



HAL
open science

ASSIMILER LA PRATIQUE AVANCEE INFIRMIERE HOSPITALIERE A UNE INNOVATION MANAGERIALE ET ORGANISATIONNELLE, AFIN DE MIEUX ACCOMPAGNER SON IMPLEMENTATION DANS LES ORGANISATIONS DE SOINS

Julien Sarrat, François Cassière, Corinne Rochette

► **To cite this version:**

Julien Sarrat, François Cassière, Corinne Rochette. ASSIMILER LA PRATIQUE AVANCEE INFIRMIERE HOSPITALIERE A UNE INNOVATION MANAGERIALE ET ORGANISATIONNELLE, AFIN DE MIEUX ACCOMPAGNER SON IMPLEMENTATION DANS LES ORGANISATIONS DE SOINS. 12ème Colloque ARAMOS, Nov 2024, Nantes, France. hal-04918611

HAL Id: hal-04918611

<https://uca.hal.science/hal-04918611v1>

Submitted on 29 Jan 2025

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

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



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

**ASSIMILER LA PRATIQUE AVANCEE INFIRMIERE HOSPITALIERE
A UNE INNOVATION MANAGERIALE ET ORGANISATIONNELLE,
AFIN DE MIEUX ACCOMPAGNER SON IMPLEMENTATION DANS
LES ORGANISATIONS DE SOINS.**

Julien SARRAT, Cadre de santé au bloc opératoire, Centre Hospitalier Universitaire de Clermont Ferrand, et doctorant en deuxième année, laboratoire CleRMA, Université Clermont Auvergne.

François CASSIERE, Maître de Conférences en Sciences de gestion et du management, Université Clermont Auvergne.

Corinne ROCHETTE, Professeure des Universités en Science de gestion et du management, titulaire de la Chaire Santé et Territoires, CleRMA, Université Clermont Auvergne.

ASSIMILER LA PRATIQUE AVANCEE INFIRMIERE HOSPITALIERE A UNE INNOVATION MANAGERIALE ET ORGANISATIONNELLE, AFIN DE MIEUX ACCOMPAGNER SON IMPLEMENTATION DANS LES ORGANISATIONS DE SOINS.

Introduite en 2018 dans notre système de santé, l'implémentation hospitalière de la pratique avancée infirmière fait face à certaines problématiques de nature organisationnelle qui contraignent l'intégration des IPA (Infirmiers de Pratiques Avancées) dans les organisations de soins. Alors que le déploiement opérationnel de cette nouvelle fonction et de ses missions a déjà été largement exploré, nous proposons de nous intéresser plus particulièrement à l'intégration organisationnelle de l'IPA. Nous suggérons ainsi de considérer l'implémentation hospitalière de la fonction comme une véritable innovation managériale et organisationnelle, afin de réfléchir son accompagnement différemment. Nous espérons que cette approche permette de répondre aux enjeux de l'acceptation professionnelle de l'IPA dans l'équipe pluridisciplinaire, et donc de son intégration organisationnelle. L'approche des courants de recherche sur l'innovation managériale et organisationnelle nous permet par ailleurs de considérer le rôle du cadre de santé, véritable « middle manager » hospitalier, dans l'accompagnement du processus d'implémentation. Nous souhaitons alors proposer une première approche d'un modèle managérial d'implémentation organisationnelle de la fonction, permettant de faire face aux contraintes identifiées aux déploiements des IPA dans les établissements de santé.

Mots clés : *implémentation des IPA, innovation managériale et organisationnelle, middle manager hospitalier, modèle d'implémentation organisationnelle.*

Depuis une vingtaine d'années, le monde de la santé doit répondre à des enjeux grandissants d'accès aux soins (Arbarotti, 2022), d'évolution des droits, connaissances, et exigences des patients (Boudier et al., 2012), et de meilleure maîtrise des dépenses de santé sur les territoires (Mériade, 2018). Ainsi l'Hôpital, traditionnellement le siège d'innovations de natures plutôt technologiques (robotique, intelligence artificielle) et thérapeutiques (développement de nouveaux traitements ou pratiques de soins) (Nobre, 2013), doit dorénavant également mener une évolution de ses organisations et de ses modes de fonctionnement. Ce constat s'est vu renforcer par l'introduction de l'approche par parcours de soins du patient (Aubert, 2021), et l'émergence d'un besoin de coopération professionnelle et d'une coordination (voire d'une intégration) efficace de ces parcours (Yatim & Minvielle, 2016).

C'est dans ce contexte que de nouvelles professions ont été introduites dans les organisations soignantes, particulièrement en ce qui concerne les fonctions paramédicales. L'émergence de la consultation infirmière (Warchol, 2007), et la mise en place d'infirmiers de coordination des parcours de soins (Laurent et al., 2019), ont représenté une première étape de cette spécialisation paramédicale. Plus récemment, l'introduction des IPA (Infirmiers de Pratiques Avancés) marque une nouvelle reconnaissance de la montée en compétences et en expertise de la profession infirmière (Devictor et al., 2023). Annoncée en France par la loi de modernisation du système de santé en 2016, puis introduite par décret en 2018, cette nouvelle spécialisation étend les missions et activités des infirmiers. A l'issue d'une formation universitaire de deux années, les IPA peuvent faire valoir une certaine autonomie clinique (incluant des droits de prescription encadrés) dans la prise en charge de patients qui leurs sont confiés,

selon un « protocole d'organisation » généralement coconstruit avec le médecin référent du patient. Ce protocole détermine les critères et le champ d'intervention de l'IPA, dans l'exercice de ses missions cliniques, d'évaluation des pratiques professionnelles, ou encore de formation

L'implémentation des IPA dans les organisations de soins semble pouvoir répondre aux enjeux cités d'accès aux soins, de meilleure régulation des dépenses de santé ou de valorisation de la montée en compétences infirmières. Mais le déploiement de la fonction demeure aujourd'hui restreint, en témoigne un audit de la cour des comptes de 2023, avec un objectif gouvernemental de 5000 IPA en poste d'ici 2024 qui semble peu réaliste à cet instant (audit de la cour des comptes du 5 Juillet 2023). Plusieurs travaux se sont intéressés aux problématiques contraignant le déploiement de la fonction. (Schwingrouber et al., 2021) révèlent ainsi les problématiques d'acceptation professionnelle (par les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire) en lien avec une méconnaissance de la fonction. C'est principalement la place de l'IPA dans l'équipe pluriprofessionnelle qui est questionnée, notamment auprès de l'équipe médicale. La crainte d'un chevauchement des champs d'intervention est ainsi mentionnée dans certaines études (Aghnatiou et al., 2021). Une étude précoce sur l'implémentation des IPA en France menée par (De Rosis et al., 2021) a également mis en évidence une perception d'illégitimité ressentie par les IPA dans l'exercice de leurs missions, couplée à la nécessité de construction d'une identité professionnelle unique dans les organisations de soins.

Pour proposer un éclairage différent sur ces problématiques, nous suggérons ici dans un premier temps d'identifier les facteurs et caractéristiques relatifs aux activités des IPA, et susceptibles de remettre en question et modifier les fonctionnements traditionnels des organisations de soins. Nous souhaitons alors répondre à la question suivante : **en quoi l'implémentation des IPA dans les organisations de soins constitue-t-elle une innovation managériale et organisationnelle ?**

Nous espérons qu'aborder la question de l'intégration organisationnelle des IPA comme une innovation, nous permette d'inscrire l'implémentation des IPA dans les courants de recherche sur la thématique de l'innovation managériale et organisationnelle. Assimiler l'intégration des IPA dans les établissements de santé à une innovation pour les organisations soignantes, nous permettrait de porter un regard plus spécifique sur les conséquences de cette implémentation sur les fonctionnements organisationnels hospitaliers, ainsi que sur l'acceptation professionnelle de cette nouvelle fonction.

Cela nous conduira dans un deuxième temps à explorer le rôle d'un acteur des organisations de soins encore peu considéré dans les travaux portant sur l'implémentation des IPA : le manager hospitalier, le cadre de santé. Adossé aux travaux traitant du rôle du manager « intermédiaire » dans l'accompagnement de l'innovation dans les organisations, nous considérerons alors le questionnement suivant : **en quoi le rôle du cadre de santé, véritable middle manager hospitalier, est-il déterminant dans l'accompagnement de l'implémentation organisationnelle des IPA ?**

L'enjeu de ce dernier questionnement est d'analyser le rôle d'un acteur essentiel des organisations soignantes dans le déploiement des IPA, et d'entrevoir la perspective d'un modèle managérial d'implémentation organisationnelle des IPA.

1. L'implémentation des IPA dans les organisations de soins, une innovation managériale et organisationnelle.

1.1. Les éléments de caractérisation d'une innovation managériale et organisationnelle.

La notion « d'innovation » fait l'objet d'une littérature dense, et de courants de recherches dédiés. Elle a tout d'abord longtemps été considérée uniquement dans sa dimension technologique (Le Roy et al., 2013), relative aux processus industriels classiques de « recherche et développement ». L'objectif est

alors avant tout de mettre au point le nouveau produit, matériel ou logiciel susceptible de conférer à l'entreprise un avantage sur des marchés économiques concurrentiels (Damanpour & Aravind, 2012). Dans ses travaux visant d'élaboration d'une définition de l'innovation (qu'il considère comme « *l'adoption d'une idée, d'un comportement, d'un système, d'une norme, d'un programme, d'un dispositif, d'une procédure ou d'un service, qui est nouveau pour l'organisation qui l'adopte* » (Damanpour, 1992)), Damanpour va ensuite faire le choix de s'éloigner de l'innovation technologique, pour en considérer d'autres approches : techniques (relatives aux changements apportés dans les systèmes de production) ou administratives (relatives aux changements dans le système social de l'organisation, empruntées d'une redéfinition des champs relationnels interprofessionnels). Cette dernière notion d'innovation administrative va ensuite évoluer, pour devenir « *innovation organisationnelle* » (Damanpour & Evan, 1984), puis « *innovation managériale* » (Birkinshaw et al., 2008). Nous retrouvons finalement actuellement dans la littérature l'emploi de ces deux notions, sans distinction franche entre l'approche organisationnelle ou managériale (Dubouloz, 2013). Il semble toutefois convenu que ce type d'innovation s'intéresse à la structure même de l'organisation considérée, son environnement social, et les pratiques de management qui y sont à l'œuvre (Damanpour & Aravind, 2012). Nous retiendrons donc ici l'une des définitions les plus récentes de ce type d'innovation, proposée par (Le Roy et al., 2013) : « *L'innovation managériale est l'invention et l'adoption par une organisation d'une pratique ou d'une méthode de management complètement nouvelle par rapport aux pratiques et méthodes de management connues OU l'adoption par une organisation d'une pratique ou d'une méthode de management qui existe déjà mais qui est nouvelle par rapport à ses pratiques et méthodes de management actuelles* ». Deux éléments clés émergent de cette définition. Le statut de nouveauté, et donc par extension de rupture avec les pratiques courantes de l'organisation, ainsi qu'une nature multidimensionnelle (Dubouloz, 2013) et immatérielle (nous parlons ici de pratiques, de procédés ou de modes de fonctionnement) qui rendent l'identification et l'appréciation de l'innovation organisationnelle et managériale très subjective (Le Roy et al., 2013).

Certains auteurs du courant de recherche sur l'innovation organisationnelle et managériale se sont ainsi attachés à proposer des éléments de caractérisation de ce profil spécifique d'innovation. Nos lectures nous ont ainsi permis de relever trois approches, que nous estimons complémentaires, de la caractérisation de ce type d'innovation.

- Damanpour propose dans ses travaux de caractériser ces innovations par leurs attributs. Il les considère ainsi comme adaptables (au contexte ou à l'environnement de l'organisation), flexibles (ajustables selon l'évolution des besoins de l'organisation), compréhensibles mais aussi complexes opérationnellement (difficiles à implémenter et à utiliser) (Damanpour, 2014a).
- (Birkinshaw et al., 2008) s'intéressent plus particulièrement à la finalité et aux implications de ce type d'innovation pour l'organisation, et déterminent quatre critères essentiels à la définition d'une innovation comme managériale : la mise en place de nouvelles pratiques et procédures de management, un statut de nouveauté pour 'l'état de l'art' et des connaissances, un déploiement opérationnel formalisé (qui dépasse donc le statut d' « idée managériale » (Rochette & Ceccato, 2022)), et la contribution à l'atteinte des objectifs de l'organisation.
- Enfin, (Adam-Ledunois & Damart, 2017) proposent de caractériser une innovation managériale et organisationnelle selon la rupture qu'elle induit dans son environnement, son cadre d'expression. Ils distinguent ainsi une approche contextuelle, relative aux impacts de l'innovation sur la trajectoire et l'évolution prévisible de l'organisation. Les auteurs évoquent par ailleurs deux cadres contextuels. Le premier est interne, et concerne la trajectoire d'une organisation unique. Le deuxième est externe, et se rapporte plutôt à l'adoption d'un objet de management par un ensemble d'organisations partageant des caractéristiques et trajectoires communes (la nature de leurs activités, leur taille, ou encore leur modèle économique. Nous

pouvons citer comme exemple les hôpitaux), les auteurs parlent alors d'innovations « catégorielles ». La deuxième approche est conceptuelle, et propose de repérer les ruptures induites par l'innovation sur les pratiques de management traditionnellement employées au sein de l'organisation.

Dans le cadre de notre recherche, nous émettons l'idée que les problématiques rencontrées par le déploiement hospitalier de la pratique avancée infirmière s'expliquent par le statut innovant de cette nouvelle fonction, et donc par la rupture qu'elle induit dans les fonctionnements organisationnels hospitaliers traditionnels. Pour confirmer cette intuition, nous proposons maintenant d'appliquer cette approche tridimensionnelle de la caractérisation d'une innovation organisationnelle et managériale, au processus d'implémentation des IPA dans les organisations de soins hospitalières.

1.2. L'intégration hospitalière des IPA, une innovation pour les organisations soignantes ?

En France, la pratique avancée infirmière est dotée d'un certain nombre de caractéristiques uniques, qu'elles soient réglementaires (définies par le décret encadrant l'exercice de la fonction), fonctionnelles, ou bien qu'elles concernent les finalités et les objectifs du déploiement de la fonction. Nous proposons ainsi de ventiler ces différentes caractéristiques selon les trois approches proposées par (Damanpour, 2014), (Birkinshaw et al., 2008), et (Adam-Ledunois & Damart, 2017), de la façon suivante :

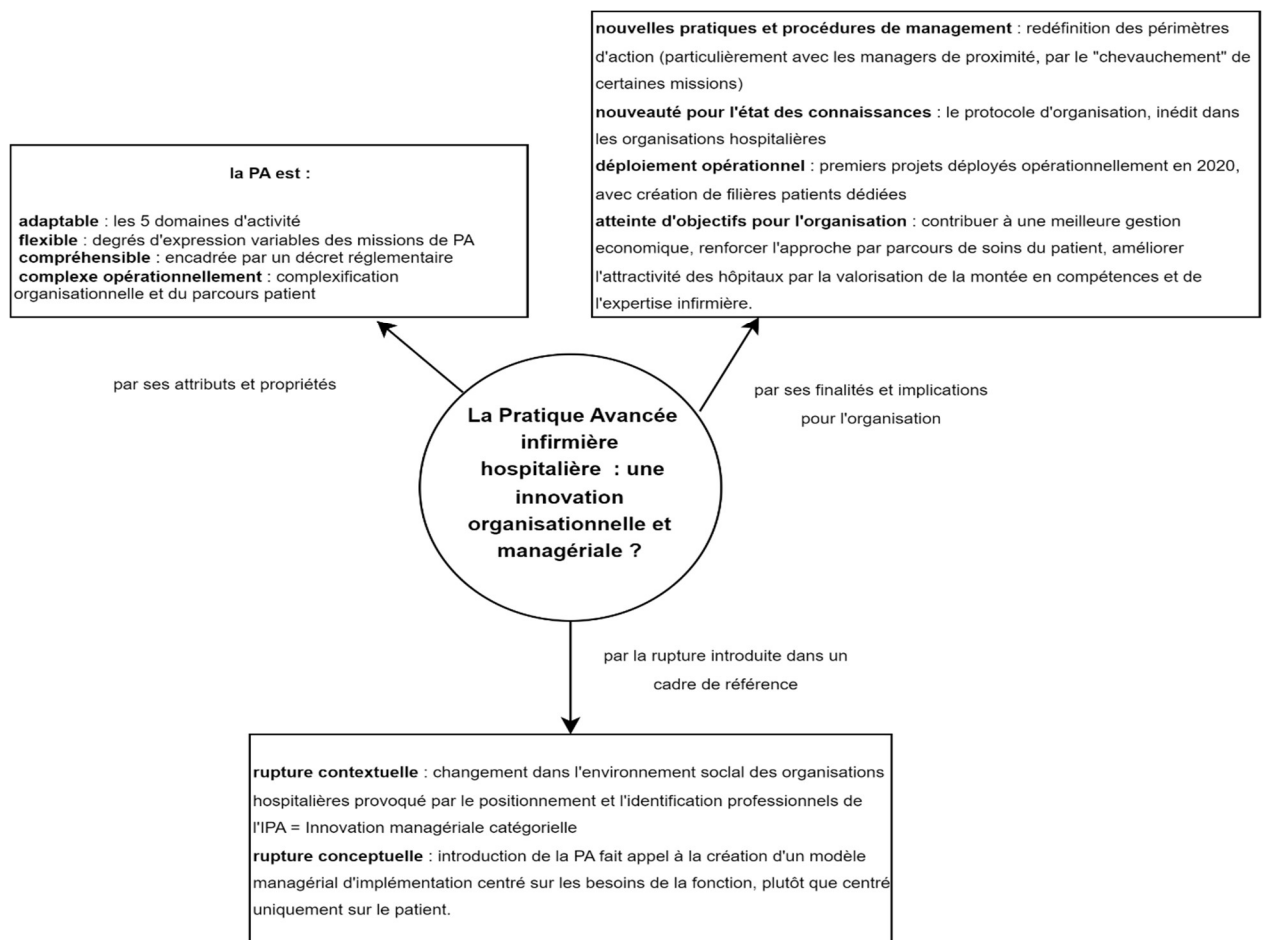


Figure 1 : trois approches pour caractériser l'implémentation hospitalière des IPA comme une innovation organisationnelle et managériale.

Le décret réglementant la profession IPA conditionne l'adaptabilité du processus d'implémentation de la fonction en définissant ses cinq disciplines médicales d'expression. Celles-ci peuvent s'inscrire aussi bien dans les champs de la médecine, de la chirurgie, des soins d'urgence, ou encore de la santé mentale. Le décret définit également la nature des activités de l'IPA, dont les expressions seront situationnelles et donc flexibles, selon les besoins du patient et/ou de l'organisation : cela peut concerner aussi bien l'activité clinique de l'IPA, que ses rôles dans l'évaluation des pratiques professionnelles soignantes et la formation des autres membres de l'équipe pluridisciplinaire.

Les résultats d'une étude de cas menée au sein d'un Centre Hospitalier Universitaire du sud-ouest de la France présentés lors d'une précédente communication (Sarrat, Cassière et Rochette, Colloque Aramos 2023), avaient révélé les phénomènes de complexification organisationnelle et des parcours patients comme une contrainte au processus d'implémentation des IPA. Nous avons alors expliqué ces phénomènes par l'ajout d'un nouvel intervenant dans une chaîne de soins déjà composée de multiples acteurs, dans une dynamique pluridisciplinaire. L'étude a exposé de plus que l'IPA introduit de nouveaux modèles interactionnels auprès des autres corps de métiers (professionnels paramédicaux, médecins, managers...) qui complexifient le système social de l'organisation de soins. Ces phénomènes tendent ainsi à confirmer cette perspective de complexité opérationnelle propre à Damanpour.

Les périmètres d'action des IPA (notamment conditionnés par le droit de prescription) ainsi que le protocole d'organisation encadrant leurs activités, inédits dans les organisations hospitalières, semblent bien s'intégrer dans l'approche d'une nouveauté dans les pratiques managériales et l'état des connaissances proposée par Birkinshaw et ses co-auteurs. D'autant plus que l'étude de cas avait également révélé des problématiques de « chevauchements » des champs d'interventions, particulièrement prégnantes auprès des cadres de santé, appelant ainsi à une redéfinition des périmètres d'action et donc des pratiques de management en regard. Par ailleurs, rappelons que le déploiement des IPA répond à des objectifs nationaux, et par déclinaison organisationnels au sein des hôpitaux, d'amélioration de l'accessibilité aux soins et de maîtrise des dépenses de santé, tout en contribuant à valoriser la montée en compétences et l'expertise infirmières.

Enfin, l'étude de cas avait également identifié certaines contraintes au processus d'implémentation liées au positionnement professionnel de l'IPA, et renvoyant à la question de son identité professionnelle (« super infirmier » ou « assistant du médecin » ?). Nous prétendons que ces contraintes marquent une rupture dans le cadre contextuel des organisations soignantes, en modifiant leur environnement social, au sein duquel chaque acteur possède une identité professionnelle affirmée et distinguée selon le corps de métier d'appartenance (aides-soignants, infirmiers, agents de services hospitaliers, secrétaires médicaux, cadres de santé,...). De cette rupture avec le cadre contextuel de référence dans les organisations de soins, résulte une rupture avec le cadre conceptuel. Elle conditionne par ailleurs l'avancement et l'objectif de notre recherche. Puisque l'intégration des IPA remet en cause l'environnement social des organisations soignantes par une redéfinition nécessaire des champs d'intervention professionnels, alors nous pouvons estimer qu'un nouveau cadre conceptuel du management hospitalier doit être considéré. Les contraintes décrites dans le processus d'implémentation renvoient ainsi vers le besoin de compléter l'approche existante décrite par de nombreux travaux, qui est avant tout opérationnelle et centrée sur l'activité de l'IPA auprès du patient, par une approche organisationnelle et managériale centrée sur la fonction et ses besoins.

Nos recherches nous conduisent ainsi à suggérer que l'implémentation organisationnelle des IPA constitue une véritable innovation organisationnelle et managériale, puisqu'elle s'intègre dans les différents cadres et approches proposés par les auteurs du courant de recherche sur ce type d'innovation.

Assimiler l'introduction de la pratique avancée à une innovation managériale et organisationnelle nous permet d'ouvrir le processus aux courants de recherche sur l'accompagnement de l'innovation dans une organisation. C'est particulièrement le rôle d'un acteur essentiel des organisations soignantes que nous allons considérer dans le cadre de l'accompagnement de cette innovation, celui du cadre de santé.

2. La pratique avancée infirmière, une innovation managériale et organisationnelle accompagnée par le middle manager hospitalier dans les établissements de santé.

2.1. L'évolution des missions du cadre de santé, vers un véritable rôle de « middle manager » hospitalier.

Dans les organisations soignantes, le cadre de santé joue le rôle d'un « middle manager » dans le sens de (Harding et al., 2014) : il transmet aux acteurs du terrain (l'équipe soignante) les visions et dispositions stratégiques des décideurs (le top management, représenté par l'encadrement supérieur et la direction de l'établissement), et il est l'artisan de la résolution des problèmes opérationnels, ou encore de la régulation des interactions professionnelles. Dans leurs travaux, (Dumas & Ruiller, 2013) expriment d'ailleurs cette évolution récente des missions du cadre de santé, qu'ils décrivent comme le responsable de l'articulation de la logique soignante et des valeurs du soin, et de la logique de performance et de rationalisation des ressources et des moyens. Nous comprenons ainsi que le cadre de santé hospitalier est dorénavant un middle manager « moderne », chargé de transmettre à l'équipe sous sa responsabilité la stratégie institutionnelle, tout en veillant à la qualité des soins fournis et des prises en charge réalisées.

Les observations issues de notre étude de cas avaient révélé l'importance de l'influence du cadre de santé dans la réussite de l'implémentation organisationnelle des IPA. Les résultats de notre recherche avaient particulièrement exposé l'existence de tensions de rôles entre l'IPA et le cadre de santé. Ces tensions se cristallisent autour de l'identification professionnelle réelle de l'IPA, et de l'expression de son leadership organisationnel (Sarrat, Cassière et Rochette, colloque Aramos 2023). Pour autant, ce rôle à jouer par le cadre de santé dans l'accompagnement de l'implémentation des IPA est encore très peu décrit dans les travaux traitant du processus (Bryant-Lukosius et al., 2004), (Schwingrouber et al., 2021).

2.2. Le cadre de santé, moteur de l'intégration organisationnelle de la pratique avancée infirmière.

Il existe pourtant tout un courant de recherche concernant le rôle du middle manager dans l'accompagnement de l'innovation managériale et organisationnelle. Plus particulièrement, Sarah Birken et ses co-auteurs positionnent leurs travaux dans le monde de la santé, et approchent l'implémentation hospitalière de l'innovation. Le middle manager y est défini comme un véritable « agent du changement » (S. A. Birken et al., 2013) ? Pour ces auteurs, le middle manager transmet les informations concernant l'innovation, donne aux équipes les clés de l'interprétation et de l'assimilation de ces informations, et contribue à fixer les objectifs du déploiement et les étapes à franchir (le « quand, comment et pourquoi » qui guideront le processus) (S. A. Birken et al., 2012). Cette influence du middle manager s'exprime dans sa proactivité, c'est-à-dire sa capacité à s'emparer des problématiques émergentes lors du processus d'implémentation de l'innovation pour impulser les démarches de résolution et la créativité nécessaire à l'aboutissement de la démarche auprès de l'équipe sous sa responsabilité (S. A. Birken et al., 2013).

L'élément central des travaux de Birken et de ses co-auteurs concerne l'élaboration d'un modèle d'accompagnement en quatre étapes de l'innovation dans une organisation par le middle manager.

- Une première étape consiste à communiquer l'existence de l'innovation auprès de l'équipe. Elle utilise plusieurs supports de communication (S. Birken et al., 2018), notamment des réunions d'information (Engle et al., 2017), et demande au manager de recueillir les informations sur les caractéristiques auprès du top management, et selon ses propres recherches (S. Birken et al., 2016).
- La deuxième étape concerne la synthèse de l'ensemble des informations accompagnant l'innovation. Elle impose au middle manager de les interpréter pour les rendre compréhensibles auprès de l'équipe opérationnelle. Cette étape marque ainsi la « traduction » des objectifs de l'innovation par le middle manager, dont il vérifiera ensuite l'assimilation auprès des membres de l'organisation. Le processus est ici à double sens : le middle manager diffuse donc les objectifs de l'innovation, mais recueille également les éventuels points de blocage ou résistances aux changements introduits par l'innovation, qu'il rapporte au top management, pour réajuster le projet de déploiement (Engle et al., 2017).
- La troisième étape vise à concilier les pratiques introduites par l'innovation avec les pratiques courantes de l'organisation. Le rôle du middle manager est ici triple : identifier auprès de l'équipe les pratiques concernées par les modifications induites par l'innovation, faire évoluer ces pratiques en traduisant les objectifs stratégiques portés par le top management en outils et actes concrets, puis évaluer la performance de l'équipe dans la mise en action de ces nouvelles pratiques (S. Birken et al., 2018).
- La quatrième étape concerne la « promotion » de l'innovation. Elle vise avant tout à encourager les membres de l'organisation à utiliser les nouvelles pratiques issues de l'innovation (S. A. Birken et al., 2012). Le rôle du middle manager est celui d'un « motivateur » qui donne du sens à l'innovation et à sa plus-value pour la qualité du travail fourni (Urquhart et al., 2018).

La lecture du modèle proposé par Birken et ses co-auteurs et l'analyse de ses quatre étapes nous permettent maintenant d'élaborer une première projection du rôle du cadre de santé, middle manager hospitalier, dans le processus d'implémentation organisationnelle de la pratique avancée infirmière. Nous choisissons de la représenter de la façon suivante :

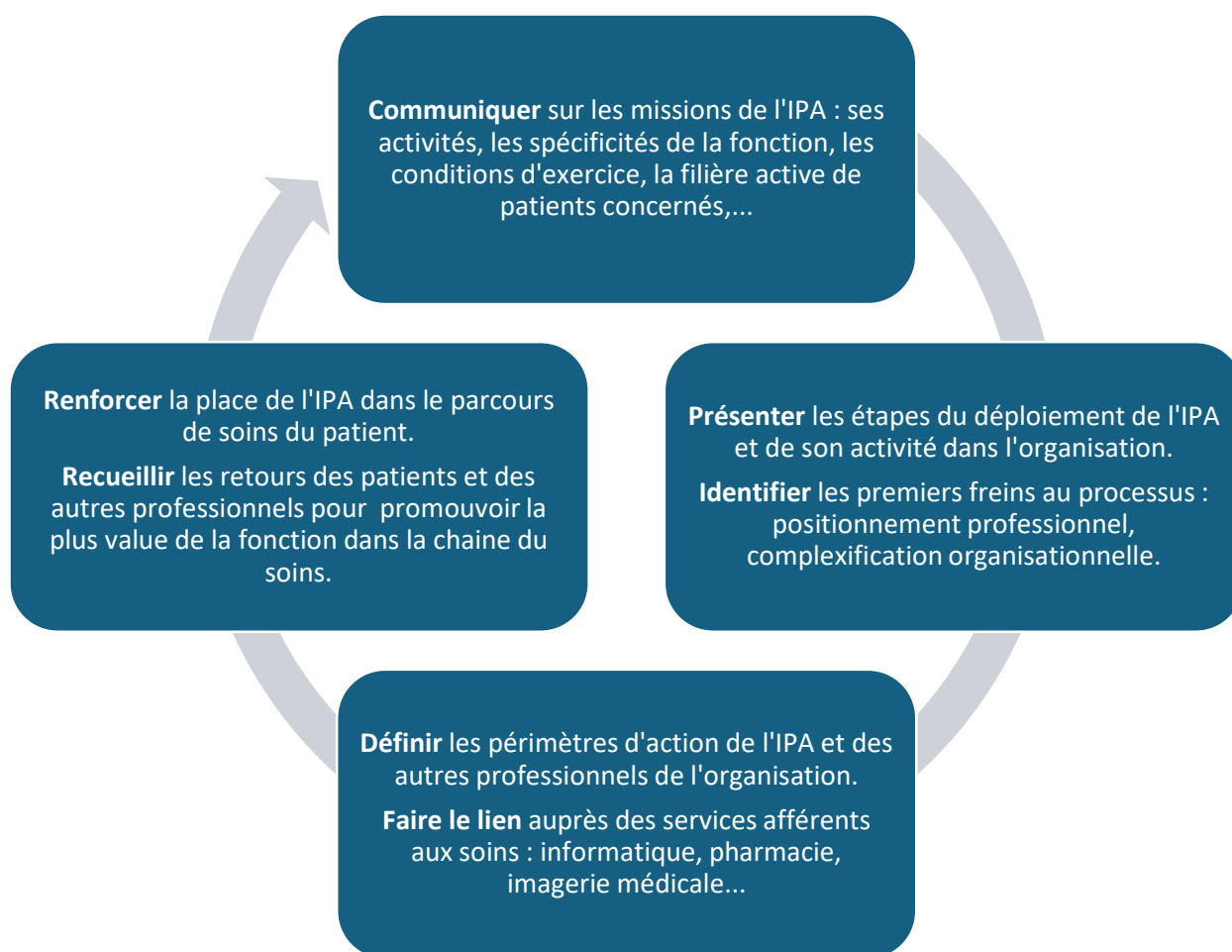


Figure 2 : vers un modèle d'accompagnement de l'implémentation organisationnelle des IPA par le cadre de santé.

Lors de la première étape, le cadre de santé communique auprès de son équipe l'intégration à venir d'un IPA dans l'organisation de soins. L'émergence de la fonction étant encore récente, la description de ses missions et du cadre réglementaire de son activité paraît indispensable pour répondre à la problématique récurrente de méconnaissance de la fonction.

La deuxième étape vise à expliquer à l'équipe les objectifs du déploiement d'un projet de pratique avancée dans l'organisation de soins. Le cadre de santé transmet les besoins identifiés pour les patients et l'organisation ayant motivé le projet. Il décrit la plus-attendue pour la prise en charge des parcours de soins du patient, et le fonctionnement de l'organisation. C'est également le moment où il doit porter une attention renforcée sur les éventuelles appréhensions et problématiques émergentes relatives à l'intégration de l'IPA, qu'elles concernent l'exercice de son activité ou sa place dans l'équipe pluridisciplinaire. Identifier ces contraintes au déploiement permettront d'ajuster le processus d'implémentation.

La troisième étape est plus fonctionnelle et opérationnelle. Le cadre de santé supervise l'articulation des champs d'intervention de l'IPA avec les autres professionnels de l'organisation. Il assure alors une coordination des différents intervenants du parcours de soins du patient au sein de l'organisation. Par ailleurs, il accompagne également la mise en place « technique » de l'activité de l'IPA, notamment en créant le lien auprès des services transversaux de l'organisation de soins : le service informatique pour les différents accès aux dossiers informatisés de soins, ou encore la pharmacie et le service d'imagerie médicale dans le cadre de la mise en pratique du droit de prescription de l'IPA.

Enfin, la dernière étape s'étend au-delà du déploiement initial de l'IPA, et vise à pérenniser son activité en rendant « visible » son activité et sa plus-value pour le patient et l'organisation auprès de l'équipe pluridisciplinaire. L'étape s'appuie sur le recueil de la satisfaction des patients, ou encore le déploiement de nouvelles pratiques soignantes impulsées par l'IPA, et que le cadre de santé accompagne et valorise auprès de l'équipe.

3. Vers l'élaboration d'un véritable modèle d'implémentation organisationnelle de la pratique avancée infirmière dans les établissements de santé.

La projection proposée ici ne représente qu'une première approche de ce que peut représenter l'accompagnement de l'implémentation de l'IPA dans les organisations de soins. Surtout, elle répond à l'enjeu de s'éloigner de modèles déjà établis du déploiement opérationnel des activités de pratiques avancées infirmières (Bryant-Lukosius et al., 2004), pour en considérer une approche plus organisationnelle et managériale. En ce sens, la littérature et les courants de recherche traitant de l'innovation managériale et organisationnelle semblent proposer des perspectives permettant de faire face aux problématiques fréquemment rencontrées lors de l'intégration d'un IPA dans une organisation de soins. Comme en témoignent les travaux de Birken et ses co-auteurs sur lesquels nous avons adossé notre recherche. Nous préconisons ainsi l'emploi d'une double approche dans le cadre du déploiement d'un projet IPA : l'une basée sur le déploiement opérationnelle de ses activités auprès du patient, et l'autre centrée sur l'intégration organisationnelle de la fonction, prenant en compte les questions sur l'identification professionnelle de l'IPA, son positionnement au sein de l'équipe pluridisciplinaire et la construction de sa légitimité professionnelle.

L'approche que nous avons élaboré présente toutefois certaines limites. Nous avons en effet exposé le rôle du cadre de santé en tant que middle manager hospitalier dans le processus d'implémentation. Mais nous n'avons pas considéré le rôle joué par l'IPA lui-même dans son intégration organisationnelle. Nous pouvons notamment imaginer une approche collaborative entre l'IPA et le cadre de santé dans le processus, marquée par une co-construction du projet de déploiement. Cette approche collaborative s'inscrit d'ailleurs pleinement dans les courants de recherche actuels sur les notions de collaboration et de coopération professionnelle dans les organisations soignantes (Cargnello-Charles & Franchistéguy-Couloume, 2019), (Yatim & Sebai, 2021).

Par ailleurs, certaines étapes de ce premier modèle renvoient vers quelques notions spécifiques au champ des sciences de gestion qui nécessiteraient d'être considérées. Ainsi la deuxième étape de présentation des objectifs du déploiement de l'IPA évoquent la création d'une vision partagée de la future organisation de soins par le middle manager, qui s'apparente à l'expression d'un leadership de type transformationnel (Bass & Avolio, 1990). Tandis que la quatrième étape du processus, qui vise finalement à transmettre à l'équipe un véritable « sens » aux activités de l'IPA et sa plus-value, rappelle inévitablement les différents travaux menés par certains auteurs sur les notions de « sense making » (créer du sens) et « sensegiving » (donner/transmettre du sens) (Weick, 1979) (Gioia & Chittipeddi, 1991).

Nous préconisons donc que l'étude et l'exploration de l'implémentation de l'IPA dans les établissements de santé, doive s'ancrer dans plusieurs courants de recherches modernes en sciences de gestion. Avec pour thématique centrale l'étude de l'innovation managériale et organisationnelle.

Conclusion :

Nous avons abordé cette étude en exposant les problématiques contraignant le processus d'implémentation des IPA, une nouvelle fonction paramédicale introduite dans les organisations de soins dans le but de répondre à certains enjeux de notre système de santé.

Ces contraintes identifiées au processus nous ont conduit à formuler deux questionnements. Le premier était d'établir si nous pouvions considérer cette implémentation de l'IPA comme une innovation managériale et organisationnelle. Nos lectures croisées de travaux portant d'une part sur les caractéristiques d'une innovation managériale et organisationnelle, et d'autre part sur celles de l'implémentation de la pratique avancée infirmière, tendent à confirmer notre intuition : l'intégration des IPA dans les établissements de santé représente une innovation pour les organisations et pratiques de management hospitaliers. Le deuxième questionnement, issu de cette intuition, était de vérifier si l'un des acteurs majeurs des organisations soignantes, le cadre de santé, avait un rôle à jouer dans le processus d'implémentation, en nous adossant aux courants de recherche sur le rôle du middle manager dans le déploiement organisationnel de l'innovation.

Notre recherche a abouti à une première projection de l'intégration organisationnelle de la pratique avancée infirmière, portée par le cadre de santé. Mais elle a aussi révélé que cette démarche est complexe, et nécessiterait une approche conceptuelle plus large, prenant en compte les différents courants de recherche actuels sur les fonctionnements des organisations (notamment soignantes), leur environnement social, et les phénomènes influençant les dynamiques de coopération et collaboration interprofessionnelles.

Il conviendra ainsi d'approfondir cette première approche, avec l'objectif d'élaborer un véritable modèle managérial d'accompagnement de l'implémentation organisationnelle de la fonction, susceptible de faire face aux différentes contraintes identifiées du processus.

Bibliographie :

- Adam-Ledunois, S., & Damart, S. (2017). Innovations managériales, attrapons-les toutes ! : Design d'une méthodologie d'analyse critique des objets de management. *Revue Française de Gestion*, 43(264), 117-142.
- Aghnatos, M., Darloy, T., Dictor, J., Gasparovicova, M., Drouot, C., Gasperini, F., & Bouchez, T. (2021). Soins infirmiers en pratique avancée : Représentations des acteurs de ce nouveau dispositif. *Santé Publique*, Vol. 33(4), 547-558.
- Arbarotti, L. V. (2022). De l'organisation de l'offre de soins aux inégalités d'accès aux soins : La prise en charge du cancer du sein en Ile-de-France. *Revue francophone sur la santé et les territoires*.
- Aubert, I. (2021). *Mutations du système de santé et logique de parcours : Enjeux de complexité, de coordination et d'action publique*.
- Bass, B. M., & Avolio, B. J. (1990). Developing Transformational Leadership : 1992 and Beyond. *Journal of European Industrial Training*, 14(5).
- Birken, S. A., Lee, S.-Y. D., & Weiner, B. J. (2012). Uncovering middle managers' role in healthcare innovation implementation. *Implementation Science*, 7(1), 28.
- Birken, S. A., Lee, S.-Y. D., Weiner, B. J., Chin, M. H., & Schaefer, C. T. (2013). Improving the Effectiveness of Health Care Innovation Implementation : Middle Managers as Change Agents. *Medical Care Research and Review*, 70(1), 29-45.
- Birken, S., Clary, A., Tabriz, A. A., Turner, K., Meza, R., Zizzi, A., Larson, M., Walker, J., & Charns, M. (2018). Middle managers' role in implementing evidence-based practices in healthcare : A systematic review. *Implementation Science*, 13(1), 149.
- Birken, S., Dimartino, L., Kirk, M., Lee, S.-Y., Mcclelland, M., & Albert, N. (2016). Elaborating on theory with middle managers' experience implementing healthcare innovations in practice. *Implementation Science*, 11.

- Birkinshaw, J., Hamel, G., & Mol, M. (2008). Management innovation. *Acad Manage Rev. The Academy of Management Review*, 33.
- Boudier, F., Bensebaa, F., & Jablanczy, A. (2012). L'émergence du patient-expert : Une perturbation innovante. *Innovations*, 39(3), 13-25.
- Bryant-Lukosius, D., DiCenso, A., Browne, G., & Pinelli, J. (2004). Advanced practice nursing roles : Development, implementation and evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 48(5), 519-529.
- Cargnello-Charles, E., & Franchistéguy-Couloume, I. (2019). Le parcours de soins, un levier vers une intégration des soins ? *Gestion 2000*, 36(3), 69-89.
- Damanpour, F. (1992). Organizational Size and Innovation. *Organization Studies*, 13(3), 375-402.
- Damanpour, F. (2014a). Footnotes to Research on Management Innovation. *Organization Studies*, 35(9), 1265-1285.
- Damanpour, F. (2014b). Footnotes to Research on Management Innovation. *Organization Studies*, 35(9), 1265-1285.
- Damanpour, F., & Aravind, D. (2012). Managerial Innovation : Conceptions, Processes and Antecedents. *Management and Organization Review*, 8(2), 423-454.
- Damanpour, F., & Evan, W. M. (1984). Organizational Innovation and Performance : The Problem of « Organizational Lag ». *Administrative Science Quarterly*, 29(3), 392-409.
- De Rosis, C., Teixeira, M., & Jovic, L. (2021). Préfigurer l'exercice de la pratique infirmière avancée : Une coconstruction à l'œuvre en milieu de soins. *Santé Publique*, 33(1), 89-100.
- Devictor, J., Burnet, E., Henriot, T., Leclercq, A., Ganne-Carrie, N., Kilpatrick, K., & Jovic, L. (2023). Implementing advanced practice nursing in France : A country-wide survey 2 years after its introduction. *Nursing Open*, 10(3), 1437-1448.
- Dubouloz, S. (2013). Les barrières à l'innovation organisationnelle : Le cas du Lean Management. *Management international*, 17(4), 121-144.
- Dumas, M., & Ruiller, C. (2013). Etre cadre de santé de proximité à l'hôpital, quels rôles à tenir ? *Revue de gestion des ressources humaines*, 87.
- Engle, R. L., Lopez, E. R., Gormley, K. E., Chan, J. A., Charns, M. P., & Lukas, C. V. (2017). What roles do middle managers play in implementation of innovative practices? *Health Care Management Review*, 42(1), 14-27.
- Gioia, D., & Chittipeddi, K. (1991). Sensemaking and Sensegiving in Strategic Change Initiation. *Strategic Management Journal*, 12(6), 433-448. *Strategic Management Journal*, 12, 433-448.
- Harding, N., Lee, H., & Ford, J. (2014). Who is 'the middle manager'? *Human Relations*, 67(10), 1213-1237.
- Laurent, J., Le Cossec, C., & de Chambine, S. (2019). Coordination infirmière et maladies chroniques : État des lieux des activités en médecine adulte à l'Assistance Publique-hôpitaux de Paris. *Recherche en soins infirmiers*, 136(1), 90-98.
- Le Roy, F., Robert, M., & Giuliani, P. (2013). L'innovation managériale. Généalogie, défis et perspectives. *Revue française de gestion*, 235(6), 77-90.
- Mériade, L. (2018). Financement et territorialisation des établissements de santé français : Une relation dissymétrique. *Revue d'économie financière*, 132(4), 197-214.
- Nobre, T. (2013). L'innovation managériale à l'hôpital. Changer les principes du management pour que rien ne change ? *Revue française de gestion*, 235(6), 113-127.
- Rochette, C., & Ceccato, M. (2022). Innovation managériale à l'hôpital public : Une lecture à partir de l'empowerment infirmier. *Question(s) de management*, 39(2), 107-120.
- Sarrat, J., Cassière, F., Rochette, C. (2023). L'intégration des IPA dans les établissements de santé : quand l'implémentation organisationnelle questionne la coopération professionnelle. *Colloque Aramos 2023*.
- Schwingrouber, J., Loschi, A., Gentile, S., & Colson, S. (2021). Étude exploratoire de la perception des parties prenantes hospitalières vis-à-vis de l'implantation des infirmiers en pratique avancée. *Recherche en soins infirmiers*, 145(2), 104-121.
- Urquhart, R., Kendell, C., Folkes, A., Reiman, T., Grunfeld, E., & Porter, G. A. (2018). Making It Happen : Middle Managers' Roles in Innovation Implementation in Health Care. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 15(6), 414-423.

- Warchol, N. (2007). La consultation infirmière : Un pas vers l'autonomie professionnelle. *Recherche en soins infirmiers*, 91(4), 76-96.
- Yatim, F., & Minvielle, E. (2016). Quel mode d'action publique pour améliorer la coordination des soins ? *Politiques et management public*, 33(1), 27-48.
- Yatim, F., & Sebai, J. (2021). Inter-organizational cooperation in the health sector. The case of the pluri-professional medical centres (MSP) in France. *Gestion et management public*, 9(3), 47-66.