-là, il y avait une correspondance entre le diplôme et l'emploi. Le diplôme permettait d'exercer le métier pour lequel la personne a été formée, avec le même niveau d'autonomie pour tous les diplômés. Or dans ce cas précis, on considère que les IPA diplômés, qui n'ont pas les 3 ans d'expérience, ne sont pas autonomes malgré l'obtention du diplôme. Tous les diplômés d'IPA n'ont donc pas la même valeur d'échange sur le marché de travail. Cette situation engendre un autre problème. Le capital humain, comme tout capital, génère de la valeur (d'usage et d'échange) s'il est utilisé. Si le capital formation, qui englobe les savoirs et les compétences acquises pendant le master, n'est pas utilisé à la fin de la formation puisque la diplômée IPA occupe un poste d'infirmière, ce capital ne génère pas de la valeur, voire il se déprécie. C'est ce qu'expliquent les enquêtés. Ne pouvant pas exercer en tant qu'IPA, ils ont peur d'oublier ce qu'ils ont appris ; les compétences développées pendant la formation risquent de ne pas se consolider, etc.

⁹ Décret n° 2019-836 du 12 août 2019 relatif au diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée mention psychiatrie et santé mentale.

formation qu'ils ont suivie. On constate donc que le diplôme, avec ou sans expérience, ne suffit pas à légitimer la délégation de tâches aux IPA. Y a-t-il d'autres cas similaires dans d'autres corps de métier ? Cela semble assez improbable, notamment chez les médecins.

Dans la théorie de l'agence¹⁰, le recours d'un donneur d'ordre (le principal) « aux services d'une autre personne [l'agent] pour accomplir en son nom une tâche quelconque, impliquant une délégation de nature décisionnelle [...] est motivé par le fait que cet agent a des capacités, des qualifications, des compétences et/ou des savoirs particuliers que n'a pas le principal. Le principal estime donc que l'agent est plus apte que lui à réaliser l'action déléguée » (Larré, 2009, p.29). Or, dans la délégation médicale, la raison fondamentale n'est pas la compétence de l'infirmière, y compris celle en pratique avancée, mais essentiellement des arguments d'ordre économique, dont l'allègement de la charge de travail des médecins. D'où tout le travail de justification des professionnels concernés.

UN NOUVEAU RAPPORT À LA FORMATION : LA « FABRICATION » D'UN NOUVEAU PROFESSIONNEL PAR LA FORMATION

Pour les professionnelles issues de la formation initiale, le master IPA permet de combler une formation infirmière qu'elles jugent insuffisante. L'envie de poursuivre des études, le besoin d'approfondir des connaissances théoriques pour maîtriser son activité, « être plus à l'aise dans son travail » pousse ces jeunes infirmières diplômées à s'inscrire dans le master IPA. Tandis que pour les professionnelles issues de la formation continue, le master s'inscrit dans une démarche d'évolution de carrière. Il répond plutôt à un désir de changer le contenu de son activité ou bien il est considéré comme une reconnaissance sociale/formelle de leur expérience professionnelle.

Indépendamment des différents motifs mentionnés, la formation IPA leur apporte un approfondissement des connaissances cliniques (pathologies, signes cliniques, l'éducation thérapeutique), des concepts spécifiques (rétablissement, autodétermination du patient, etc.) mais aussi un changement de la conception de la démarche de soin, l'apprentissage de la démarche diagnostique et des méthodes d'analyse des pratiques, une initiation à la recherche et une ouverture vers d'autres disciplines en sciences humaines et sociales, telles que la sociologie des organisations, les sciences de l'éducation et de la formation.

Pour les enquêtés issus de la formation initiale, la formation universitaire répond généralement à leurs attentes malgré quelques enseignements redondants, alors que pour les enquêtés issus de la formation continue, les propos sont plus nuancés.

Un changement des pratiques professionnelles

Les enquêtés témoignent du rôle de la formation dans le changement de posture professionnelle. La démarche diagnostique enseignée à l'université est la démarche médicale. Il ne s'agit plus de comprendre la prescription du médecin (demandes d'analyses complémentaires, traitement) mais d'apprendre à poser soi-même un diagnostic en s'appuyant sur les signes cliniques du patient.

¹⁰ À partir du milieu des années 1980, la théorie économique de l'agence est mobilisée par les pouvoirs politiques pour réformer le fonctionnement du système de santé, généraliser la gouvernance hospitalière via un pilotage par les résultats, et imposer un nouveau référentiel managérial même si « les valeurs véhiculées par le modèle de l'agence sont incompatibles avec celles de l'hôpital public » (Domin, 2015).

« [...] quand on était à l'école [IFSI], on nous apprenait à être exécutif [...], c'est-à-dire on avait une prescription, on avait un patient. Pourquoi le médecin avait prescrit ça pour le patient ? Là quand on arrive en Master avec la pratique IPA c'est l'inverse, on nous donne un patient qui a des problèmes. Qu'est-ce qu'on fait ? On réfléchit dans l'autre sens, quoi.

Au lieu de comprendre le lien de pourquoi on fait les choses et pourquoi on nous a demandé de faire ça là, c'est qu'est-ce que je fais et pourquoi, quels sont les signes cliniques ? En fait, c'est la démarche clinique qu'on nous apprend. On n'avait pas trop en école en tout cas, à l'époque » (IPA 10, mention PCS, femme, 23 ans, 2 d'expérience).

Malgré les années d'expérience et les formations continues suivies, y compris des DU, ce master forme les enquêtés à une mise à distance de leurs pratiques professionnelles et à approfondir leur posture réflexive. Les autres formations continues suivies durant leur carrière ont contribué certes à étoffer leurs capacités d'analyse de situations cliniques, néanmoins, pour ceux diplômés avant 2009, la découverte des nouvelles théories cliniques – H. Peplau, C. Roy, J. Watson, A.I. Meleis, etc. (Hardy et Dallaire, 2020)¹¹ – marque un « point de rupture » avec leurs pratiques antérieures, leurs modes de raisonnement.

« Je suis arrivé en master en me disant “je suis un bon infirmier. C'est bon, je sais ce que je fais, je maîtrise mon sujet, et là-dessus on ne peut rien me démontrer”. Et au bout de 4 mois, je me suis dit “mais [...]”. Ça fait des années que je fais n'importe quoi. Ça ne va pas du tout”, enfin bref. Et ça, ça a été très enrichissant, parce que ça a permis de me remettre en question, en me disant “mais ton approche des choses ne va pas”, et ça, ça m'a beaucoup intéressé » (IPA 8, mention santé mentale, homme, 48 ans, 25 d'expérience).

« ça a profondément modifié ma vision propre en tant que professionnel, ma manière d'appréhender les choses. [...] Une posture peut-être un peu plus méta, avec un recours aussi aux écrits, à la littérature scientifique, qui a changé, s'est étoffé et qui est devenu beaucoup plus évident pour... » (IPA 5, mention santé mentale, homme, 39 ans, 15 d'expérience).

Si certaines infirmières prennent conscience des limites de leurs pratiques, d'autres ont enfin des éclairages théoriques pour comprendre des situations problématiques qu'elles avaient rencontrées précédemment et pour lesquelles elles n'avaient pas de solution satisfaisante. Le « vouloir agir » était jusqu'à alors empêché par un manque de savoir : des savoirs disciplinaires, des connaissances procédurales, etc. Cette découverte provoque ainsi chez beaucoup d'entre elles un sentiment d'insatisfaction, de mécontentement, voire de colère contre le système de formation infirmière, qu'il s'agisse de la formation initiale ou continue. La question que se posent certaines est : pourquoi on les a tenues dans l'ignorance depuis autant de temps et pourquoi cette situation perdure encore ? Cette revendication d'accès au savoir est commune à toutes, qu'elles soient issues de la formation initiale ou continue.

« [...] évidemment ça m'a apporté énormément, j'en ai même voulu à l'IPSI de ne m'avoir fait connaître que Virginia Henderson, parce que j'ai découvert qu'il n'y avait pas que ça. Donc je suis restée toutes ces années-là dans le néant en fait, [...] je suis déçue qu'on m'ait appris que ça. J'avais l'impression qu'ils n'étaient que ce modèle-là » (IPA 2, mention PCS, femme, 34 ans, 12 ans d'expérience).

¹¹ Depuis 2009, certaines de ces théories cliniques sont enseignées aussi en formation initiale.

« Pour moi dans la formation infirmière, il y a plein de choses qui manquent, ne serait-ce que la clinique pure, toutes [les] pathologies. On voit la clinique sans voir forcément le fonctionnement anatomique de manière précise. C'est tout bête, moi dans mes études j'ai passé 5 minutes avec le prof de biologie sur le fonctionnement cardiaque, c'est juste pas possible, c'est trop court. Donc il y a plein de petites choses que j'ai travaillées de mon côté bien sûr, mais il m'en fallait plus. J'avais besoin d'avoir plus de connaissances, de savoir théoriques, pour pouvoir être plus à l'aise et vraiment connaître ce qui se passe dans le corps de mes patients » (IPA 7, mention psychiatrie et santé mentale, femme, 25 ans, quelques mois d'expérience).

Un autre rapport à la formation, aux savoirs et aux enseignants

L'université, lieu de prédilection de la production du savoir, leur demande plus que d'assimiler des savoirs académiques et professionnels, de se les approprier pour les appliquer ; elle les invite davantage à participer à leur production. Pour la première fois, elles font un travail de recherche ; c'est le point d'orgue de la formation. Lire, réfléchir, chercher, elles le faisaient déjà en marge ou en plus de leur travail par envie d'améliorer leurs pratiques, mais sans boussole, sans participer ou faire partie d'un groupe de recherche, sans être accompagnées par un enseignant-chercheur, voire parfois par toute une équipe de chercheurs.

« C'est vraiment ce Master qui m'a permis de voir différemment la profession. C'est vraiment les apports théoriques, mais je te dis aussi le monde académique. Ils n'ont pas le même langage, et on n'est pas infantilisé aussi. On a vraiment, puis il faut t'accrocher, bosser pour atteindre le niveau qu'ils espèrent pour toi, et tant mieux » (IPA 1, mention PCS, femme, 44 ans, 23 ans d'expérience).

Être considérées comme des professionnelles qui pensent, s'informer sur les dernières avancées scientifiques dans leur domaine, remettre en question des savoirs, les propulsent dans un autre monde qui jusque-là leur était défendu. Ce master leur permet de s'ancrer dans une dynamique de questionnement et de recherche.

Et comme le souligne un certain nombre d'enquêtés, certains enseignements sont à un niveau élevé : *« tout ce qui était clinique c'était poussé je dirais... c'était quand même niveau troisième année de médecine, voire quatrième » (IPA 6, mention PCS, homme, 24 ans, quelques mois d'expérience).*

En conséquence, certains s'interrogent sur le degré élevé du niveau enseigné et des modalités pédagogiques d'enseignement utilisées en première année de formation de master dans certaines universités. Suivre des cours faisant partie du tronc commun de la première année de Master IPA avec les étudiants et étudiantes de médecine de 3^e, 4^e et 6^e année ou d'autres masters, et passer les mêmes épreuves sans adaptation du contenu évalué à la spécificité de ce public, interroge ces étudiants IPA et pose la question de l'intérêt pédagogique.

« Faire un diagnostic sur un ECG, moi on ne demande pas de diagnostic en tant qu'IPA, donc là vraiment c'est un dépassement de compétences, on n'a pas les connaissances pour le faire. C'est vrai que ce genre de questions, on mettait un peu au hasard. C'est vrai que c'était un peu de l'intuition » (IPA 2, mention PCS, femme, 34 ans, 12 d'expérience).

Tous les enquêtés soulignent la charge du travail universitaire et les stratégies d'apprentissages mises en place pour réussir leurs examens. Finalement, ce n'est pas la charge de travail qui est questionnée mais l'écart qu'ils doivent combler en termes de savoirs théoriques n'ayant pas suivi les cours de médecine de 1^{re} et 2^e année, et le changement des méthodes d'apprentissage : *« on n'est pas du tout éduqués aux mêmes manières d'apprentissage ».*

Rompres avec certaines habitudes d'apprentissage (faire attention au paragraphe et pas seulement au contenu), se discipliner à réviser tous les jours, y compris les week-ends, demander de l'aide auprès des collègues issues de la formation initiale qui maîtrisent davantage les nouvelles technologies, chercher des informations auprès des étudiants en médecine sur les contenus des cours des années précédentes ou des « collègues » font partie de l'apprentissage du métier d'étudiant.

En revanche, les cours en sciences infirmières, sur les missions transversales, de méthodologie de la recherche et ceux spécifiques à la mention, en deuxième année de master sont très appréciés pour leur contenu, les modalités d'enseignement, même si une partie de ces cours ont été suivis à distance pendant la période COVID. La division de la promotion par parcours provoque une baisse de la taille des groupes (de 200 à 60 ou de 50 à 6). L'étude de cas cliniques, la mobilisation des méthodes pédagogiques actives favorisent les apprentissages en profondeur et les incitent à s'investir davantage :

« J'accroche encore ma quantité de travail [...], je travaille dans les livres de médecine justement que les étudiants en médecine travaillent pour le concours là, de sixième année. Moi, je travaille beaucoup dessus pour préparer mes examens » (IPA 6, mention PCS, homme, 24 ans, quelques mois d'expérience).

Et lorsque la qualité des interventions ne correspond pas à leurs attentes, les étudiants se montrent exigeants. Les critiques portent sur l'apprentissage de gestes infirmiers qu'ils maîtrisent déjà, des redondances de contenus, des intervenants qui ne connaissent pas les missions d'une infirmière en pratique avancée.

Le choix de certaines méthodes pédagogiques et modalités d'évaluation en première année semble plutôt lié à des contraintes d'organisation de la formation et de mutualisation des ressources pédagogiques qu'à des aspects d'ordre pédagogiques ou à une réflexion sur le métier d'IPA. Les autres dysfonctionnements cités sont liés à la mise en place d'une nouvelle formation : la création d'un programme de formation, l'élaboration d'un contenu de cours, la constitution de l'équipe pédagogique, l'articulation des interventions, etc.

Le Master IPA, un espace de construction du métier

Le parcours en master est un des espaces de « construction de ce nouveau métier ». En l'absence d'un « modèle français », d'un cadre légal explicite des activités à exercer, les universitaires incitent les étudiants à réfléchir à leur conception du métier.

« On philosophait sur la construction de ce métier, qu'est-ce que ça allait pouvoir être et comment "est-ce que toi, tu penses que ça va être" et "comment est-ce que toi, tu penses que ça va, être", "moi, je pense que c'est plutôt comme ça". Et finalement on construisait petit à petit aussi une identité sur l'infirmière pratiques avancées et sur les compétences qu'on pouvait avoir et ce qu'on allait pouvoir réaliser finalement ensemble » (IPA 4, double mention PCS et psychiatrie santé mentale, homme, 25 ans, quelques mois d'expérience).

Cette réflexion se heurte, à la fin de la formation, à la reconnaissance du diplôme sur le marché du travail (aux contraintes financières des établissements : absence de budget pour créer des postes, pénurie des infirmières ce qui incite les établissements à placer les IPA sur des postes d'IDE, manque d'organisation des structures), aux réticences d'autres professionnels, etc. (Jolys et al., 2023). En ce qui concerne la formation, des critiques persistent.

« Il y a un fossé entre le Québec et la France. Pour une fois, la pratique avancée, la manière dont elle arrive en France c'est très significatif du fonctionnement. On crée un DE [diplôme d'État] de pratique avancée, donc un niveau Master, et qu'il n'existe pas de doctorat. Se posa la question "mais qui pour former ces gens-là ?" "Ah, mais prenons des médecins pour former des infirmières en pratique avancée" » (IPA 5, mention santé mentale, homme, 39 ans, 15 d'expérience).

Certains étudiants soulignent la « mainmise » de la profession médicale sur la formation des IPA : par exemple le manque d'enseignants-chercheurs en sciences infirmières, l'absence d'une formation doctorale, le choix d'une équivalence master au lieu de la création d'une filière universitaire en sciences infirmières, le manque de programme de recherche ambitieux pour développer les savoirs infirmiers (Delmas, 2019), etc.

L'activité de recherche participe pleinement à leur professionnalisation et à leur autonomie professionnelle et les infirmières sont formées à la recherche par « données probantes » de la même manière que les médecins. Alors que la maîtrise de ce type de recherche par les IPA devrait inciter le corps médical à les intégrer et à leur dégager du temps pour mener des recherches, certains médecins établissent une hiérarchie dans les différentes formes de savoirs et de recherches.

« Parce qu'à l'époque [...]. ça n'était pas acquis qu'on ait 20 % dédiés à la recherche. Et on est passé par plusieurs étapes. Au début, [le médecin] a dit "Ok, pas de problème, ça sera 20 %, mais sur des recherches à moi". Et ensuite ça a été "Non, ce n'est pas comme ça. C'est 20 % pour la recherche en sciences infirmières, en transversal pour l'établissement, et il y a eu quelques frictions. Et on a eu la chance d'avoir un directeur des soins qui n'a pas lâché.

« Question : Parce que, pour [les médecins], vous étiez les "petites mains" de la recherche ?

« Je crois que c'était pire que ça, c'est qu'à part de la recherche médicale, le reste ce n'est pas de la recherche » (IPA 5, mention santé mentale, homme, 39 ans, 15 d'expérience).

Comme le souligne Delmas (2019) « faire évoluer une profession dotée d'une autonomie professionnelle dans un champ bien déterminé vers l'acquisition des savoirs d'une autre profession (soit dans ce cas, la profession médicale), est une façon de la déconstruire, voire de détruire ses fondements » (p.7). C'est pour cela que certains auteurs et autrices soulignent l'importance de continuer à valoriser les autres méthodologies de recherche et pas seulement celles fondées sur les preuves (Holmes et al., 2006).

L'IPA, « UNE RÉELLE PLUS-VALUE »

Comme le souligne Gomez (2016), « à quoi [ça] sert ? » mon travail et « à quoi je sers ? » sont deux questions que se posent constamment les travailleurs. Ces questions sont vives chez les IPA, notamment lors de cette phase de construction de leur domaine d'intervention, y compris pendant la formation. La préoccupation à démontrer leur plus-value est très présente dans les discours des enquêtés. D'ailleurs, toute une littérature se développe à ce sujet et des études s'attachent à mesurer l'impact des pratiques sur les patients, sur l'offre de soin et proposent des modèles de stratégie d'implantation proposés.

Convaincre de l'utilité de leurs activités, prouver l'efficacité des actions préoccupe aussi bien les professionnelles concernées (IPA) que les universitaires et les médecins impliqués dans leur mise en place dans les établissements. Cette utilité doit être montrée avant même le départ en formation du futur IPA.

Conformément au modèle PEPPA¹², il y a neuf étapes incontournables dans la stratégie d'implantation des IPA comprenant, entre autres, l'analyse des besoins d'une population ciblée, la formulation des objectifs à atteindre et des critères d'évaluation des résultats (Lecocq, Mengal et Prison, 2015). L'encadrement médical et paramédical du pôle identifie alors le besoin d'une nouvelle offre de soins qui justifie la nécessité de former une ou plusieurs infirmières à la pratique avancée :

« C'était la cadre de santé à l'époque qui présentait la pratique avancée, parce qu'elle faisait son master sur le... je ne sais plus quel type de Master [...], et en fait elle était vraiment au taquet sur ça. Elle savait très bien de quoi elle parlait, et nous a présenté ça avec l'équipe médicale. C'est un travail qui avait été fait au préalable tous ensemble. Et surtout, ça répondait à un projet de service. Voilà. Il y en avait vraiment l'utilité, ils ont en fait montré ce besoin, la plus-value d'une IPA dans le service, du coup on envoie quelqu'un de l'école » (IPA 2, mention maladie rénale chronique, femme, 34 ans, 12 d'expérience).

Le stage en cours de master est une occasion pour démarrer cette nouvelle activité, mesurer ses effets, et finalement prouver, auprès de son équipe et de sa hiérarchie, l'intérêt de la développer, donc son efficacité. Cela passe par le recueil de données, l'élaboration d'indicateurs, de statistiques, de graphiques.

« [...] le fait que j'avais tenu un tableau de bord sur mes différentes consultations de mon stage de 2^e année, ça m'a permis d'avoir des chiffres sur les ré-hospitalisations sur cette typologie de patients, que j'ai pu comparer à la période de 2019. Donc là, on a pu prouver un petit peu cette plus-value sur la diminution de l'hospitalisation, le lien ville-hôpital, avec le médecin traitant, les infirmières libérales, voilà. Et là encore à l'heure actuelle, les différentes spécialités demandent un petit peu un état des lieux, là où on en est » (IPA 2, mention maladie rénale chronique, femme, 34 ans, 12 d'expérience).

Et même lorsque la diplômée exerce en tant qu'infirmière, en attendant la création d'un poste IPA, elle continue à maintenir ou à développer ce type d'activité, espérant une reconnaissance malgré une charge de travail importante :

« ça déborde sur mon activité d'infirmière, et donc c'est un truc que je fais un peu en surplus, euh, que j'ai quand même tenu à faire, parce que je pense que ça peut m'aider, ça m'intéresse déjà, mais c'est aussi pour montrer que je fais des choses et que ce n'est pas inutile » (IPA 9, mention santé mentale, femme, 44 ans, 13 d'expérience).

Tous les IPA sont conscientes de la nécessité de faire leurs preuves lors des stages, y compris après avoir obtenu leur diplôme. Justifier l'utilité de son rôle, créer les conditions de l'exercice de sa propre activité paraît aujourd'hui incontournable dans la fonction publique hospitalière.

Un nouveau modèle du/de fonctionnaire semble émerger, celui de l'intrapreneur qui adopte des attitudes et des comportements entrepreneuriaux au sein de l'organisation qui l'emploie. L'intrapreneur est le salarié identifié qui poursuit des opportunités d'affaires (nouvelle offre de produits ou de services, nouveaux marchés) permettant la création de richesses nouvelles pour son entreprise (Fayolle, 2017). Contrairement à l'entrepreneur qui travaille pour lui-même, l'intrapreneur ne peut pas imposer ses décisions aux autres (sa hiérarchie, ses collègues). Il doit les convaincre du bien-fondé de ses idées innovantes et s'adapter aux contraintes de son organisation. Lorsque cela est nécessaire, il lui arrive de court-circuiter le système sans le quitter, y compris « à dissimuler les projets risqués pour ne pas affronter les réticences de l'organisation » (p. 236).

¹² Participatory, Evidence-based, Patient- focused process for advanced Practice nursing role development.

Enfin, il n'a pas la possibilité de décider de son salaire, celui-ci lui est imposé. Selon Fayolle (2017), l'intrapreneuriat couvre une diversité de situations et peut prendre différentes formes.

L'IPA du secteur public présente les caractéristiques d'un intrapreneur qui cherche d'abord à créer sa propre activité, un nouveau service, et son poste. Elle doit convaincre les médecins qu'elle n'est pas un concurrent, qu'elle s'inscrit plutôt dans une relation de prestation de service. Elle doit également persuader les patients que le service proposé est complémentaire à celui du médecin et qu'ils en ont besoin. Pour cela, elle développe des compétences spécifiques à la gestion d'entreprise comme la réalisation d'une étude de marché, l'élaboration d'une stratégie marketing (Denny et al., 2024), la mobilisation des techniques de vente/négociation commerciale. Et pourtant, le principe de justification mis en avant par les IPA interrogées, ainsi que les données fournies par la littérature scientifique, est toujours la création de la valeur ajoutée. Elle appartient donc au monde marchand.

Contrairement aux directeurs de soins qui attendent des preuves de l'efficacité des interventions assurées et des soins délivrés par les IPA, les cadres intermédiaires mettent en avant, comme l'ont montré d'autres études (Schwingrouber et al., 2021), une attitude d'humilité, évitant une position condescendante. Le discours des IPA qui tire leurs références du monde industriel où la performance technique et la science sont au fondement de l'efficacité, contraste alors avec celui de certains cadres intermédiaires qui puisent leurs références dans le monde domestique où règne le respect des anciens, de la hiérarchie et la convivialité.

Finalement, la posture entrepreneuriale de l'IPA répond aux attendus de la hiérarchie supérieure, qui comprend des interlocuteurs sensibles à l'approche gestionnaire et technique. En revanche, le chevauchement de certaines de leurs missions (formation, leadership clinique) avec celles des cadres intermédiaires, ne contribue-t-il pas à réduire la variété des tâches, voire à déposséder ces derniers de certaines « tâches nobles » du management ? Les cadres intermédiaires hospitaliers gravissent les échelons de la hiérarchie paramédicale grâce à leur expertise dans le domaine du soin et à leurs compétences d'accompagnement auprès des équipes, des étudiants infirmiers et des nouveaux diplômés.

Cela ne relègue-t-il pas ces cadres à la prise en charge du « sale boulot » du management – la production des données chiffrées, l'optimisation des équipes, les stratégies de compensation des effets néfastes de l'intensification du travail des équipes et la détérioration de la qualité de vie au travail, etc. – mais aussi à la dévalorisation de leur expertise du soin et celle de leur métier (encadrement ou formation) ? Cette dernière ne risque-t-elle pas d'être accentuée par l'absence d'investissement (institutionnalisé) des cadres dans des activités de recherche ? Cette déstabilisation de la frontière externe, cette remise en question du contenu, de la place et de reconnaissance sociale des compétences des cadres est liée aussi à la crise (des rôles) que rencontre la profession de cadres.

REDÉFINITION DES FRONTIÈRES AVEC LE TRAVAIL SOCIAL

La délimitation du périmètre d'intervention et le rapport aux autres professionnels non soignants sont (re)négociés localement, au gré des caractéristiques des patients, des structures, des partenariats. La compétence clinique de l'IPA consiste à « évaluer une situation complexe, apprécier la gravité des risques, déterminer les réponses les plus adaptées à la situation et décider des actions à entreprendre (soins ou orientation) ; prescrire et/ou réaliser des traitements et examens, interpréter les résultats d'examen » (Agence régionale de santé Île-de-France [ARS], 2016). Pour évaluer une situation complexe, l'IPA tient

compte non seulement des critères cliniques liés à la pathologie mais aussi des critères sociaux et relatifs au parcours de soin. Ainsi, une situation simple selon les critères cliniques va être envisagée dans sa complexité si le patient présente des problématiques sociales telles que la « précarité liée à l'isolement, vulnérabilité, dépendance ou perte d'autonomie, barrière de la langue, difficulté ou refus d'accès aux soins » (ARS, 2016, p. 26). La complexité de la situation du patient peut être aussi due aux caractéristiques de son parcours de soin (recours inadéquats au système de santé, défaut de projet thérapeutique, absence de consensus entre les intervenants, etc.). Finalement, pour poser un diagnostic, l'IPA analyse la situation du patient sous ses différentes dimensions (temporelle, spatiale, économique, familiale, professionnelle, sexuée, etc.) et les actions qu'elle met en place se trouvent parfois à l'interstice des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

« Pour la plateforme territoriale d'appui, on faisait beaucoup de social. Et c'est là que je me suis rendue [compte] qu'en fait il y a vraiment aussi une problématique en France, et de plus en plus à l'heure actuelle : ce n'est pas normal qu'il y ait des patients qui sortent sans médecin traitant, ou ils ont fait un AVC, ils ont besoin de soins d'orthophonie, et aucun orthophoniste ne se déplace à domicile. [...] Oui, puis être en capacité aussi de pouvoir appeler, trouver un orthophoniste, appeler l'ambulancier. Parce qu'au final le médecin traitant va te faire l'ordonnance, ou le médecin de l'hôpital.

« Question : Mais le travail social ne s'occupe pas de ça aussi ?

« Justement, c'est pour ça qu'ils ont créé ces plateformes territoriales d'appui. [...] Mais l'assistance sociale du CCAS ne se déplace pas non plus. Tu vois que c'est le chat qui se mange un peu la queue en fait. Là-dedans c'est le patient, après on parle de rupture de parcours [...] puis il faut encore que le patient ait connaissance du système de santé. Ce n'est pas le cas pour toutes ces personnes âgées, ou les personnes vulnérables » (IPA 1, mention PCS, femme, 44 ans, 23 ans d'expérience).

Ayant comme mission d'assurer la continuité des soins, l'IPA est amenée parfois à prendre en charge des tâches délaissées par d'autres professionnels, à venir pallier une offre de service défaillante. La coordination des parcours est une des activités exercées par les IPA qui vise à assurer un suivi non seulement après la sortie d'un établissement de santé, mais aussi la réinsertion/réhabilitation sociale des publics en difficultés (des anciens détenus, des migrants, etc.) (Bartoli et al., 2020). Dans le cadre d'une prise en charge globale, les besoins de santé sont intimement liés aux besoins sociaux, d'orientation et de formation, d'emploi, etc. Le travail d'accompagnement va alors au-delà de l'accès aux soins et touche le parcours de vie de la personne. À la connaissance fine du fonctionnement du système de santé s'ajoute celle des dispositifs sociaux, juridiques, d'insertion sociale et professionnelle. Alors, des concurrences liées à des recouvrements de compétences apparaissent, comme par exemple celles « avec des diététiciens sur l'éducation thérapeutique, des psychologues sur l'écoute des patients » (Fournier et al., 2018). La crainte d'un empiètement sur le périmètre d'activité des autres est bien présente chez les IPA.

La rhétorique de la profession valorisant la dimension non médicale du soin (soutien psychologique, l'accompagnement, l'éducation aux malades) (Féroni et Kober, 1995) se trouve ici réactualisée.

CONCLUSION

Le développement d'un nouveau domaine d'intervention de la profession infirmière, la pratique avancée, réactive les débats relatifs à l'autonomie, à la reconnaissance et l'émancipation de l'ensemble de la profession. Contrairement aux demandes de l'Ordre infirmier d'élargir l'autonomie professionnelle des IPA, celle-ci apparaît comme limitée, sous la surveillance du corps médical. Il semble bien que l'espace d'autonomie se négocie individuellement, service par service, pôle par pôle, au gré des relations construites avec le médecin-chef de service/pôle et le cadre (supérieur et/ou de proximité) et des modes de fonctionnement des pôles. Si la rhétorique professionnelle des infirmières s'appuie historiquement sur les « valeurs de besoin (individuel), de science et de compétence » (Paradeise, 1985), le travail d'argumentation des IPA intègre d'emblée les valeurs économiques (la plus-value). Comment se construit alors leur science, donc le savoir propre de l'IPA, quand celui-ci est subordonné, en France, au savoir biomédical ?

La nouveauté du savoir et des pratiques des IPA n'est pas uniquement fondée sur un savoir de type infirmier. Elles ont besoin d'aptitudes, de compétences et de savoir managérial et entrepreneurial puisque l'économique prévaut comme valeur de l'opinion publique et, en partie, du politique, et concurrence la science. Le travail d'argumentation, la rhétorique professionnelle des IPA, est également déployé d'une manière remarquable, auprès des divers publics : des usagers, de la communauté paramédicale, médicale et universitaire, des professionnels d'autres secteurs et de l'État. Alors que les IPA s'attachent et ont réussi à montrer l'existence des demandes et de besoins non couverts et qu'ils détiennent des compétences nécessaires pour les combler, il y a (encore) un « travail de romain » pour obtenir l'exclusivité de ce segment du marché du soin, maîtriser les moyens de contrôle de leurs actions. Cela ne suppose-t-il pas une aide spécifique en termes de formation ?

Enfin, une fois que les IPA se seront intégrées et auront trouvé leur place dans les organisations, entre les infirmiers et les médecins, on peut s'interroger sur l'évolution du métier : ces professionnelles pourront-elles maintenir et développer leur stratégie entrepreneuriale ou vont-elles voir leur champ d'autonomie se figer, adopter des stratégies de prévision et de contrôle de leur activité et minimiser la prise de risque dans la création des nouvelles activités ? ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Acker, F. (2012). Les infirmières hospitalières. Une segmentation du travail, une diversification des emplois et des métiers. *Revue Sociologie Santé - RSS*, 35, 395-402.
- Agence régionale de santé Île-de-France (2016). *Projet « Préfiguration d'infirmiers cliniciens spécialisés »*. Rapport final-Synthèse, 41 p.
- Bartoli, A., Sebai, J. et Gozlan, G. (2020). Les *case-managers* en santé mentale : des professionnels en quête de définition. *Management & Avenir Santé*, 6, 83-104. <https://doi.org/10.3917/mavs.006.0083>
- Boltanski, L. et Thévenot, L. (2022). *De la justification : Les économies de la grandeur*. Éditions Gallimard.
- Bourret, P. (2012). Cadre de santé : une évolution de carrière du personnel paramédical pour quel travail ? *Revue Sociologie Santé*, 23, 77-62.

- Cartron, E. (2021). La qualification et les postes d'enseignants-chercheurs, un levier pour le développement des recherches en sciences infirmières. *Recherche en soins infirmiers*, 146, 5-6. <https://doi.org/10.3917/rsi.146.0005>
- Champy, F. (2011). *Nouvelle théorie sociologique des professions*. Presses universitaires de France.
- Chevandier, C. (2011). *Infirmières parisiennes : 1900-1950, émergence d'une profession*. Éditions de la Sorbonne.
- Delamaire, M. et Lafortune, G. (2010). Les pratiques infirmières avancées : Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés. *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, 54.
- Delmas, P. (2019). Pratique avancée infirmière : les occasions ratées de la profession. *Santé mentale*, 234, janvier, 6-7.
- Denny, J.-L., Bayle, I., Dietemann, L., Goulart Blank, J.C. et Durrive, L. (2024). Les infirmiers en pratique avancée : un processus de reconnaissance professionnelle à l'épreuve du terrain. *Formation emploi*, 167, 211-234.
- Domin, J.-P. (2015). Réformer l'hôpital comme une entreprise. Les errements de trente ans de politique hospitalière (1983-2013). *Revue de la régulation*, 17. <https://doi.org/10.4000/regulation.11293>
- El Haïk-Wagner, N. (à paraître). Être ou ne plus être les « petites mains » du chirurgien. *Travail et Emploi*, 176.
- Fayolle, A. (2017). *Entrepreneuriat : Théories et pratiques. Applications pour apprendre à entreprendre* (3e éd.). Dunod.
- Féroni, I. et Kober, A. (1995). L'autonomie des infirmières. Une comparaison France/Grande-Bretagne. *Sciences sociales et santé*, 13(3), 35-68.
- Fournier, C., Bougeois, I. et Naiditch, M. (2018). Action de santé libérale en équipe (Asalée) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires. *Questions d'économie de la santé*, 232, 8 p.
- Gomez, P.-Y. (2016). *L'intelligence du travail*. Desclée De Brouwer.
- Hardy, M.-S. et Dallaire, C. (2021). Un développement de savoir disciplinaire infirmier influencé par deux visions de la science. *Recherche en soins infirmiers*, 144(1), 10-21. <https://doi.org/10.3917/rsi.144.0010>
- Holmes, D., Perron, A., et O'Byrne, P. (2006). Evidence, virulence, and the disappearance of nursing knowledge: A critique of the evidence-based dogma. *Worldviews on evidence-based nursing*, 3(3), 95-102. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2006.00058.x>
- Jolys, J., Hardy, E., Kerdilès, H. et Salsac, L. (2023). *Enquête UNIPA : État des lieux des IPA salariés*. UNIPA.
- Jovic, L., Guenot, C., Naberes, A. et Maison, P. (2009). Pratiques avancées des professionnels paramédicaux. Étude exploratoire dans la région Île-de-France. *Recherche en soins infirmiers*, 4(99), 117-132.
- Kaufmann, J.-C. (1996). *L'entretien compréhensif*. Nathan.
- Larré, F. (2009). La mise en incitation des enseignants : solution théorique ou réponse pragmatique ?. *Revue française de pédagogie*, 166, 27-43.

- Lecocq, D., Mengal, Y. et Prison, M. (2015). Comment développer la pratique infirmière avancée dans des systèmes de soins de santé complexes ?. *Santé Publique, HS S1*, 105-110.
- Luan, L., Fournier, C. et Afrite, A. (2023) Infirmière en pratique avancée (IPA) en soins primaires : la construction difficile d'une profession à l'exercice fragile. *Questions d'économie de la santé*, 227, 8 p.
- Mouchot, C. (1994) *Les théories de la valeur*. Economica.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (2^e éd.). Armand Colin.
- Paradeise, C. (1985). Rhétorique professionnelle et expertise. *Sociologie du travail*, 27(1), 17-31.
- Paradeise, C. (2008). Autonomie et régulation : retour sur deux notions clefs. Dans Th. Le Bianic et A. Vion (Eds.), *Action publique et légitimité professionnelle* (p. 194-200). LGDJ.
- Parent C. (2023). À l'hôpital, une prévalence accrue de la dépression et de l'anxiété liée aux conditions de travail. *DREES-Études et Résultats*, 1270.
- Petitqueux-Glaser, C., Acef, S. et Mottaghi, M. (2010). Case management : quelles compétences professionnelles pour un accompagnement global et un suivi coordonné en santé mentale ?. *Vie sociale*, 1, 109-128. <https://doi.org/10.3917/vsoc.101.0109>
- Rosis, de C., Teixeira, M. et Jovic, L. (2021). Préfigurer l'exercice de la pratique infirmière avancée : une coconstruction à l'œuvre en milieu de soins. *Santé publique*, 33(1) 89-100.
- Rothier Bautzer, É. (2014). Care et profession infirmière. *Recherche et formation*, 76. <https://doi.org/10.4000/rechercheformation.2252>
- Schwingrouber, J., Loschi, A., Gentile, S. et Colson, S. (2021). Perception des parties prenantes hospitalières vis-à-vis de l'implantation de la pratique avancée. *Recherche en soins infirmiers*, 145(2), 104-121.
- Vassy, C. et Derbez, B. (2019). *Introduction à la sociologie de la santé*. Armand Colin.
- Wittorski, R. (2014) La professionnalisation : transformer un concept social en concept scientifique. *Tef : travail, emploi, formation*, 11, 14-30.