

Diplôme de Cadre de Santé



ESM

Formation & Recherche en Soins

Université Paris-Est Créteil Val de Marne

Panser demain

***Le management par projet innovant
comme vecteur de sens***

Marie-Pollen MOULLÉ

DCS@16-17

Note aux lecteurs

Les mémoires des étudiants de l'Institut de Formation des Cadres de Santé de l'ESM sont des travaux personnels réalisés pendant l'année de formation.

Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'IFCS de l'ESM – Formation & Recherche en Soins.

REMERCIEMENTS

Cette année, qui m'a permis de réaliser, entre autres, ce travail d'initiation à la recherche, a été d'un rythme soutenu et le fruit d'efforts et de remise en question conséquents. Ainsi, en arrivant à son terme et en regardant le chemin parcouru, je tiens à remercier plusieurs personnes.

Tout d'abord, Pauline Blanchemanche, directrice de mémoire, pour son guidage et sa réactivité.

Ensuite, Géraldine Chirol et Jennifer Assabouh, étudiantes cadre de santé, pour la richesse de leur rencontre offrant à cette année joie, énergie, profondeur et frivolité, bref, Amitié qui ira bien au-delà de ces 9 mois écoulés.

Enfin et surtout, ma famille qui m'a accompagnée sans hésitation. Lilian, mon fils, pour son intérêt démontré envers mon année scolaire donnant peut-être un sens différent à la sienne puis Nicolas, mon conjoint, pour son soutien inconditionnel qui me rend forte.

LE SOUFFLE DE L'ESPRIT

Et je vous dis que la vie est réellement obscurité, sauf là où il y a élan,

Et tout élan est aveugle, sauf là où il y a savoir,

Et tout savoir est vain, sauf là où il y a amour.

Et qu'est-ce que travailler avec amour ?

C'est mettre en toute chose que vous façonnez un souffle de votre esprit.

Khalil GIBRAN

Poète et artiste peintre libanais, 1883-1931

SOMMAIRE

LISTE DES ABREVIATIONS	3
INTRODUCTION.....	4
1 CONSTAT DE DEPART : COMMENT RECONNAITRE LE METIER INFIRMIER DANS LE SYSTEME DE SANTE ACTUEL ?	6
1.1 LE CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE ET SANITAIRE EN FRANCE ET LES STRATEGIES DES POLITIQUES DE SANTE	7
1.1.1 <i>Viellissement de la population et chronicisation des maladies</i>	7
1.1.2 <i>Un hôpital en mouvement pour répondre à l'évolution démographique et à la nécessité de qualité des soins</i>	7
1.1.3 <i>Axes politiques et stratégie des « nouveaux métiers » pour répondre aux besoins de santé et à la nécessité d'efficience du système.....</i>	8
1.2 LA GESTION D'UNE EQUIPE SOIGNANTE ET LA PLACE DU CADRE DE SANTE DANS LE SYSTEME	11
1.2.1 <i>Le Cadre de Santé, leader de son équipe.....</i>	11
1.2.2 <i>Redonner du sens au travail et motiver.....</i>	12
1.2.3 <i>Manager par des projets innovants</i>	13
1.3 FORMALISATION DE MA QUESTION DE DEPART : LE MANAGEMENT PAR PROJET INNOVANT COMME LEVIER DE MOTIVATION DES EQUIPES ?	14
2 CADRE CONCEPTUEL : L'INNOVATION MANAGERIALE, LES NOUVEAUX METIERS ET LE CONCEPT DE MOTIVATION	16
2.1 L'INNOVATION : UN ETAT D'ESPRIT ET DES OUTILS DE MANAGEMENT	16
2.1.1 <i>Le management par projet ou l'innovation managériale.....</i>	17
2.1.2 <i>Management des projets : méthodologie et gestion des ressources humaines.....</i>	17
2.2 LES NOUVEAUX METIERS : INTERMEDIAIRES ENTRE L'INFIRMIERE ET LE MEDECIN, FREINES PAR LA COMPLEXITE LEGISLATIVE ET DE L'INGENIERIE DE FORMATION.....	23
2.2.1 <i>Légitimité et obstacles.....</i>	23
2.2.2 <i>La recherche en soins infirmiers, un exercice porteur de sens et de professionnalisation</i>	25
2.2.3 <i>Les pratiques avancées, un exercice en construction</i>	26
2.2.4 <i>Les protocoles de coopération, un exercice en marche</i>	28
2.3 LA MOTIVATION ET SES MYSTERES : SOURCES ET LEVIERS POTENTIELS	36
2.3.1 <i>Les sources de la motivation</i>	36
2.3.2 <i>Comment développer la motivation des agents ?.....</i>	41
2.4 HYPOTHESES : LE CADRE DE SANTE SERAIT UN ACTEUR INNOVANT DU SYSTEME DE SANTE ET SON MODE DE MANAGEMENT PAR PROJET SERAIT UN LEVIER DE MOTIVATION DES EQUIPES SOIGNANTES.....	44
3 L'ENQUETE : RENCONTRE DE 10 INFIRMIERS ET 6 CADRES DE SANTE PARTICIPANT A UN PROJET DE PROTOCOLE DE COOPERATION	45

3.1	LA METHODOLOGIE : ECHANTILLON DIVERSIFIE ET ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS.....	45
3.2	LES RESULTATS ET LEUR ANALYSE : DES EQUIPES INFIRMIERES RECONNUES, DES CADRES DE SANTE PILOTES DE PROJET ET REGULATEURS	47
3.2.1	<i>Des infirmières confirmées, reconnues dans leurs compétences et inscrites dans un projet porteur de sens</i>	<i>48</i>
3.2.2	<i>Des cadres de santé pilotes et régulateurs d'un projet au service de l'optimisation du système de santé et de la valorisation du métier infirmier</i>	<i>56</i>
3.3	SYNTHESE ET REPOSE AUX HYPOTHESES : MOTIVATION DES EQUIPES RENFORCEES ET PLACE DU CADRE COMME ACTEUR INNOVANT DU SYSTEME DE SANTE A SECURISER	60
	CONCLUSION.....	63
	BIBLIOGRAPHIE	65
	<u>ANNEXES</u>	

LISTE DES ABREVIATIONS

ARS	Agence Régionale De Santé
AS	Aide-soignante
AVC	Accidents Vasculaires Cérébraux
CDS	Cadre De Santé
CSS	Cadre Supérieur de Santé
DMS	Durée Moyenne de Séjours
DRESS	Direction De La Recherche, Des Etudes, De L'évaluation Et Des Statistiques
DU	Diplôme Universitaire
EBN	Evidence Based Nursing
HPST	Hôpital Patient Santé Territoire
IBODE	Infirmier De Bloc Opératoire Diplômé D'Etat
IDE	Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat
IFCS	Institut De Formation Des Cadres De Santé
IGAS	Inspection Générale Des Affaires Sociales
LMD	Licence, Master, Doctorat
MER	Manipulateur en Electro-Radiologie
OCDE	Organisation De Coopération Et De Développement Economique
PA	Pratique Avancées
PEC	Prise En Charge
PC	Protocole de coopération
PHRC	Programmes Hospitaliers De Recherche Clinique
PHRIP	Programme Hospitalier De Recherche Infirmière Et Paramédicale
RCP	Réunion De Concertation Pluridisciplinaire
VAE	Valorisation Des Acquis de l'Expérience

INTRODUCTION

Ce mémoire, travail de recherche, s'inscrit dans le cadre de ma formation Cadre de Santé au sein de l'Ecole Supérieur Montsouris. Les objectifs de cette année de formation m'ont demandé et permis de m'interroger sur les postures, comportements et attentes de chacun des acteurs, de l'infirmière ou aide-soignante aux politiques de santé en passant par les multiples strates de la ligne hiérarchique d'un établissement. Je me suis particulièrement questionner sur le rôle du cadre de santé, sur les ambitions défendues par les différentes méthodes de management et sur l'identité sous entendue du cadre qu'elles affichent. Cela dans l'objectif de pouvoir me positionner et/ou orienter ma future posture professionnelle.

Le sujet de ce mémoire part de ce constat : il existe une dichotomie entre une expérience professionnelle passée bénéfique et enthousiasmante et la situation difficile annoncée et médiatisée des professionnels paramédicaux. En effet, j'ai eu la chance, en tant qu'infirmière de coordination, de conduire un projet d'adhésion à un protocole de coopération, expérience qui me semblait enrichissante, mobilisatrice et valorisante pour l'ensemble de l'équipe. Cette vision s'opposait aux actualités difficiles et plaintives du monde paramédical en souffrance à l'été 2016 et encore aujourd'hui. Pour élargir et étayer cette perception, la première partie de ce mémoire permettra la contextualisation de cette situation. Elle s'oriente sur la description démographique et sanitaire de la France et sur la définition de la place du cadre de santé dans le système de soins. Ainsi, je présenterai pour commencer, le contexte hospitalier actuel, contraint de répondre à l'évolution de la démographie sanitaire (vieillissement de la population et chronicisation des maladies) et aux stratégies des politiques de santé qui en découlent (sortie de « l'hospitalocentrisme » et approche des « nouveaux métiers » qui feraient partie des solutions permettant l'efficacité du système). Les complexités qui en ressortent dont, notamment, la recherche de « sens » des équipes me conduisent à interroger la place et le rôle du cadre de proximité. Je choisis de l'observer sous l'angle du cadre « leader » de son équipe, ce qui lui permettrait de redonner du sens au travail et ainsi de remotiver les équipes. Cet angle consent également à explorer le management par projets innovants qui est décrit comme porteur de sens et de reconnaissance. Cette contextualisation m'autorisera à finaliser ma question de recherche qui est celle-ci : **Dans un contexte d'efficacité et de demande de reconnaissance, comment le management du Cadre de Santé par des projets innovants motive et valorise l'équipe infirmière ?**

Pour répondre à cette question, la deuxième partie de ce travail consistera à la construction du cadre théorique qui s'axe sur trois concepts : l'innovation, les nouveaux métiers paramédicaux et la motivation. Premièrement, l'idée d'innovation sera définie. Il s'avère que ce concept est double, il est d'abord une identité : l'innovation comme état d'esprit (le management par projet comme style de management) puis une compétence : la conduite de projet et sa gestion des ressources humaines.

Deuxièmement, je définirai les nouveaux métiers paramédicaux en jeu, « métiers intermédiaires », en précisant tout d'abord leur légitimité et leurs obstacles. Ensuite, ils seront présentés séparément : la recherche en soins infirmiers (porteuse de sens et de légitimation), les pratiques avancées (en construction) puis les protocoles de coopération (exercice en marche dont j'établirai l'état des lieux précis, définirai les enjeux et les risques, les modalités de mise en place et présenterai leur évaluation réalisée par l'HAS en 2014). Troisièmement, j'explorerai le concept de motivation dans ses théories, nombreuses et complémentaires, et par ses leviers managériaux, de la « récompense » au cadre « parfait ». La visite approfondie de ces trois concepts m'invitera à proposer deux hypothèses de travail prenant comme exemple de projet innovant celui des protocoles de coopération par la possibilité d'exploration et d'enquête qu'ils m'offrent. La première hypothèse est la suivante : **le cadre de santé, au travers des protocoles de coopérations, répondrait aux besoins sociaux, de réalisation de soi et d'autonomie des infirmières et renforcerait ainsi la motivation de l'équipe soignante.** La seconde : **le cadre de santé, à travers la mise en place de protocoles de coopérations, s'inscrirait comme acteur innovant du système de santé en réorganisant le parcours de soins, en mobilisant, en valorisant et en augmentant les compétences infirmières ainsi qu'en favorisant les interactions interprofessionnelles.**

Enfin, la dernière partie de ce mémoire présentera les résultats de l'enquête qui cherche à vérifier ces hypothèses ainsi que leur analyse. Cette enquête est menée auprès 10 infirmières et 6 cadres de santé qui participent à un projet de protocole de coopération. Après avoir soumis la méthodologie de l'enquête, je formulerai, en les confrontant au cadre conceptuel, les résultats obtenus auprès des infirmières puis des cadres. Leur synthèse, qui prend en compte les limites de l'enquête, me permettra de répondre de façon affirmative à la première hypothèse et de manière incomplète à la seconde.

Bonne lecture,

1 CONSTAT DE DEPART : comment reconnaître le métier infirmier dans le système de santé actuel ?

Je travaille depuis 10 ans dans un grand centre de lutte contre le cancer parisien. Infirmière de coordination depuis 5 ans j'ai eu la chance de conduire un projet d'adhésion à un protocole de coopération. Ce protocole de coopération concerne quatre infirmières déléguées et dix chirurgiens délégants et a pour objet le « diagnostic d'une lymphocèle, l'indication et la réalisation de sa ponction chez les patientes en post-opératoire d'une chirurgie mammaire curative et/ou reconstructrice ». Cette démarche a révélée chez moi une propension à organiser et conduire des projets « innovants ». Elle a été source de satisfaction personnelle mais aussi pour les équipes paramédicale, médicale et pour ma hiérarchie. En effet, malgré la durée de mise en place (2 ans entre la décision de se lancer dans l'aventure et l'accord de l'Agence Régionale de Santé - ARS) et malgré la lourdeur administrative, ce projet semble avoir été une véritable source de motivation tant pour l'équipe infirmière que pour l'encadrement et l'équipe médicale. Il paraît avoir aussi donné une grande satisfaction aux infirmières concernées par la reconnaissance de leurs compétences et expertise dans le domaine de la prise en charge post-opératoire des patientes opérées du sein et par la confiance que le corps médical pouvait leur attribuer.

Cette satisfaction et cette énergie positive ressenties contrastent tristement avec une actualité saisissante et difficile : du mal-être jusqu'au suicide des infirmières en septembre 2016. Leurs conditions de travail ne sont ni supportables ni acceptables. Leur mal être grandit jusqu'à l'ultime cri ... Mon quotidien, pourtant contraint à l'augmentation de la charge de travail, à la complexité des prises en soins et aux demandes de qualité et d'efficience, ne ressemblait pas au leur. Loin de l'illusion de penser qu'il suffirait d'un projet d'innovation rondement mené pour remettre tout le monde dans la Vie, je m'alerte tout de même sur la nécessité de valoriser notre profession et de reconnaître les soignantes¹ dans leur professionnalisme. Est-ce qu'accompagner les équipes sur le chemin de l'innovation en soins infirmiers permettrait de redonner du sens, de la valeur et un avenir à leur profession ?

Pour justifier ce questionnement, j'ai souhaité poser le cadre de l'évolution démographique de la France, de ses répercussions sur le système de santé (notamment sur l'hôpital) et positionner le Cadre De Santé (CDS) en tant que leader de l'équipe soignante : il donne du sens, favorise la motivation et conduit des projets innovants.

¹ Lire partout soignantes/soignants, infirmières/infirmiers

1.1 LE CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE ET SANITAIRE EN FRANCE ET LES STRATEGIES DES POLITIQUES DE SANTE

Le contexte démographique et sanitaire en France se caractérise par le vieillissement de la population et la chronicisation des maladies. Il impose à l'hôpital de se repenser et aux politiques de santé de proposer des stratégies d'adaptation visant l'efficacité du système.

1.1.1 Vieillesse de la population et chronicisation des maladies

La Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DRESS) dresse l'état de santé de la population en France. Elle fait état du vieillissement de la population française : 66 millions d'habitants au 1^{er} janvier 2015, dont 18.4% de plus de 65 ans² et une espérance de vie à la naissance de 79,2 ans pour les hommes et 85,4 ans pour les femmes nés en 2014³. Le vieillissement de la population, l'environnement (pollution, stress, sédentarité, comportements individuels) et les progrès médicaux sont responsables de l'augmentation des maladies chroniques telles que les cancers, les maladies cardio-vasculaires (Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC) et cardiopathies ischémiques), le diabète, les maladies mentales (addictions, dépression, troubles obsessionnels compulsifs), les pathologies neuro-dégénératives (Alzheimer, Parkinson). Ces pathologies ont de fortes répercussions sur le quotidien : « 15 % des hommes et 22 % des femmes de 18 ans et plus vivant à leur domicile déclarent des limitations fonctionnelles sévères »⁴. La prévention (primaire, secondaire et tertiaire) et le suivi strict de ces maladies (notamment pour le diabète) auraient un impact majeur sur la qualité de vie des patients et de leur famille ainsi que sur la réduction des complications et séquelles.

Mon expérience professionnelle ainsi que mes souhaits de carrière immédiats se tournent vers l'exercice intra-hospitalier, j'ai donc recherché quels sont les impacts de cette évolution démographique sur l'hôpital.

1.1.2 Un hôpital en mouvement pour répondre à l'évolution démographique et à la nécessité de qualité des soins

L'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) propose un rapport intitulé L'hôpital (2012) qui décrit la situation suivante. « L'hospitalocentrisme » français est en mouvement : l'hôpital est coûteux (il consomme 35% des dépenses de la Santé de la France contre 29% dans les autres pays de l'OCDE) et plusieurs processus s'imposent à lui. Les progrès médicaux sont constants et rapides. Cela lui demande de s'adapter sans cesse tant au niveau des ressources humaines (nouveaux métiers,

² Drees, L'état de santé de la population en France, Rapport 2015, p39 [consulté le 04/12/2016 à 16h30], disponible : http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rappeds_v11_16032015.pdf

³ Ibid, p48

⁴ Ibid, p13

formation continue), que de l'équipement (de plus en plus sophistiqué et technologique), et de la répartition des soins et des patients entre les spécialités (le classement des patients par spécialités est obsolète face à la « bonne » prise en charge des polyopathologies du sujet âgé). L'exercice médical s'oriente vers le travail en équipe pour répondre à la complexité des prises en soins (la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) en oncologie en est l'illustration) et pour donner des conditions de travail moins pénibles (répartition des gardes trop astreignantes dans les structures de petites tailles par exemple). Le patient est de plus en plus investi dans les démarches médicales et a une demande croissante d'information et de participation aux réflexions et décisions qui le concernent. L'évolution épidémiologique, qui place les maladies chroniques devant les maladies aiguës, implique une coordination forte des professionnels du système de soins. L'exigence de qualité et de sécurité des soins ainsi que la contrainte économique (tarification T2A) impose à l'Hôpital d'être efficient. Comment répondre à cela du point de vue des professions paramédicales ?

1.1.3 Axes politiques et stratégie des « nouveaux métiers » pour répondre aux besoins de santé et à la nécessité d'efficience du système

Depuis plusieurs années, des rapports ministériels présentent l'évolution de la profession infirmière comme une réponse aux enjeux de Santé Publique (vieillesse de la population, chronicisation des maladies et équilibre de dépenses de santé).

Tout d'abord, le **Rapport Berland** (2003) intitulé « *Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences* » fait un état des lieux approfondi des coopérations entre médecins et paramédicaux qui pourraient être développées dans le pays. Ces coopérations concernent plusieurs types de paramédicaux (manipulateurs en Electro-Radiologie (MER), optométriste, diététicienne, etc). Par souci de concision je ne m'intéresserai ici qu'à ceux qui concernent la profession infirmière.

Son analyse s'appuie principalement sur les coopérations déjà existantes dans le monde (Etats-Unis, Canada, Royaume Uni) en précisant qu'il est délicat de transposer leurs modes de fonctionnement à la France car le système de santé y est différent. En contrepartie, Y. Berland évoque les initiatives françaises et les positions des professionnels de santé en termes de coopérations médicales.

Ce rapport distingue deux catégories de transfert de compétences médecin-infirmier dans les pays anglo-saxons:

- **Les infirmières cliniciennes** qui ont en responsabilité la prise en charge des consultations « généralistes », la promotion de la santé (réalisation de bilans, éducation et dépistage) à l'aide de protocoles établis par des médecins et le suivi des patients atteints de pathologies chroniques (asthme, pathologies gastro-intestinales et cardio-vasculaires). Les enquêtes de qualité menées, avec indicateurs de « santé perçue », ont montrées « *un niveau identique*

d'efficacité et de sécurité mais avec un niveau de satisfaction supérieure »⁵ à la pratique médicale initiale, certifiant l'intérêt de ces transferts d'activité.

- **Les infirmières praticiennes** qui sont axées sur les transferts d'actes et répondent ainsi à l'augmentation des demandes de ces actes dans un contexte de diminution des médecins spécialistes et de leur répartition inégale sur les territoires. Les actes transférés prévalent sont : l'endoscopie digestive (basse) et la sédation en cours d'endoscopie, la surveillance des patients dialysés, la coopération chirurgicale pour les actes « simples » (préparation préopératoire, suture, visites et soins post-opératoires simples). De tels transferts d'actes imposent la définition précise des activités autorisées.

En France, très peu d'initiatives sont prises en ce sens en 2003. L'auteur du rapport mentionne l'existence de consultations infirmières d'éducation (quand l'effectif infirmier et l'activité de soins le permettent) mais sans formation préalable ni évaluation des pratiques. Néanmoins, les professionnels de santé français semblent ouverts à la coopération et sont force de propositions si les rôles et missions de chaque professionnel de santé sont strictement définis et que leurs activités sont coordonnées. Il pourrait alors être envisagé le partage des tâches pour le suivi des pathologies chroniques (maladie hépato-gastro-enterologique, cardiovasculaire, cancers et néphrologique) entre médecins spécialistes et infirmières (surveillance de l'observance des traitements, coordination des examens de suivi et de réévaluation, éducation sanitaire, prévention primaire et secondaire, reconduction de traitement, suivi du malade, informations). La valeur ajoutée d'un tel partage de tâches serait l'optimisation du temps médical et l'ajout d'une dimension relationnelle personnalisée utile à la qualité des soins des patients chroniques.

La conclusion de ce rapport affirme « *qu'il est indispensable et urgent d'envisager le transfert de compétences* »⁶ pour faire face, en partie, à la diminution des médecins (redéfinition optimale de leur missions), pour optimiser le système de soins, régulariser les pratiques déjà existantes, améliorer la qualité des soins et apporter une reconnaissance méritée à certains professionnels paramédicaux. Toutefois, pour répondre aux critères indispensables de qualité et sécurité des soins, le transfert de compétences doit être soumis à une formation initiale et continue (remarquons qu'elle est variable et plus ou moins formalisée dans les pays anglo-saxons). Cette formation serait rattachée aux Facultés de Médecine et reconnue dans le système LMD (Licence, Master, Doctorat) en prenant appui, par exemple, sur la formation du Québec qui propose une spécialisation en Master avec 3 branches possibles : gestion (Cadre de Santé), formation (Cadre enseignant) ou soins (Infirmière Clinicienne).

⁵ Berland Y, « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences », p11, [consulté le 27.11.2016 à 19h28], disponible : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000619.pdf>

⁶ Ibid, p46

En parallèle de ce travail, le Professeur Yves **Matillon** dans son rapport intitulé « *Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé* » (2003), fait l'état des lieux du concept de compétence dans le monde de la santé, en France et dans les pays britanniques. Si les compétences sont différentes d'un professionnel à l'autre (sur un même métier car dépendent de la personne elle-même et de son parcours professionnel) et vont au-delà du diplôme commun, Y. Matillon envisage la possibilité de « passerelle » entre les professions, notamment entre le métier d'infirmier et de médecin par la Valorisation des Acquis de l'Expérience (VAE).

En effet, en formation initiale, les compétences des différents professionnels de santé sont complémentaires et bien limitées chacune dans leur domaine (seul le médecin pourrait prétendre avoir les compétences de tous les autres professionnels de santé). Il est nécessaire de développer ses compétences tout au long de sa carrière professionnelle pour répondre aux évolutions techniques, scientifiques et organisationnelles du monde de la santé. Cela spécialise le métier et précise le champ des compétences de chacun. Le développement et l'évaluation de ces compétences participent au « *développement d'une politique ambitieuse d'amélioration continue de la qualité des soins* »⁷ et la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences médicales contribue à répondre aux évolutions démographiques de la société (répartition des professionnels médicaux, évolution de l'état de santé de la population). Mais comment reconnaître et évaluer les compétences ? Il suppose qu'il faille créer des modes d'évaluation harmonisés et reconnus (Cursus LMD) ainsi qu'une formation continue adaptée et un dispositif de VAE « *porteur de promotion, de reconnaissance sociale et d'évolutions professionnelles* »⁸.

Enfin, le **rapport Valencien** relatif à « *L'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France* » (2006), fait état du manque d'infirmier de bloc opératoire (IBODE). Il propose alors une formation « instrumentiste » dans le cadre du LMD comprenant 3 ans de formation théorique et pratique pour devenir panseuse instrumentiste puis deux ans supplémentaires pour devenir assistant opératoire (pour assurer quelques gestes chirurgicaux délégués). Avec cette perspective qui comprendrait une rémunération à la hauteur de la spécialisation et la reconnaissance d'un « vrai métier », il espère attirer au bloc de nouvelles recrues.

Aujourd'hui, **Loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) du 21 juillet 2009** a, d'une part, intégré la spécialité infirmière dans le LMD (suite aux accords de Bologne) mais sa mise en œuvre est encore chaotique notamment par l'absence de reconnaissance du grade Master aux infirmiers spécialisés (IBODE, IADE, Puéricultrice) et par l'absence de reconnaissance salariale. D'autre part, elle « *permet la*

⁷ Matillon Y, Rapport Matillon : Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé, 2003, p16 [consulté le 02/12/2016 à 12h28], disponible : <http://www.aeeibo.com/rapport-matillon-pdf.html>

⁸ Ibid, p30

mise en place, à titre dérogatoire et à l'initiative des professionnels sur le terrain, de transferts d'actes ou d'activités de soins et de réorganisations des modes d'intervention auprès des patients. »⁹.

La loi du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé annonce la nécessité « d'innover » pour pérenniser notre système. En cela et en réponse à l'évolution démographique de notre société, elle légalise le transfert de responsabilités et d'activités de soins des médecins vers les infirmières : ce sont les pratiques avancées. En revanche, aucun décret n'a encore été publié quant à leurs conditions de réalisation (formation, reconnaissance, responsabilité, rémunération). Mais au lendemain de la grève des soignants du 8 novembre 2016, le ministère promet de faire évoluer le décret d'actes et de prescription des dispositifs médicaux, de construire le référentiel d'activités de compétences et de formation des pratiques avancées et de construire une filière complète de formation et de recherche en sciences infirmières en créant un doctorat en sciences infirmières (APMnews, 2016). Si la réponse à la « grogne » des infirmières est de reconnaître leurs compétences et faire évoluer leur profession, le métier de soignant serait-il en manque de reconnaissance ? Quel est la place du CDS dans ce contexte ?

1.2 LA GESTION D'UNE EQUIPE SOIGNANTE ET LA PLACE DU CADRE DE SANTE DANS LE SYSTEME

Le cadre de santé est le leader de son équipe. Celle-ci semble être à la recherche d'un sens nouveau. Les contraintes actuelles, économiques et organisationnelles, ne lui permettent plus de retrouver le sens initial du métier. Le cadre, en proposant des projets innovants, redonnerait une perspective d'avenir au travail quotidien.

1.2.1 Le Cadre de Santé, leader de son équipe

Le profil des professionnels de l'hôpital et leur dynamique sont particuliers. En effet, il est important d'avoir en tête quelques notions essentielles comme : la nécessité de coopérer entre les différents métiers, l'importance de la transmission d'informations, l'obligation de soins 24h/24, la confrontation quasi quotidienne à la souffrance et la mort, l'absentéisme important, le turn-over rapide, le climat social chaotique et l'émergence de la prévention des risques psychosociaux (IGAS, 2012). Cependant, les professionnels du soin sont la principale richesse de l'hôpital et aussi sa plus grande dépense. La gestion des ressources humaines est complexe et vise à « *Savoir préserver les conditions de travail et*

⁹ Haute Autorité de Santé - Protocole de coopération entre professionnels de santé, [consulté le 02/10/2016 à 16h05], disponible : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1240280/fr/protocole-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante

encourager l'implication de professionnels sur lesquels repose l'excellence du système de soins tout en tentant de maîtriser la dépense en recherchant constamment des gains de productivité »¹⁰.

Si pour Paule Bourret, être cadre de santé « *c'est assurer du lien (...) mission noble, ambitieuse et vraisemblablement plus que jamais difficile* »¹¹, le rôle du CDS est de donner une cohérence à l'action soignante, de l'inscrire dans le système de santé, de lui donner du sens. Par cela, le CDS en tant que manager de l'équipe, vise à construire un sentiment d'appartenance, à obtenir l'implication des personnels et à créer un collectif de travail pour gagner en synergie de compétences et d'énergies individuelles. Les gestionnaires des organisations du système de santé (entendons ici les Cadres de Santé) ont « *la responsabilité de mettre à disposition du public les compétences les meilleures* »¹². On parle de compétences collectives qui impliquent coordination, communication et leadership de la part du CDS afin de garantir la qualité et sécurité des soins. La recherche de la performance collective permet de conjuguer l'intérêt général (politique de santé, directive hiérarchique, efficacité du groupe) et l'intérêt individuel.

1.2.2 Redonner du sens au travail et motiver

Dans la presse grand public, le monde paramédical est en souffrance et se plaint essentiellement de subir les restrictions budgétaires de l'Etat. Ces restrictions, par diminution des effectifs, par non remplacement et augmentation de la charge de travail, engendrent épuisement professionnel, fatigue, manque de reconnaissance, souffrance, stress, déshumanisation du métier. Les infirmières sont en sous-effectif, elles n'ont plus le temps de donner de sens à leur travail. Et s'il n'y a pas « sens » il n'y a pas de perspective d'amélioration. Séverine, infirmière lyonnaise témoigne : « *ce qu'on me demande désormais à l'hôpital ne correspond pas au sens que je donnais à mon métier* »¹³.

Effectivement, le travail des infirmières se modifie au grès des Politiques de santé et des restructurations obligatoires mais aussi en fonction des progrès médicaux, de leur organisation et du nouveau mode de management hospitalier qui vise à l'efficacité. Aker F (2006), précise que tout cela « *se traduit par une industrialisation du travail, une recherche de flexibilité et de polyvalence des personnels* »¹⁴ et oppose la demande de mobilité, d'individualisation des compétences et d'évaluation au maintien des collectifs de travail. La brièveté des séjours entraîne une réorganisation de la prise en

¹⁰ IGAS, Rapport 2012 L'hôpital, [consulté le 03/12/2016 à 9h36], p113, disponible : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000107.pdf>

¹¹ BOURRET P, Les cadres de sante à l'hôpital, Paris, Editions Seli Arslan, 2014, p265

¹² Matillon Y, Rapport Matillon : Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé, 2003, p28, [consulté le 02/12/2016 à 12h28], disponible : <http://www.aeeibo.com/rapport-matillon-pdf.html>

¹³ Béguin F., « Des journées sans boire, sans manger » : le ras-le-bol infirmier, [consulté le 21/11/2016 à 22h23], disponible : http://www.lemonde.fr/sante/article/2016/11/07/des-journees-sans-boire-sans-manger-le-ras-le-bol-infirmier_5026497_1651302.html

¹⁴ Acker F, Infirmières : des pratiques en redéfinition ; une opportunité pour repenser quelques dimensions du soin ?, Recherche en soins infirmiers, 2/2008 (n°93), p61-67, [consulté le 11/12/2016 à 16h17], disponible : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2008-2-page-61.htm>

charge d'ensemble où chacun intervient ponctuellement dans le parcours de soins et où chacun doit tenir son rôle pour rendre ce parcours efficient mais où chacun doit aussi appréhender et respecter le rôle des autres professionnels pour rendre ce parcours cohérent. La gestion des patients en flux et par spécialités comme la variabilité des situations des personnes (laisse peu de place à l'exception) et rend difficile l'attention particulière à chacun de la part des infirmières et des autres professionnels de santé. L'attention à l'autre est pourtant la dimension centrale des soins. Le « care » demande du temps et de l'individualisation tandis que les actions de soins se caractérisent aujourd'hui par « *aller vite, aller à l'essentiel* »¹⁵.

En tant que CDS, est-il possible de redonner sens au métier en offrant une perspective d'avenir différent ? Est-il possible de raviver la motivation en proposant de nouvelles missions, de nouveaux rôles ? Comment reconnaître le travail spécifiques et les compétences particulières des professionnels ?

Dans le dossier « *Donner ou redonner du sens au travail* », J-F Popielsky (2013), Directeur des soins, affirme que c'est au cadre de santé de redonner du sens au travail de son équipe. La solution serait au travers la mise en place de projet. Cela permettrait de donner un cadre à l'existence individuelle, de fédérer le collectif et de « *construire et reconstruire* »¹⁶. En sortant l'individu de son quotidien, le projet propose un avenir, guide, ouvre de nouveaux chemins.

Il revient alors au CDS la responsabilité de créer. Créer pour donner plus de valeur, plus de dignité¹⁷.

1.2.3 Manager par des projets innovants

« *Un management par les projets créera les conditions d'union nécessaires pour entrainer l'équipe dans une dynamique qui la rendra performante* »¹⁸. Olivier Devillard (Coach et psychothérapeute) dans « *La dynamique d'équipe* » (2005) dépeint, certes de façon idyllique mais non sans intérêt, la force qui émerge d'un groupe soudé par l'affect et tendu vers un objectif ambitieux commun. Cette force engendrerait satisfaction personnelle et attractivité et l'auteur annonce même que « *la participation à une équipe peut changer complètement la qualité de la vie professionnelle de certains collaborateurs* »¹⁹. Il place alors le Cadre de Santé en chef d'orchestre d'une telle équipe avec la responsabilité de la construire, de l'animer, de la représenter. Mais comment les projets influent sur la motivation ?

¹⁵ Ibid

¹⁶ Boutinet J-P, En quoi un projet peut-il faire sens ?, Revue Soins Cadres, Aout 2013 n°87, p16.

¹⁷ « Donner plus de valeur, de dignité » est le sens du mot valoriser par le Larousse.

¹⁸ Rivet M, Recherche de la performance ou émergence des talents dans la pratique infirmière ?, Soins Cadre n°80, Novembre 2011, p28

¹⁹ Devillard O, Ce qui fait équipe, Dynamiques d'équipe, Edition d'organisation, Paris, 2005, p20

Aussi, selon M. Rivet (2011), il revient au manager « *de créer les conditions de motivation, de l'entretenir et de prévenir l'apparition de la démotivation* »²⁰. La motivation est une donnée complexe et essentielle dans le développement des professionnels (Dumont J-P, 2016). Quelle soit en réponse à l'ambition d'atteindre un objectif (Goal-Setting-Théorie), ou intrinsèque à la satisfaction des besoins fondamentaux (Self-Determining-Théorie), ou qu'elle découle de l'assouvissement du désir de reconnaissance, la motivation du professionnel est enjeu majeur du CDS tant pour le développement de son service que pour le développement personnel des individus qui le compose.

Le CDS se doit donc d'innover, de créer, pour motiver. Mais comment « innover » ?

L'innovation managériale est l'un des thèmes centraux de la 25ème journée de rassemblement de l'Association Nationale des Cadres Infirmiers et Médicotechniques (2016). Selon eux (F. Nayrac, 2016), la créativité du cadre dans son mode de management est essentielle pour accompagner l'évolution sanitaire et améliorer la prise en charge du patient. Cette créativité demande du temps, de l'altruisme et passe par des projets collectifs. Elle impose un changement culturel afin de laisser place au hasard et à l'humour en favorisant ainsi les capacités d'innovation de l'équipe. Elle permettra à l'équipe de se distinguer des autres et donc de se donner une identité.

1.3 FORMALISATION DE MA QUESTION DE DEPART : le management par projet innovant comme levier de motivation des équipes ?

En résumé, nous avons d'une part, l'évolution démographique et sanitaire de la France qui impose au système de santé de se repenser et les directives ministérielles qui naviguent vers l'émergence de nouveaux métiers infirmiers pour répondre aux enjeux de santé publique. D'autre part, le CDS a pour mission de créer du lien dans ce système, de donner du sens au travail et de valoriser son équipe. Il est le vecteur bidirectionnel de l'information entre la direction et l'équipe soignante. Il est « tiraillé » entre la Politique de santé et le bon sens qui imposent une réduction des coûts et une organisation efficiente et l'équipe soignante qui, en toute légitimité, demande de la reconnaissance et la prise en compte de son travail spécifique d'aide et de relation au malade.

C'est pour répondre à ces différents aspects que je souhaite effectuer ma recherche sur l'impact des protocoles de coopérations sur la profession infirmière. C'est en effet un « nouveau métier » en marche qui placerait le CDS en tant que chef de projet souhaitant améliorer la prise en soins du patient et positionner l'équipe soignante au cœur du parcours de soins.

²⁰ Rivet M, Recherche de la performance ou émergence des talents dans la pratique infirmière ?, Soins Cadre n°80, Novembre 2011, p26

Dans un contexte d'efficience et de demande de reconnaissance, comment le management du CDS par des projets innovants (notamment par la mise en place de protocole de coopération) motive et valorise l'équipe infirmière ?

2 CADRE CONCEPTUEL : L'innovation managériale, les nouveaux métiers et le concept de motivation

Pour répondre à ma problématique de recherche, je me suis tournée vers l'étude de différents concepts la composant. Ainsi, je présenterai tout d'abord celui de « l'innovation », de l'état d'esprit à sa méthode (la gestion de projet). Ensuite, je souhaite aborder l'innovation paramédicale par les nouveaux métiers infirmiers. J'en ferais donc l'état des lieux : légitimité et obstacles, recherche en sciences paramédicales, pratiques avancées et protocoles de coopération. Enfin, l'étude du concept de « motivation » me paraît essentielle. Je détaillerai ses théories et leviers managériaux. De la synthèse de ces trois parties découleront mes hypothèses de recherche.

2.1 L'INNOVATION : un état d'esprit et des outils de management

L'innovation est l'injonction récurrente et évidente de nos sociétés actuelles (innover en santé, innover socialement, innover technologiquement ...). Hors contexte, elle veut tout et rien dire mais nous nous sentons obligés et contraints d'innover. Alors, que signifie « Innover » ? Pour définir cela, passons par ce que ce n'est pas.

L'innovation n'est pas « l'invention » qui est, elle, l'idée initiale, la possibilité. L'innovation est l'ensemble du processus qui mènera cette invention à terme ou non.

Pour les mêmes raisons, l'innovation est distinguée de la créativité qui est cependant à l'origine du processus. La créativité est la « *capacité permettant d'impulser des nouveautés : sans talent, ingéniosité ou curiosité, ni le hasard ni la nécessité ne suffiraient à produire l'innovation* »²¹.

L'innovation ne se résume pas non plus à la « nouveauté » dans le sens où elle n'est pas seulement composée d'éléments nouveaux mais qu'elle consiste, souvent, à simplement remodeler l'existant pour le rendre plus performant, plus efficient.

Alors, « *Innover, c'est penser autrement, casser les codes et changer de paradigme* »²² dans le seul objectif de progrès. Progresser c'est améliorer une situation, une organisation, le bien-être et le bien-vivre de l'individu et c'est en ce sens que le progrès fédère.

D'un point de vue managérial, l'innovation se compose d'une identité : le management par projet, et d'une compétence : la conduite de projet.

²¹ Gaglio G, Sociologie de l'innovation, Editions Que sais-je ?, Paris, 2011, p15

²² Dortier JF, L'innovation : un nouveau mythe de la création ? In Innovation et Créativité, Les Grands Dossiers des Sciences Humaines, mars-avril-mai 2015, n°38, p7

2.1.1 Le management par projet ou l'innovation managériale

L'innovation managériale ou organisationnelle vise à optimiser le travail. C'est une démarche de fonctionnement qui « *fait le pari de l'adaptation intelligente et collective de l'organisation aux contraintes de son environnement et investit sur la valeur ajoutée de la ressource humaine* »²³.

Le management par projet est ainsi défini par la norme Afnor (X50-115) : « *des organismes structurent leur organisation et adaptent leurs règles de fonctionnement à partir et autour de projets à réaliser* »²⁴. C'est un mode de fonctionnement à part entière pour le management des hommes et des structures. C'est un levier du changement qui permet de répondre aux contraintes d'optimisation et de modernisation des systèmes de production et des ressources pour être plus réactif, plus adapté à la demande et aux contraintes économiques et sociétales.

Le management par projet est un levier de la performance : il fédère l'ensemble du personnel autour d'orientation de soins et d'objectifs explicites, il donne un sens à l'action et aux orientations, il accompagne les changements et facilite l'amélioration des pratiques professionnelles, il développe une démarche qualité et mobilise les ressources de l'équipe de travail. Il permet de faire travailler « ensemble » de façon pérenne et structurelle. « *Le management par projets réduit les délais, les coûts et améliore la motivation des équipes* »²⁵

Elle demande au CDS de faire preuve de créativité et de flexibilité. La créativité est un mode de pensée divergente qui permet de trouver un grand nombre de réponses à une question (opposé au mode de pensée convergente qui trouve la meilleure réponse à une question). La flexibilité est la capacité de changer de point de vue, de voir les choses sous un angle différent. L'innovation managériale est l'ouverture d'esprit au service de la performance organisationnelle et de la qualité.

Le management par projets n'est pas simple car il nécessite la participation et l'acceptation des acteurs (le CDS doit fédérer et motiver ses équipes), il abandonne la forme hiérarchique uniquement pyramidale (le projet a un fonctionnement transversal) et il introduit une culture de résultats collectifs qui impose un mode de gestion exigeant.

De l'identité à l'action, comment manager des projets ?

2.1.2 Management des projets : méthodologie et gestion des ressources humaines

Le projet a des caractéristiques discriminantes : il est complexe, il entremêle des compétences pluri-professionnelles, il est d'une ampleur conséquente et requiert un pilotage et des ressources

²³ Jancourt D, Simart M, Le management par projets. Un défi pour les établissements de santé In Performance et innovation dans les établissements de santé, Paris, Dunod, 2015, p184

²⁴ Idib, p171

²⁵ Idib, p181

spécifiques, il impose un suivi (dont la définition de résultats attendus), il implique la responsabilité du commandeur du projet, il comporte des risques et des incertitudes et il est inscrit dans le temps (la durée du projet est définie de plusieurs mois à plusieurs années). Il se distingue ainsi de la « résolution de problèmes »²⁶ :

	Projet	Résolution de problème
Structure de l'organisation	Milieu inconnu	Organisation stable, caractère répétitif
Inscription du processus	Processus historiques, décisions irréversibles (go or no go)	Processus récurrent, Décision de faire ou ne pas faire réversible
Incertitudes	fortes, espace de liberté, d'innovation	faible, actions encadrées, maîtrisées, répétitives
« Cash-flow »	Investissement à moyen ou long terme	Immédiat et rentable
En cas de difficultés	Aléas et incertitudes, facteurs de risques	Intervention rapide

Le management des projets se compose des conduites de projets, de conduite du changement et du management des ressources humaines (dynamique de groupe).

2.1.2.1 La conduite de projet et la conduite du changement

Je m'appuie pour cette partie sur les enseignements reçus à l'ESM sur la Conduite de projet par Mr Tuytten, Cadre de Santé. Il s'appuie lui-même sur la méthode 3P (propriété du label Alliance²⁷).

La conduite du projet comprend deux phases :

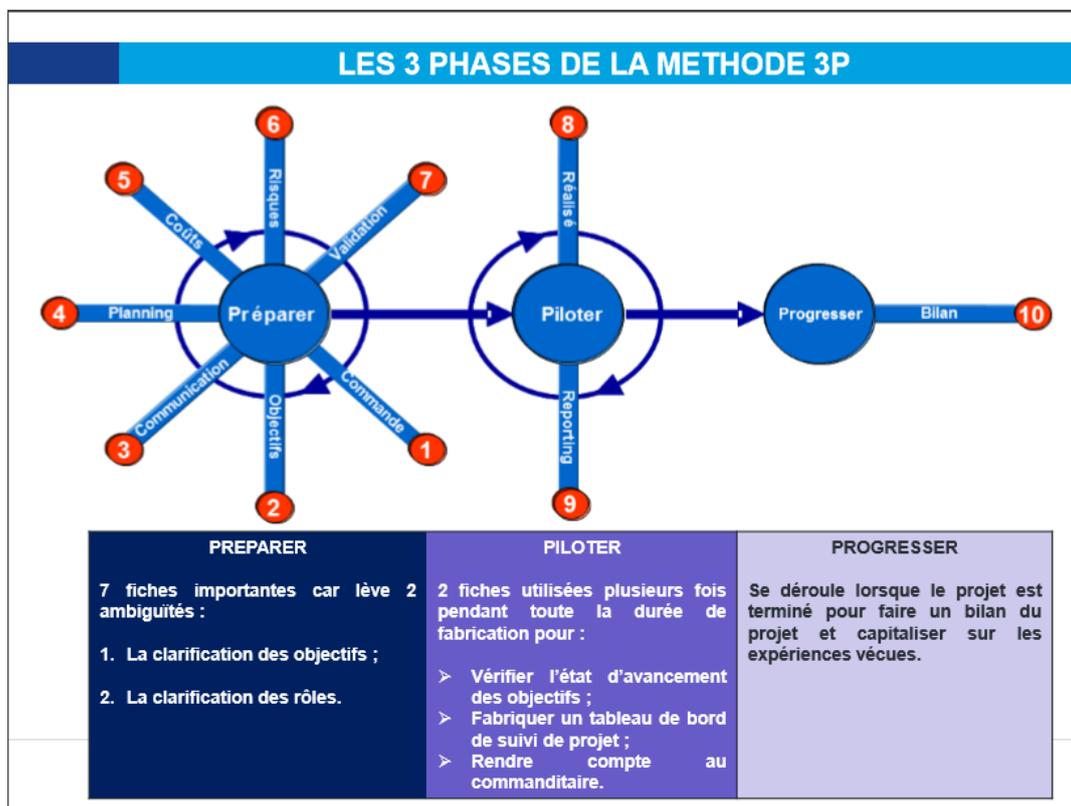
- le scénario : étude des besoins dans le contexte institutionnel, étude de faisabilité (SWOT ci-contre²⁸) et d'opportunité (identification des objectifs de coût, de qualité et de temps), choix du chef de projet. Il permet de décider de façon éclairée le lancement du projet ou non.
- le pilotage : ensemble des actes et études qui permet d'atteindre l'objectif défini du projet. Il comprend 3 étapes, la préparation, le pilotage et le progrès.



26 Selon Jancourt D, Simart M, Le management par projets. Un défi pour les établissements de santé In Performance et innovation dans les établissements de santé, Paris, Dunod, 2015, p169

27 Disponible sur www.allience.fr

28 Tuytten A, La conduite de projets : apports théoriques, démarche et outils, Cours dispensé à l'ESM le 08/11/2016, p21

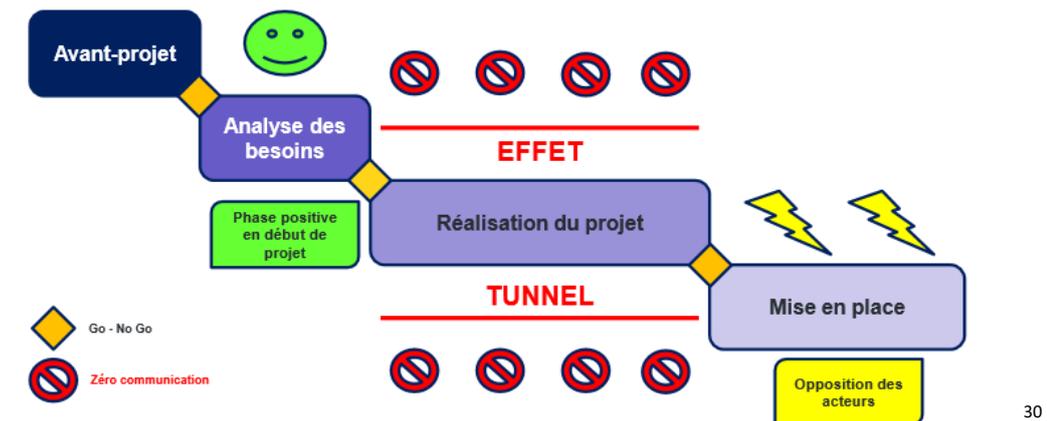


29

Chaque étapes comprend différentes actions qui donne lieu à un livrable. La préparation du projet consiste à :

- 1/ Formuler la demande et la présenter : définition du but à atteindre, dans quel contexte, quel calendrier, budget alloué, connexion avec d'autres projets, identification du commanditaire et du chef de projet.
- 2/ Mettre la commande en « mode projet » : traduction des objectifs généraux en objectifs opérationnels, constitution de l'équipe, réalisation du macro-planning.
- 3/ Définir les objectifs de communication : construction du plan de communication qui comprend les temps de communication opérationnelle (coordonne et informe), de communication décisionnelle (arbitre et décide) et de communication promotionnelle (motive et implique). Ces temps de communication se font auprès de différent publics : équipe, responsable, ensemble de l'institution concernée. L'importance est donnée à la définition d'objectif précis de communication ainsi qu'à l'anticipation de « l'effet tunnel » (ci-dessous). L'effet tunnel est la résistance des acteurs qui apparait à la mise en place du projet par manque d'information tout du long de la réalisation de celui-ci. Il apparait comme primordial de communiquer précocement et de façon continue pour conduire le changement au mieux.

□ L'effet tunnel :



Enfin si « tout changement impacte l'existant en termes de gains et de pertes. Les acteurs sont davantage sensibles à ce qu'ils perdent (visibilité de la situation actuelle) qu'à ce qu'ils gagnent (pas ou peu de visibilité sur la situation future) »³¹ alors il est nécessaire de s'intéresser à l'impact du projet sur les acteurs afin d'en comprendre les réactions et de prévoir, en réponse, des mesures d'action.

4/ Construire le planning détaillé : il comprend l'organigramme des tâches, les ressources humaines, matérielles et de temps qui y sont affectées.

5/ Chiffrer les coûts : valorisation des ressources (calcul de la charge en jour/homme), calcul des coûts de chaque tâche, évaluation du retour sur investissement.

6/ Analyser les risques : identification des risques, calcul de leurs criticités, définition des actions de mesures préventives ou curatives si nécessaire.

7/ Valider le cadrage du projet : validation du dossier par le commanditaire, contractualisation de la relation avec les différents acteurs, réalisation d'une réunion de lancement.

Le pilotage du projet repose sur :

8/ La mise à jour de la planification en fonction de l'avancée des tâches : comparaison du prévu et du réalisé, vérification de l'état d'avancement, définition de mesures correctives.

9/ Le reporting : synthèse des informations, animation de réunion, arbitrage, mise à jour du dossier.

Enfin, la 10^{ème} et dernière action consiste à faire le bilan du projet en répertoriant les différents éléments (points positifs et négatifs), en les communiquant au commanditaire et à l'équipe et en fêtant la mise en place du projet.

³⁰ Tuytten A, La conduite de projets : apports théoriques, démarche et outils, Cours dispensé à l'ESM le 08/11/2016, p48

³¹ Idib, p53

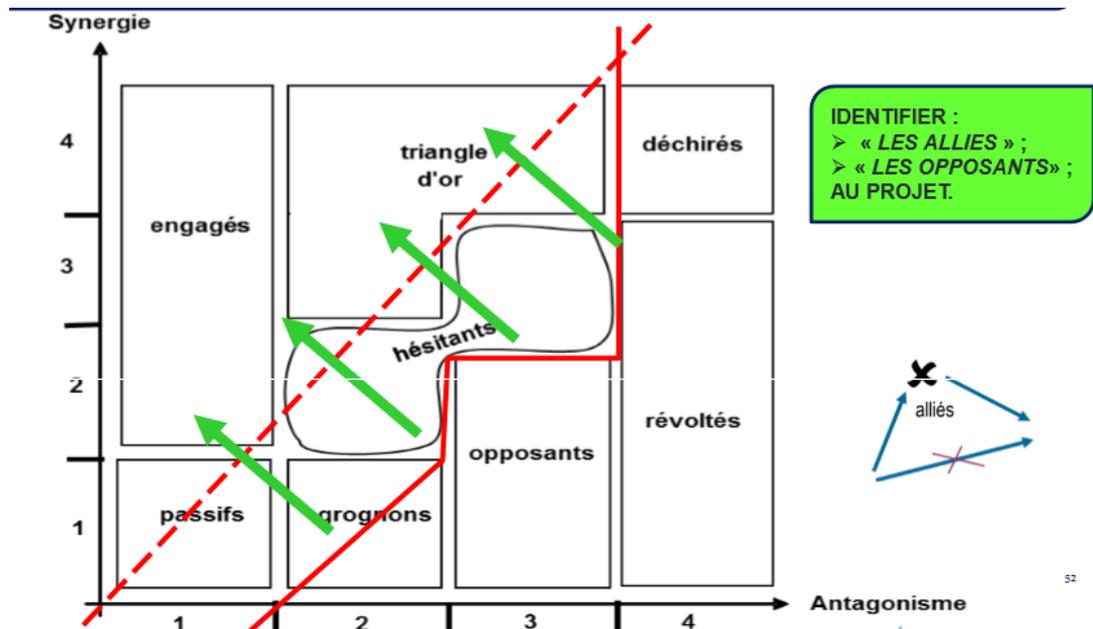
2.1.2.2 *Le management des ressources humaines ou dynamique de groupe*

Si la gestion de projet paraît méthodique et structurée, au contraire, la gestion des hommes est bien plus aléatoire et influence directement la conduite de projet. Comment manager une équipe aux relations interpersonnelles diverses et changeantes ? Comment diriger un groupe aux motivations et investissements divergents et conflictuels ? Les cours reçus à l'ESM, Fédérer autour d'un projet par Mme De Bastard, ainsi que sur l'ouvrage *Manager par l'approche systémique* (Bériot D, 2014) me permettent de présenter ceci.

Comment agir sur les relations entre les personnes ? Le sociogramme de Moreno permet de visualiser de quelles façons l'individu communique dans le groupe, comment il le perçoit, comment il est perçu. Il différencie trois relations interpersonnelles possibles : la sympathie, l'antipathie et l'indifférence. Ces relations ont évidemment un impact direct sur la communication au sein du groupe : elle est rapide et aisée entre les personnes qui ont de la sympathie entre elles tandis que les autres échangent peu dans une attitude de protection. Cet outil est originellement la synthèse de questionnaires remis aux membres d'un groupe mais il peut être modélisé (subjectivement) par le manager. Sa modélisation permet au cadre d'identifier et de clarifier les relations des membres du groupe. Il peut ainsi créer, dans le but d'améliorer ou d'amplifier l'implication de chacun, des entités ou des sous-groupes en fonction des affinités interpersonnelles (en veillant à ne pas rejeter ou mettre en difficultés les individus dit « isolés ») ou alors simplement accompagner de manière éclairée et maîtrisée l'évolution du groupe.

Comment diriger ou « faire avec » un groupe aux motivations variées ? La carte des partenaires de Fauvet (schéma ci-dessous) étudie la place des acteurs persuadés ou opposés, volontaires ou non à un objectif défini. La stratégie des acteurs vise à « *neutraliser ou contourner leurs résistances, puis de trouver des points d'appui auprès des acteurs influents et moteurs* »³².

³² Bériot D, *L'approche systémique, Elaborer une stratégie*, In *Manager par l'approche systémique*, Paris, Edition Eyrolles, 2014, p128



La Carte des partenaires de Fauvet³³

Avec ce schéma nous pouvons distinguer à gauche de la ligne rouge les alliés au projet, à droite les opposants. Les flèches vertes symbolisent l'évolution espérée de l'adhésion des opposants vers les alliés, grâce à la stratégie managériale (espace de mouvement situé de la ligne rouge pleine à celle pointillée). Ainsi la stratégie du manager consisterait à :

- utiliser le dynamisme des « engagés »
- valoriser et autonomiser le « triangle d'or » (ou « constructifs »), ils ont l'avantage sur les engagés d'avoir un esprit critique, ils sont moteurs du projet.
- accompagner les « passifs » en leur donnant des objectifs facilement atteignables et mesurables
- négocier le soutien et l'implication des « hésitants »
- rassurer et écouter les « déchirés »
- écouter et prendre en compte les arguments des « opposants » qui peuvent percevoir les limites et risques du projet et leur présenter en revanche ses bénéfices.
- ne pas faire grand-chose avec les « révoltés » ... ils sont par nature « contre ». Il convient en revanche de veiller à la limitation de leur impact « négatif » sur le groupe.

L'innovation est donc le processus qui mènera l'idée à son terme ? Ce processus est complexe parce qu'il mêle l'utilisation d'outils de gestion de projet et des individus et personnalités et qu'il vise à faire travailler ensemble vers un objectif commun ambitieux.

³³ Tuytten A, La conduite de projets : apports théoriques, démarche et outils, Cours dispensé à l'ESM le 08/11/2016, p52

2.2 LES NOUVEAUX METIERS : intermédiaires entre l’infirmière et le médecin, freines par la complexité législative et de l’ingénierie de formation

Les « nouveaux métiers » se situent à l’intermédiaire du métier infirmier et de celui de médecin. Leurs reconnaissance et mise en place sont longues mais en marche. Je présenterai dans un premier temps les légitimités et obstacles qu’ils rencontrent puis je détaillerai la recherche en soins infirmiers, les pratiques avancées et les protocoles de coopération (avec un état des lieux précis : enjeux et risques opposés, définition et modalités de mise en place, évaluation 2014 de l’HAS).

2.2.1 Légitimité et obstacles

Les métiers paramédicaux intermédiaires sont mis en place dans plusieurs pays, comme démontré dans le rapport Berland présenté en première partie de ce mémoire, au regard des évolutions démographiques et sanitaires des pays. Les progrès médicaux et l’augmentation de l’espérance de vie en France, engendrent le développement des maladies liées au vieillissement et la chronicisation des pathologies (cancer, maladie mentale, dépendance) ainsi que la complexification du parcours de soins imposant un continuum entre l’ambulatorio (médecine de ville) et l’hôpital. Ce nouveau paysage sanitaire se heurte à la nécessité d’un parcours coordonné et gradué de prise en charge dans un pays où l’accès aux soins est inégalement réparti, où le médecin a le « monopole médical »³⁴, où le temps médical disponible se réduit et où la régulation des dépenses de santé est un souci majeur des pouvoirs publics. Développer les coopérations médicales et paramédicales permettrait d’allier les compétences spécifiques et complémentaires de chacun dans un système organisé de manière efficace. Ces nouveaux métiers sont assujettis à une valeur ajoutée certaine et à leur intégration efficace et harmonieuse dans le système de santé (gage d’acceptation par la population et par la communauté médicale) et s’appuient sur l’expertise des auxiliaires médicaux qui devront comprendre, évaluer et répondre à des situations complexes.

Le rapport Hénart, relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire (2011), a pour mission de présenter cette évolution sous forme de processus afin de répondre à l’exigence de ces nouveaux métiers : ils ne doivent pas complexifier le système de santé, ni multiplier plus que nécessaire les intervenants auprès du patient et doivent s’inscrire dans une complémentarité des métiers de la santé et non dans leur concurrence. Par conséquent, le processus des nouveaux métiers doit s’inscrire dans :

- Une démarche métier : compétences métiers en regard des besoins identifiés de la population

³⁴ Dans le Code de Santé Publique, seul de médecin a le droit de diagnostic et de prescription. Les axillaires paramédicaux agissent par dérogation médicale (sur prescription) au travers de leur décret d’actes.

- La confortation et le développement de métiers socles : analyse globale de l'ensemble des métiers de la santé, évolution de leurs contours actuels.
- La délimitation des champs d'exercice : premier recours, maladies chroniques, cancer et vieillissement avec l'intervention d'un médecin en seconde intention.
- La valorisation des parcours professionnels : attractivité et fidélisation des professionnels, valorisation par l'acquisition de compétences élargies et de qualification supérieure.
- Un programme national
- Un cadrage précis : évaluation des pratiques, régulation du parcours de soins, définition des responsabilités
- Une démarche pragmatique et participative : acceptation des différents acteurs, contraintes financières
- Une formation universitaire validée par le Ministère de la Santé

La mise en place de ces métiers de niveau intermédiaires se confronte à la complexité de l'ingénierie des **formations**. *« Les incidences (...) sont fortes sur les ressources humaines en santé. Dès lors que les tâches sont réparties autrement, les contours des métiers sont appelés à être confirmés ou à évoluer, des métiers nouveaux, notamment à l'interface des métiers médicaux et paramédicaux, vont apparaître à partir de compétences élargies et les formations et qualifications doivent être revisitées »*³⁵. La formation est essentielle et garante de la réussite et de la qualité de l'offre de soins. En France, les Diplômes d'Etat sont régis par le Ministère de la Santé. Sous l'influence des accords de Bologne, la formation infirmière entre en 2009 dans le cursus LMD, sous l'égide du Ministère de l'Enseignement supérieur. Les professionnels infirmiers sont donc récipiendaires de Licence et peuvent accéder aux Masters et Doctorat. Néanmoins, le contenu des formations universitaires sont sous la seule responsabilité des universités (autonomie pédagogique). Les formations proposées sont diversifiées voir inégales en fonction des universités. Hors, les professions de santé sont réglementées et nécessite un cadrage national. La difficulté de cohabitation entre ces deux Ministères et l'impact culturel du passage des diplômes de santé en LMD entraînent une réingénierie des diplômes relativement lente³⁶.

L'émergence des nouveaux métiers paramédicaux est un bouleversement **culturel** du système de santé. Entre incertitude, méfiance et espoirs, les positions oscillent entre deux réalités : *« incitation à la collaboration entre intervenants de la santé d'horizons différents pour améliorer les soins ? (...) »*

³⁵ Henart L, Berland Y, Cadet D, Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire, Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer, Janvier 2011, [consulté le 16*01*2017 à 19h59], disponible : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_relatif_aux_metiers_en_sante_de_niveau_intermediaire_-_Professionnels_d_aujourd_hui_et_nouveaux_metiers_-_des_pistes_pour_avancer.pdf, p6

³⁶ Nous pouvons citer en exemple le Diplôme de cadre de Santé (Ministère de la Santé) qui s'ajoute ou se cumule avec un Master 1 de Management des organisations soignantes en fonction des IFCS et des Universités.

volonté de déléguer les soins à des professionnels moins rémunérés ? »³⁷. Passer du « monopole médical » aux partages d'expertises des différents partenaires de santé au service du patient, impose un changement culturel important.

2.2.2 La recherche en soins infirmiers, un exercice porteur de sens et de professionnalisation

Depuis l'Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au Diplôme d'Etat d'Infirmier, la vieille professionnelle et la recherche font partie intégrante du référentiel d'activité de la profession infirmière. De la recherche au doctorat jusqu'au métier de chercheur, cette nouvelle voie ouvre quelques perspectives de reconnaissances et de professionnalisation. La recherche en Soins Infirmiers est en plein essor mais selon C. Debout³⁸, l'intérêt qu'on lui porte est contrasté entre ceux qui y voit un moyen de réduire les incertitudes dans les décisions cliniques (la recherche dispense des savoirs), ceux qui y voit une pratique élitiste coupée de l'activité du soin et ceux qui y espère une valorisation de la profession. Cependant « *développer la recherche en soins infirmier est un impératif moral* »³⁹ dans le sens où la profession se doit de garantir au patient des soins pertinents et de qualité. En effet, la recherche permet d'assoir les « habitudes » de soins dans leur validité en les comparant à d'autres, et offre un chemin pour l'innovation. Elles passent les données subjectives (expériences, tradition), à un savoir scientifique objectivé. L'Evidence Based Nursing (EBN) en est un bon exemple. Issue des pays anglo-saxons et modèle occupant déjà une place importante dans la communauté médicale (par l'Evidence Based Practice), l'EBN fonde les pratiques de soins sur les preuves (sur des bases scientifiques). Elle est « *l'utilisation consciente, explicite et judicieuse des meilleures données actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisée du patient* ». ⁴⁰ Elle vise à offrir une prise en soins équitable et de qualité (même prise en charge dans n'importe quel établissement). Elle permet à travers l'étude et l'analyse des sources scientifiques d'une part, et à travers l'expérience et l'expertise du professionnel d'autre part, d'étayer, d'orienter et de répondre à une question / problème de prise en soins.

La loi HPST instaure les Programmes Hospitalier de Recherche Infirmière et paramédicale (PHRIP), programmes de financement des projets de recherche, dont l'obtention est règlementée par la

³⁷ Ninane F, Daepfen JB, Bugnon O, Soins intégrés : comment accompagner un changement de culture ?, Revue Médicale Suisse, 1^{er} décembre 2010, disponible http://www.anfiide-gic-repasi.com/wp-content/uploads/2014/07/Soins-int%C3%A9gr%C3%A9s-comment-accompagner-un-changement-de-culture-suisse-RMS_273_2302.pdf

³⁸ Debout C, Eymard C, Rothan-Tondeur M, Une formation doctorale dans la filière infirmière : plus-value et orientation dans le contexte français, Revue Recherches en soins infirmiers, Janvier 2010 n°100

³⁹ Idib, p141

⁴⁰ Centre Cochrane Français, Introduction à l'Evidence-based nursing, [consulté le 16 octobre 2016], disponible : <http://tutoriel.fr.cochrane.org/fr/introduction-%C3%A0-levidence-based-nursing>

circulaire du 28 septembre 2009⁴¹. Les PHRIP, complétant les programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC) et les programmes de recherche en qualité hospitalière (PREQHOS), ont pour objectifs de :

- Fournir des connaissances fondées sur des bases scientifiques pour contribuer à l'amélioration continue des soins dispensés par les auxiliaires médicaux
- Valider ou comparer entre eux des actes innovants ou des stratégies de soins mis en œuvre par les auxiliaires médicaux.
- Favoriser le développement d'un potentiel de recherche en France dans le domaine des soins paramédicaux et promouvoir l'excellence des activités de recherche dans ce domaine.

Entre 2010 et 2014, 52% des projets PHRIP concernent l'évaluation de la qualité des soins, 41% la prévention tertiaire, 20% l'organisation des soins.⁴²

Pour conclure sur la recherche en soins infirmiers, je citerai M. Formarier, rédactrice de la revue Recherche en Soins Infirmiers qui dit : « *Il est impossible de résumer toute l'énergie, la compétence, l'ingéniosité, la volonté d'aller de l'avant qui transparaît dans les écrits et qui témoignent, s'il en était besoin, de l'extraordinaire vitalité de la profession infirmière. Comparé à d'autres disciplines, sur l'échelle du temps, c'est une discipline récente qui certes, a besoin de s'affirmer, mais qui a un énorme potentiel. Il y a fort à parier que dans les décennies à venir, les erreurs de jeunesse passées, la profession infirmière, appuyée sur une discipline forte et aboutie, s'imposera comme un partenaire incontournable dans le paysage de la santé.* »⁴³

2.2.3 Les pratiques avancées, un exercice en construction

« *L'infirmière qui exerce en pratique avancée est une infirmière diplômée qui a acquis des connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de sa profession. Les caractéristiques de cette pratique avancée sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera autorisée à exercer* »⁴⁴.

⁴¹ Circulaire N°DHOS/MOPRC/RH1/2009/299 du 28 septembre 2009 relative au programme hospitalier de recherche infirmière pour 2010, disponible : http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2009/09-10/ste_20090010_0100_0074.pdf

⁴² Louisa Stuve de la DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS DGOS-PHRIP, Quels soignants pour demain ? Une interdisciplinarité à repenser, CHU d'Angers, 2^{ème} journées francophones de la recherche en soins, le 10 avril 2015, Angers, [consulté le 11 novembre 2016 à 16h18], disponible sur : <https://www.chu-angers.fr/recherche-et-innovation-en-sante/recherche-clinique/recherche-en-soins/journees-francophones-de-recherche-en-soin/2e-journees-francophones-de-recherche-en-soins-56025.kjsp?RH=1435660932120>

⁴³ Formarier M, Réflexions sur la recherche en soins infirmiers aujourd'hui, Recherche en soins infirmiers, 1/2010 (N° 100), p. 111-114.

⁴⁴ Henart L, Berland Y, Cadet D, Définition de Conseil International des infirmières In Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire, Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer, Janvier 2011, [consulté le 16*01*2017 à 19h59], disponible : <http://social->

Les résultats du rapport de l'OCDE 2010, utilisés dans le rapport Hénart de 2011, présente le rôle et les compétences des infirmières de consultation dans différents pays. Ces rôles et compétences sont différentes d'un pays à l'autre distribuant ainsi les possibilités de consultation / de diagnostic / d'évaluation clinique et de prescription d'examen ou de médicament en consultations de premiers recours, de prise en charge de maladies chroniques ou de promotion de la santé. Ainsi, au Royaume-Uni, les pratiques avancées sont « *la pierre angulaire de la réforme du national Health service* »⁴⁵ et les consultations infirmières sont des consultations de premier recours, d'orientation dans le système de soins, de suivi des maladies chroniques et de promotion de la santé. En Australie, de grandes inégalités de territoires (zones rurales reculées et isolées) imposent un rôle très avancé de l'infirmière qui a en charge l'évaluation, le diagnostic, le traitement et le suivi des pathologies. Cela montre bien que l'organisation des pratiques avancées (champs disciplinaires, compétences exigées, formation spécifique et responsabilités identifiées) se contextualise dans les particularités des territoires.

En France, les pratiques avancées (PA), sont annoncées dans différents Plans nationaux comme le Plan Cancer ou le Plan Maladies neuro-dégénératives. En effet, le Plan Cancer 2014-2019 s'engage à faire évoluer les formations et les métiers de la cancérologie en créant le métier d'infirmière clinicienne. En coopérant avec l'ensemble des acteurs de santé du patient (médecin traitant, équipe hospitalière), l'infirmière clinicienne permettra « *d'assurer le suivi des patients, de reconduire certaines prescriptions protocolisées, d'adapter les soins de support ou encore d'assurer la coordination de parcours de soins complexes* »⁴⁶.

Les PA sont légiférées par la Loi du 26 janvier 2016, loi de modernisation de notre système de santé, Titre III : « *Innover pour garantir la pérennité de notre système de santé* », Chapitre II : « *Innover pour préparer les métiers de demain* », Article 119 : « *Exercice en pratiques avancées* », « Art. L. 4301-1. - I. *Les auxiliaires médicaux relevant des titres Ier à VII du présent livre peuvent exercer en pratique avancée au sein d'une équipe de soins primaires coordonnée par le médecin traitant ou au sein d'une équipe de soins en établissements de santé ou en établissements médico-sociaux coordonnée par un médecin ou, enfin, en assistance d'un médecin spécialiste, hors soins primaires, en pratique ambulatoire.* »⁴⁷. Nous sommes en attente du décret d'application de cette loi qui doit définir le référentiel d'activités (domaines d'activités, les types d'acte), les compétences et formation requises (expérience et diplômes) ainsi que le positionnement hiérarchique de ces infirmières « avancées ».

[sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_relatif_aux_metiers_en_sante_de_niveau_intermediaire - Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux metiers - des pistes pour avancer.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_relatif_aux_metiers_en_sante_de_niveau_intermediaire_-_Professionnels_d_aujourd'hui_et_nouveaux_metiers_-_des_pistes_pour_avancer.pdf), p41

⁴⁵ Idib, p39

⁴⁶ Plan Cancer 2014-2019, Synthèse, février 2014, p7

⁴⁷ Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, [consulté le 12/02/2017 à 10h29], disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/1/26/AFSX1418355L/jo#JORFARTI000031913702>

Les activités concernées seraient les suivantes : orientation, éducation, prévention et dépistage, évaluation clinique, diagnostic, actes techniques, surveillance clinique et para clinique, prescription de produits de santé non soumis à prescription médicale obligatoire, prescriptions d'examen complémentaires et renouvellement ou adaptation de prescriptions médicales.

Le niveau de formation requis pour exercer en PA est le Master 2. Le programme de ce Master devrait être validé par le Ministère de la Santé. L'Université d'Aix-Marseille⁴⁸ propose déjà un Master de Sciences cliniques infirmières, co-habilité par l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique. Il propose 3 spécialités : coordination de parcours complexes de soins, pratiques avancées en oncologie ou pratiques avancées en gériatrie et vise le développement des compétences cliniques, de leadership, de formation et de recherche des infirmières possédant déjà une solide expérience professionnelle (5 ans exigés) et ayant déjà suivi des formations complémentaires (Diplôme Universitaire).

Une des limites de cette évolution dans la reconnaissance du travail et des compétences infirmières sont que les Pratiques Avancées sont intuitu personae. Elles ne concerneront que peu d'infirmières (3 à 4%⁴⁹) en regard du niveau d'expertise et de connaissances requises, nécessaires à la qualité et sécurité des prises en charge. De plus, certains jugent cette volonté comme une « *opportunité politique permettant un vernis de reconnaissance sans valorisation salariale* »⁵⁰.

2.2.4 Les protocoles de coopération, un exercice en marche

Les protocoles de coopération entre professionnels de santé sont autorisés par la Loi HPST du 21 juillet 2009 qui « *permet la mise en place, à titre dérogatoire et à l'initiative des professionnels sur le terrain, de transferts d'actes ou d'activités de soins et de réorganisations des modes d'intervention auprès des patients* »⁵¹. La promulgation de cette loi fait suite à de nombreux travaux de recherche, notamment le rapport Berland étudié au premier chapitre de ce mémoire, mais aussi aux études sur les enjeux économiques et juridiques de ces coopérations.

2.2.4.1 Enjeux et risques opposés

Comme vu précédemment, l'enjeu des protocoles de coopération (PC) est d'améliorer l'efficacité des prises en charge en regard des complexités sanitaires et démographiques de santé publique.

⁴⁸ Aix-Marseille Université, Master Sciences cliniques infirmières, [consulté le 20/11/2016 à 23h39], disponible : <http://formations.univ-amu.fr/ME5ACI.html>

⁴⁹ Letourneaux D, Innover pour préparer les métiers de demain In Politique de Santé, Cours reçu dans le cadre du Master p191 Management des Organisation de Santé, UPEC, le 10/01/2017, p190-200

⁵⁰ Idib, p190-200

⁵¹ HAS - Protocole de coopération entre professionnels de santé, [consulté le 02/10/2016 à 16h05], disponible : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1240280/fr/protocole-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante

D'un point de vue économique, selon le rapport de Elbaum M. (2007), les protocoles de coopération auront peu d'impact, tout du moins à court terme. Cependant, deux situations sont distinguées :

- Les protocoles de coopération intra-hospitalier où l'infirmière et le médecin sont tous les deux salariés de la structure : il y aura dans ce cas des « *conséquences sans doute très limitées en matière de coûts et de tarifs* »⁵². Mais cela engendrera un gain de productivité et d'efficacité par la diversification d'activités. L'impact minime des protocoles sur l'économie s'explique, de plus, par le fait que les outils de tarification ne permettent pas toujours d'observer et de tenir compte des coopérations entre professionnels. Cependant, une valorisation salariale pourrait voir le jour en vue des nouvelles acquisitions intermédiaires liées au développement de compétences des délégations de tâches.
- Les protocoles en exercice libéral où il existe une concurrence dans la réalisation des soins puisque le professionnel (médical ou paramédical) est payé à l'acte. Il est donc nécessaire d'étudier le modèle économique de cette activité notamment en adaptant les tarifs et en finançant les coopérations.⁵³

D'un point de vue juridique, les contraintes auxquelles sont soumis les professionnels de santé imposent la reconnaissance de la délégation d'acte et la création des nouveaux métiers par la loi. Le Rapport Evin (2007), expose ces contraintes, qui sont de trois ordres :

- Celles relatives à la protection de l'intégrité des personnes relevant du droit civil et du droit pénal. Seule la loi peut permettre à un professionnel d'intervenir sur le corps humain.
- Celles relatives à l'organisation actuelle de la répartition des tâches entre les professionnels de santé, problématique déjà abordée dans les chapitres précédents. La répartition des tâches est effectuée autour de la qualification (du diplôme) et non autour de la compétence. Le médecin a le monopole des actes définis par l'« *Arrêté du 6 janvier 1962, fixant la liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant être pratiqués également par des auxiliaires médicaux* »⁵⁴ sur prescription médicale et parfois sous condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment. Cette règle impose un cadrage médical précis des protocoles de coopération.
- Celles relatives aux conséquences de l'organisation du système de soins sur les autres droits comme celui de la sécurité sociale (contraintes économiques), du droit fiscal et social (quelle

52 Elbaum M, Enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé », décembre 2007, [consulté le 18/02/2017 à 15h17], disponible : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/pratiques_actuelles_de_cooperation.pdf, p1 à 30

53 Aujourd'hui, seulement deux protocoles de coopération en exercice libéral sont financés, il s'agit des protocoles ASALEE (présenté au cours du chapitre) et de réalisation du bilan visuel par l'orthoptiste en lieu et place de l'ophtalmologue.

54 Evin C, Les contraintes In Les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé : les aspects juridiques, 2007, [consulté le 18/02/2017 à 15h55], disponible : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/cooperation_pros_rapport_aspects_juridiques.pdf, p21

rémunération pour les adhérents aux protocoles de coopération en regard du droit du travail ?) et des responsabilités et assurances (assurabilité des protocoles de coopérations ?).

Ces différents enjeux sont repris, par Devers G (2011), avocat et ancien infirmier, décrivant et alertant sur les protocoles de coopération comme étant un exercice illégal de la médecine, recherchant économies et pansant la rareté médicale. Il écrit entre autre que « *Toute loi peut créer des dérogations à une autre loi, mais il est impossible d'admettre que ces dérogations en viennent en pratique à dénaturer la loi, notamment par un régime trop souple, voire incontrôlable des dérogations* »⁵⁵. Il s'inquiète que le déploiement de ces protocoles soit à « *l'initiative des professionnels sur le terrain* » et qu'ils seraient donc accessibles à tous à la simple condition de le vouloir. Il prétend que le « *transfert d'activités de soins (...) [est] présenté contre toute vraisemblance comme une donnée banale* »⁵⁶. Il prédit que ce procédé va affaiblir la qualité des soins car il ne reposerait que sur la reconnaissance d'expériences et de connaissances des délégués et non sur des compétences. Il appose que le consentement du patient pour l'inclusion dans le protocole n'est pas nécessaire puisque seule l'est son information. Enfin, il affirme que « *Si l'ARS juge que le besoin de santé est effectif et que la HAS, par des procédés qui lui son propre, valide ce projet, le transfert devient effectif et peut être pratiqué par toute personne qui déclare s'inscrire dans ce protocole* »⁵⁷ or, « s'inscrire » dans ces protocole n'est pas si simple.

J'espère, dans les deux chapitres suivants, par l'explication du processus des protocoles de coopération (de l'identification d'un besoin en santé à la mise en place effective du protocole) et par la présentation du bilan de l'HAS à 5 ans d'existence de ces protocoles, rassurer quant à la sécurité et fiabilité de ces nouveaux procédés.

2.2.4.2 Définition et modalités de mise en place

La loi encadre strictement ce processus et la mise en place de tel protocole répond au respect de plusieurs étapes : la rédaction du protocole, son autorisation par l'ARS et la demande d'adhésion au protocole.

La rédaction du protocole

A l'initiation d'un protocole de coopération, il y a une analyse des besoins en soins des patients. C'est une réflexion d'équipe sur le partage de l'activité en question et la mise en place d'une nouvelle organisation permettant de répondre au besoin identifié. La rédaction du protocole doit détailler les

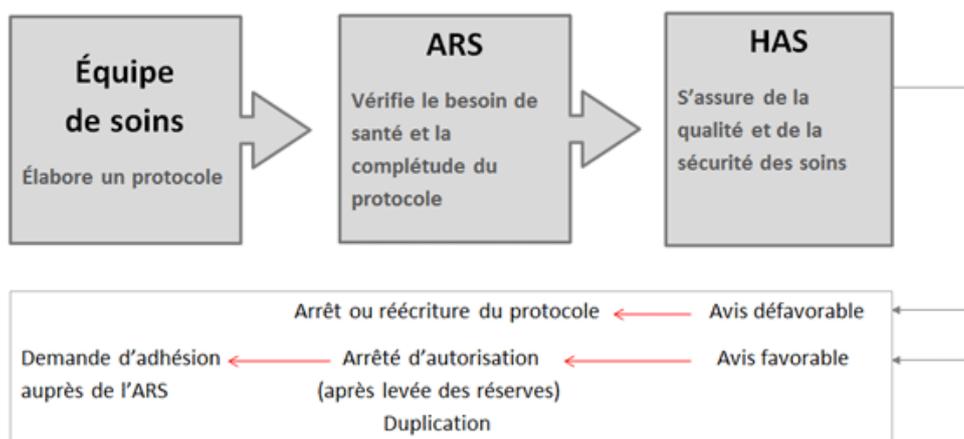
⁵⁵ Devers G, Les nouvelles coopérations entre professionnels de santé et l'exercice illégal des professions de santé, Droit Déontologie & Soins, 2011, Elsevier Masson, [consulté le 16/02/2017 à 21h10], disponible : http://ac.els-cdn.com.ezproxy.u-pec.fr/S1629658311000987/1-s2.0-S1629658311000987-main.pdf?_tid=82221c48-f483-11e6-88d7-00000aacb35f&acdnat=1487275814_4073472a272e7ddf8a74db99c8f4244f, p3

⁵⁶ Idib, p4

⁵⁷ Idib, p11

limites précises de la délégation (selon le cahier de charge de la HAS). Doivent être définis l'acte délégué, les critères d'inclusion et d'exclusion des patients, les professionnels concernés (délégant(s) et délégué(s)), les résultats attendus et les outils de traçabilité, les compétences et la formation nécessaire aux délégués pour pouvoir effectuer l'acte en autonomie, le parcours du patient (information, recueil du consentement, recours en cas de refus), les risques identifiés et leur traçabilité, les indicateurs de suivi permettant d'évaluer l'activité et le modèle économique (notamment pour l'activité libérale). Le protocole, une fois rédigé, est envoyé pour validation à l'ARS.

La validation et autorisation par l'ARS



58

L'ARS valide la pertinence du protocole et sa validité juridique (réponse à un besoin et complétude du dossier) puis envoie à l'HAS qui, elle, valide l'exhaustivité du dossier en regard du cahier des charges et s'assure de la qualité et de la sécurité des soins envisagés. Le collège des financeurs, depuis 2004, émet un avis sur le modèle économique proposé par les professionnels au sien du protocole (pour les protocoles en exercice libéral). Lorsque l'HAS rend un avis favorable, l'ARS autorise le protocole par un Arrêté qui est publié au registre des actes administratifs et publié dans COOP-PS⁵⁹. Une fois autorisé, le protocole n'est pas pour autant applicable par les professionnels. Une demande d'adhésion au protocole est obligatoire.

La demande d'adhésion à un protocole

Une équipe identifiant un besoin de santé ou organisationnel pour lequel un protocole de coopération est autorisé, peut demander d'adhérer à ce protocole. Pour cela, l'équipe doit impérativement se soumettre à la formation définie par ce protocole. L'adhésion à un protocole est une :

⁵⁸ HAS, Professionnels et transferts d'activité – Bilan sur les protocoles de coopération, 3 Mars 2016, [consulté le 14/02/2017 à 18h33], disponible : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2612173/fr/professionnels-et-transferts-d-activite-bilan-sur-les-protocoles-de-cooperation

⁵⁹ Interface internet répertoriant l'ensemble des protocoles de coopération en cours ou en attente de validation et permettant l'envoi des dossiers de demande de validation, disponible : <https://coopps.ars.sante.fr/coopps/init/index.jsp>

- *Démarche nominative* : chaque professionnel (délégant et délégué) s'implique nominativement et justifie de son identité, de ses compétences et de son engagement.
- *Démarche collective* : c'est un engagement réciproque et mutuel des délégants et délégués.
- *Démarche dématérialisée* via l'Application Coop-PS.
- *Démarche suivie dans le temps* : l'équipe s'engage à déclarer les événements indésirables et à transmettre annuellement à l'HAS les indicateurs qualitatifs et quantitatifs de l'activité.

Les actes délégués ne le sont qu'entre les professionnels délégués et les délégants désignés ayant demandé individuellement et mutuellement leur adhésion au protocole. De plus les délégués répondent d'une formation spécifique, en lien avec l'objet du protocole.

Au terme de la première année de mise en place, l'équipe de soins doit fournir à l'ARS la mesure des indicateurs (tels qu'arrêtés dans le protocole). Ils se doivent également de signaler au Directeur Général de l'ARS les difficultés d'application rencontrées au cours de l'exercice. L'ARS et/ou l'HAS peuvent interrompre un protocole au regard des informations transmises et/ou décider d'étendre le protocole à d'autres régions.

Les garanties juridiques et techniques sont donc posées par la loi HPST et ses textes d'application (validation du protocole par l'HAS, circonscription précise de la tâche déléguée et du champ d'intervention, traçabilité exigée, information du patient obligatoire).

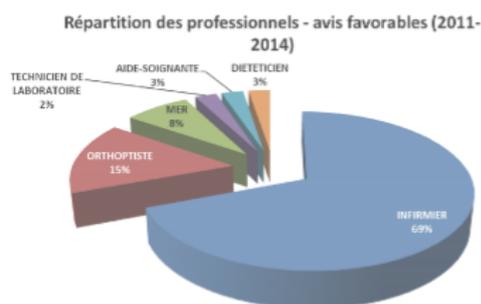
2.2.4.3 Evaluation 2014 par l'HAS : état des lieux, contraintes et valeurs ajoutées

Etat des lieux

En 5 ans (de 2011 à fin 2014) : 21 ARS sur 26 ont transmis 106 protocoles à la HAS pour avis ⁶⁰:

- 38 avis favorables ont été prononcés
- 25 protocoles différents sont mis en œuvre (soit 2/3 des protocoles autorisés) par 1 190 professionnels (430 délégués et 760 délégants) dans 22 régions, soit 76 mises en œuvre au total.

⁶⁰ HAS, Professionnels et transferts d'activité – Bilan sur les protocoles de coopération, 3 Mars 2016, [consulté le 14/02/2017 à 18h33], disponible : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2612173/fr/professionnels-et-transferts-d-activite-bilan-sur-les-protocoles-de-cooperation



	Type de prise en charge (au 31/12/2014)		
	Activité hospitalière	Activité ambulatoire hospitalière ou en centre de santé (à type de consultation)	Médecine de ville
Sur les 81 ¹ dossiers traités ou en instruction	46	12	23
Sur les 38 avis favorables	22	14	2

61

Plus de la moitié des protocoles concernent la prise en charge hospitalière et 70% le métier infirmier. Les risques inhérents à la pratique déléguée sont maîtrisés.

L'évaluation présentée par l'HAS porte sur 13 protocoles. 5 d'entre eux ont démontré leur intérêt par leur déploiement dans plus de 2 régions. Ces protocoles ont 3 thématiques principales : la prise en charge des pathologies chroniques (protocole Asalee pour le suivi par une infirmière au sein d'une équipe de santé libérale du diabète de type 2, de la broncho-pneumopathie chronique obstructive, des troubles cognitifs et des risques cardiovasculaire), l'échographie (entre médecin et manipulateur radio et entre un médecin et infirmière pour l'échocardiographie), et l'ophtalmologie (prescription d'orthoptie par l'orthoptiste et prélèvement de cornée par une IDE). Leurs points forts sont :

- Qu'ils répondent à un besoin réel de santé, non lié au territoire : pour les patients (prévalence de la pathologie ou de l'acte, accès aux soins) et/ou pour les professionnels (reconnaissance, baisse de la démographie médicale)
- Qu'ils bénéficient d'une promotion et/ou d'une coordination mutualisée
- Que leurs conditions de mise en œuvre sont reproductibles : formation des déléguées homogène, file active de patients conséquents, organisation de prise en charge et système d'information informatisé et partagé.

Limites et contraintes

Le bilan de l'HAS attire l'attention sur 5 points sensibles : le manque de suivi par les équipes, la dépendance aux ressources humaines, la formation dépendante des équipes, la lourdeur de la procédure et enfin le manque de financement pour l'exercice libéral.

⁶¹ HAS, Les protocoles de coopération art 51, Bilan du dispositif, Evaluation 2014, Novembre 2015, [consulté le 14/02/2017 à 18h31], disponible : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-01/rapport_d-activite_article_51_2014_post-college_vf.pdf, p7

13 des 25 protocoles mis en œuvre ont donc fait l'objet d'évaluation fin 2014. Les retours d'évaluation après 1 an de mise en place ne sont pas tous effectifs et des difficultés dans les modalités d'évaluation existent : les retours sont hétérogènes, les données qualitatives sont manquantes quand elles doivent absolument compléter les données quantitatives. Les conditions d'exercice doivent aussi être réfléchies, notamment sur le nombre de personne composant l'équipe et nombre d'actes minimum à réaliser (gage de performance et de qualité du système). Je pense qu'il est primordial d'avoir un outil informatique partagé de recueil et de suivi des actes pour faciliter l'analyse et la critique du protocole. Cet outil doit être renseigné au quotidien par les IDE mais construit en amont par le cadre de proximité ou responsable du projet qui doit aussi veiller à sa tenue.

Les protocoles sont arrêtés ou ralentis par des problèmes de ressources humaines : démission, retraite, changement de service. D'autre part il est précisé dans le rapport de l'HAS que le ciblage des délégués est *intuitu personae* : l'expertise infirmière repose sur des avis médicaux, le conseil national de l'ordre infirmier n'ayant pas donné de prérogative. Je pense, en exercice intra-hospitalier, que le ciblage des infirmières déléguées ne repose pas sur le seul avis médical mais qu'il est bien du rôle du cadre de santé de proposer, en regard des compétences évaluées, les infirmières répondant aux exigences de ces mesures.

Un point d'attention est porté vis-à-vis de la formation reçue par les délégués. Elle n'est effectivement pas conçue par les professionnels de la formation et des disparités entre protocoles existent.

Surtout, la lourdeur de la procédure est incriminée (bien qu'elle me paraisse gage de sécurité et de qualité) et justifierait que certains protocoles aient un faible nombre d'adhérent et une extension inexistante. Si d'autres protocoles ont servis à légaliser des pratiques existantes, la complexité de procédures expliquerait que des équipes réalisent des actes dérogatoires autorisés sans adhérer officiellement aux protocoles.

Enfin, l'absence quasi complète de financement des protocoles de coopération est un frein évident à leur déploiement en ambulatoire.

En ce qui concerne les protocoles intégrant la profession infirmière, les demandes correspondent en majorité à des évolutions de techniques de prise en charge qui ne sont pas prévues aux décrets d'actes. Cela laisse penser que l'évolution de ces décrets permettrait certaines pratiques sans passer par l'art 51. Et, pour ce qui concerne les activités de consultations (suivi de pathologies chroniques par exemple), l'HAS rappelle l'attente des pratiques avancées.

Valeurs ajoutées et intérêts

Bien que les limites des protocoles soient existantes, des actions sont envisageables et les protocoles de coopération (PC) paraissent être à la base des mutations professionnelles.

Ce dispositif permet de :

- légaliser d'anciennes pratiques
- structurer la coordination interprofessionnelle et proposer de nouveaux modes d'exercices notamment pour les maladies chroniques
- intégrer l'évolution de nouvelles techniques non prévues aux décrets d'actes
- guider l'évolution des structures en décloisonnant l'exercice professionnel (hiérarchique et corporatiste) en faisant travailler « ensemble » de façon pérenne, structurelle, contrôlée et sécurisée.

Ces protocoles ont une raison d'être mais nécessite un accompagnement des équipes tant dans la réalisation du processus de création ou d'adhésion que dans le suivi de l'activité ou dans leur promotion. C'est en ce sens que, par exemple, le Projet de soins 2015-2019 de l'AP-HP propose comme objectif de « *travailler sur les métiers soignants sensibles en accompagnant l'évolution de leurs savoir-faire et de leurs périmètres d'activité au regard des nouveaux enjeux de l'AP-HP et favoriser le développement des coopérations entre professionnels de santé* »⁶². Par l'insufflation d'une dynamique de coopération, par le soutien des équipes volontaires et l'encouragement aux adhésions aux protocoles nationaux privilégiant les thématiques de cancers, de gérontologie et d'ambulatoire (en regard des attentes des tutelles), l'AP-HP souhaite promouvoir la mise en œuvre des protocoles de coopération et valoriser la profession infirmière dans la perspective de l'émergence des pratiques avancées, des nouveaux métiers et des nouveaux modes de prise en charge. Ces protocoles « *contribuent désormais à l'évolution des pratiques professionnelles paramédicales, à la reconnaissance de nouvelles compétences, à la modernisation et l'efficacité des modes de prise en charge en regard des besoins de la population régionale* »⁶³.

L'ensemble de ces nouveaux métiers, recherche, pratiques avancées et protocoles de coopérations, complexes dans leur réalisation, offrent à la profession infirmière reconnaissance et valorisation et s'inscrivent d'une manière nouvelle et complémentaire dans le système de soins.

⁶² Projet d'établissement 2015-2019 AP-HP, Projet de soins, p15

⁶³ Idib, p15

2.3 LA MOTIVATION ET SES MYSTERES : sources et leviers potentiels

La motivation est une donnée complexe et une science incertaine. J'exposerai, pour commencer, les théories de la motivation puis j'aborderai les leviers managériaux dont pourrait user le cadre.

2.3.1 Les sources de la motivation

La motivation est une énigme. C'est elle qui nous pousse à agir lorsque rien ne nous y oblige. Peut-on expliquer que certains individus soient naturellement motivés et d'autres non ? Peut-on reprocher à quelqu'un de manquer de motivation ? Peut-on induire, en tant que cadre, la motivation de nos subordonnés ? La motivation au travail impose de se questionner sur la place du travail dans la vie de l'individu. Entre idéologie et idéalisation du travail pendant les 30 glorieuses, à sa précarisation par l'augmentation du chômage et des contrats à durée déterminée de nos jours, en passant par le désir et la priorisation de l'épanouissement personnel des jeunes générations, la vision et la place qu'on accorde au travail impacte de toute évidence notre motivation à l'exercer. La motivation est néanmoins une préoccupation essentielle des fonctions d'encadrement puisqu'elle sera l'une des clés de la performance et de la réussite de notre équipe.

De nombreuses théories ont tenté d'élucider la complexité de cette notion (pourquoi et comment sommes-nous motiver ?), sans pour autant acquérir l'unanimité ni la démonstration des hypothèses dans les études et expériences menées. Elles sont cependant source d'informations et essentielles pour la compréhension des comportements individuels. C. Lévy-Leboyer, docteur en psychologie, a effectué un travail de recueil et d'explicitation de ces théories dans son ouvrage intitulé *La motivation au travail, modèles et stratégies*. Elle propose ainsi que la motivation est soit une réponse à des besoins insatisfaits, soit résultante de perceptions cognitives, ou de choix rationnels et plus certainement de l'ensemble de ces trois axes. En voici la synthèse.

LA MOTIVATION EN REPONSE A DES BESOINS INSATISFAITS

THEORIE	CONTENU	APPLICATION AU TRAVAIL	LIMITES
<p>Maslow La hiérarchie des besoins</p>	<p>Ensemble de besoins communs à tout être humain, hiérarchisés et motivant tant qu'ils ne sont pas satisfaits : besoins psychologiques (survivance) → besoins de sécurité → besoins sociaux (appartenance) → estime et besoin de se réaliser</p>	<p>Priorité au salaire, à la sécurité de l'emploi avant l'estime et la réalisation de soi ?</p>	<p>*Besoins non universels *Hiérarchie des besoins dispose l'estime de soi comme besoin de luxe, à la portée d'un nombre restreint d'individu. *Besoins satisfaits de manière simultanée et incomplète, renouvelés chaque jour</p>
<p>Murray Les besoins manifestes</p>	<p>Besoins acquis, évolutifs dans le temps : besoin de réussir, d'affiliation, d'autonomie, de pouvoir.</p>	<p>*Besoin de réussir en lien avec les marques d'estime que l'individu reçoit. *Besoin d'affiliation : être accepté dans un groupe, soutien. *Autonomie de l'agent, confiance, responsabilité.</p>	<p>Importance des valeurs et des perceptions de l'individu dans l'interprétation des marques d'estime reçues.</p>
<p>Herzberg Le modèle bi-factoriel</p>	<p>Distinction des besoins universels à tout être vivant (hygiène) et ceux propres à l'Homme. Ces derniers seulement sont sources de motivation.</p>	<p>*Besoins universels : salaire, condition de travail, relations sociales. Provoquent satisfaction. * Besoins spécifiques : intérêt pour le travail, responsabilité, autonomie, défi. Sources de motivation.</p>	<p>Sous-estimation : *des facteurs individuels : l'enrichissement des tâches au travail n'est pas motivant pour tous. * des conditions de travail présentées comme « détails ».</p>
<p>Déci La motivation interne ou externe</p>	<p>Motivation interne : l'individu perçoit le mode de contrôle de son travail comme venant de lui Motivation externe (récompense) : le contrôle du travail est exercé par l'autre (hiérarchie)</p>	<p>*Intérêt au travail *Récompenses du résultat</p>	<p>Ses deux modes de motivation s'annihilent : le passage d'une motivation interne à une motivation externe tend à diminuer la première.</p>
<p>Ronen Typologie des valeurs</p>	<p>Met en co-relation les valeurs et les besoins attendus : Individualisme / Collectivisme et Matérialisme / Non matérialisme</p>	<p>En fonction de ses propres valeurs, l'individu portera plus ou moins d'importance, par exemple, aux avantages matériels (individualiste matérialiste) ou au manque d'estime (Collectivisme / Non matérialiste)</p>	<p>Variable dans le temps et en fonction du contexte personnel.</p>

Les théories proposant comme source de motivation l'insatisfaction de besoins essentiels et leurs limites invitent à penser que le travail serait une manière de satisfaire ces besoins (matériels, sociaux, estime de soi). « *Le travail n'est pas seulement l'occasion d'un échange entre des efforts individuels et des récompenses matérielles (...) il est aussi l'occasion de se réaliser à travers une activité professionnelle dont les dimensions sociales sont importantes* »⁶⁴ (répondant ainsi au besoin d'appartenance). Cependant, chaque personne place ses besoins à des échelles différentes et les priorisent de manière personnelle. Ainsi si la satisfaction des besoins est liée aux conditions de travail et / ou à son contenu, elle est variable selon les individus et dans le temps chez une même personne. De plus, la satisfaction d'un besoin n'est pas forcément source de motivation. Et à l'inverse, la motivation est parfois présente même lorsque la personne n'est pas satisfaite de ces conditions de travail : « *les professions sociales et para-médicales en donnent un bon exemple dans la mesure où une vive insatisfaction concernant à la fois les ressources disponibles et les conditions de carrière et de salaire, observables actuellement, n'empêchent pas d'avoir le sens de sa mission et de l'importance de son rôle social à tel point que saboter son travail est une impossibilité* »⁶⁵.

Si les théories des besoins ne suffisent pas à expliciter les sources de motivation, des études des comportements et des réactions individuelles à l'environnement tentent de les compléter. Nous percevons, chacun de nous, les informations différemment et notre manière de les coder influencent nos comportements. La motivation est donc sujette à deux processus subjectifs : la satisfaction de nos propres besoins et l'influence de notre cognition. Voici la synthèse des théories de la motivation par perception cognitive.

⁶⁴ Maslow dans Lévy-Leboyer C, La motivation au travail, Modèles et stratégies, Editions d'Organisation, Paris, 2006, p16

⁶⁵ Lévy-Leboyer C, La motivation au travail, Modèles et stratégies, Editions d'Organisation, Paris, 2006, p166

LA MOTIVATION RESULTANTE DE PERCEPTION COGNITIVE

THEORIE	CONTENU	APPLICATION AU TRAVAIL	LIMITES
Vroom Valence, Instrumentalité et Expectation	<p>Les choix individuels se feraient selon ces 3 paramètres :</p> <p>*la valence : importance que l'on porte au résultat attendu de l'activité (variable entre les individus et dans le temps)</p> <p>*l'instrumentalité : relation entre la performance (l'atteinte de l'objectif) et son résultat secondaire (la récompense)</p> <p>*l'expectation : valeur qu'on se donne à soi-même, confiance en soi pour atteindre l'objectif donné</p>	<p>*Donner du sens aux objectifs pour augmenter la valence.</p> <p>*Le résultat secondaire positif doit être lié à la performance pour être source de motivation.</p> <p>*créer l'expectation par marque de reconnaissance.</p> <p>*fixer des objectifs atteignables et/ou les attribuer à ceux qui peuvent les atteindre</p>	<p>*la performance ne dépend pas seulement de la motivation mais aussi de la définition claire et précise des objectifs.</p> <p>*les résultats secondaires sont parfois en opposition : plus de responsabilité (vécu positif) mais plus de stress.</p>
Weiner Facteurs d'influence de l'expectation	<p>Comment l'individu attribue le résultat de la tâche à son propre comportement :</p> <p>*lien de causalité : le résultat dépend de ses propres qualités et de l'effort.</p> <p>*stabilité du résultat : possibilité de le reproduire</p> <p>*contrôlabilité : le résultat est soumis au contrôle de l'individu</p>	<p>Agit sur l'affectivité :</p> <p>*si le résultat est médiocre mais que le lien de causalité est faible, l'individu pourra ressentir de la colère</p> <p>*si le résultat est médiocre et que le lien de causalité est fort, l'individu pourra ressentir de la honte</p> <p>*expectation renforcée lorsque résultat performant avec lien de causalité important.</p>	<p>Interprétation personnelle et très individuelle des faits : importance de la personnalité ?</p>
Adams Théorie de l'équité	<p>*Equitabilité entre les inputs de travail (ce qu'il nous demande : compétence, expérience, qualification) et les outputs (salaire, gratification, estime).</p> <p>*Comparaison sociale du rapport input / output :</p> <p>- si inéquitable : l'individu cherchera soit à diminuer ses input soit à faire diminuer les outputs des autres</p> <p>-injustice distributive : déséquilibre entre les inputs et output d'un individu (déclenche réactions individuelles).</p> <p>-injustice procédurale : distribution des outputs non équitable (déclenche réactions collectives).</p>	<p>*pas d'inéquité lorsque tout le monde est dans la même situation</p> <p>*valoriser à la hauteur des inputs tant que possible</p>	<p>*Importance de l'interprétation personnelle.</p> <p>*Classification des inputs / outputs variable selon les individus (exp : participer aux décisions peut être vécue comme charge (input) ou comme gratification (output)).</p>

Ces explications insistent sur le fait qu'il est primordial, pour motiver, d'informer correctement l'individu sur les objectifs à atteindre. Ceux-ci doivent être proportionnels aux compétences et aux possibilités de chacun. Pour cela, le cadre est invité à connaître son personnel et les compétences de chacun afin d'adapter les objectifs au mieux et d'amener son équipe vers la réussite. Le retour sur l'atteinte des objectifs est primordial, il permet l'expectation et la redéfinition, si nécessaire, des objectifs.

Ces deux modèles théoriques (besoins et cognition) explicitent la prise de décision de l'individu. Or, il ne suffit pas de démarrer une action pour réussir, l'atteinte des objectifs étant souvent éloignée dans le temps. La motivation est alors définie comme un processus ayant pour composante la direction (choix ou acceptation de l'objectif), l'intensité (effort consacré à l'atteinte de l'objectif) et la durée (ou persévérance). L'entretien de la motivation serait un choix rationnel.

LA MOTIVATION COMME CHOIX RATIONNEL			
THEORIE	CONTENU	APPLICATION AU TRAVAIL	LIMITES
Le modèle du but	Locke : but comme désir d'atteindre une performance. Un but difficile donne plus de satisfaction (reconnaissance quand il est proposé, performance quand il est atteint).	Préciser le contenu (délai, difficulté, résultat attendu et niveau).	L'objectif doit être accepté
	Lewin : la participation à la décision, au choix du but est motivante car l'individu connaît les raisons du but	Information essentielle sur l'intention du but et son contexte (« vendre l'objectif »). Importance de l'information donnée sur l'avancée de l'atteinte de l'objectif.	Est-il toujours possible de faire participer l'individu aux décisions de service ?
L'auto-régulation	par auto-observation (quel comportement pour quel objectif), auto-évaluation et auto-analyse (satisfaction ou insatisfaction) --> le résultat de cela entraîne persévérance ou renoncement	Importance de la valorisation objective des professionnels.	Auto-évaluation des performances et compétences doit pouvoir faire la part des choses entre les comportements de l'individu et les facteurs environnementaux influençant les résultats. Mise en jeu de la personnalité de l'individu.
Le rôle de la personnalité	La personnalité influence les comportements, détermine le traitement de l'information et agit sur l'auto-régulation	Equilibre à trouver entre les différentes personnalités de façon à ne léser personne.	Difficile à apprécier, préjugés possibles

La motivation est donc un processus complexe mettant en jeu les besoins spécifiques de l'individu, sa façon de percevoir le monde et sa dimension affective. Fort de cela, comment le CDS peut-il, sans recette miracle, favoriser, voir engendrer, la motivation des personnes de son équipe ?

2.3.2 Comment développer la motivation des agents ?

C. Lévy-Leboyer propose trois méthodes de levier de motivation : la récompense, donner du sens au travail et le leadership.

Le premier levier qui vient immédiatement et naïvement à l'esprit est celui de la « récompense » autrement dit, de la prime. Je ne détaillerai pas cet aspect ici car, en tant que CDS, je n'ai pas d'action possible la dessus, la rémunération des professionnels de santé étant soumis à des barèmes et grilles tarifaires relativement peu modulables. D'autres part, « *la notion intuitive qui veut que chacun cherche à obtenir un profit maximum en retour de son travail, donc que les récompenses dites « externes » soient toujours des sources de motivation, s'est heurtée, depuis une vingtaine d'années à une opinion inverse selon laquelle tout intéressement matériel diminue la motivation « interne », autrement dit l'implication qui vient de l'intérêt personnel porté au travail* »⁶⁶.

Le deuxième levier de motivation est de donner du sens au travail de façon à ce qu'il soit lui-même source de motivation. Le ré-humaniser (améliorer les conditions de travail), le sortir de sa routine, enrichir et élargir les tâches, appeler à d'avantages de compétences, mettre en évidence sa valeur, afficher son utilité sociale (donc le rendre digne) sont d'autant de façon de l'enrichir. Cependant, augmenter le niveau de compétences (et être ainsi plus exigeant) et de responsabilité du professionnel peut ne pas être perçu comme valorisant. Certaines personnes peuvent le vivre comme une surcharge de travail supplémentaire (non rétribuée) et d'autres peuvent se satisfaire d'avoir un travail simple et routinier. Il est donc primordial de s'adapter à chacun et de ne pas faire de généralisation (importance des perceptions cognitives de chacun).

Hackman, théoricien, propose 5 caractéristiques du travail sur lesquelles il est possible d'agir. Certaines donnent du sens à l'action, d'autres augmentent la responsabilité individuelle et permettent l'autorégulation (motivation comme choix rationnel) :

- La variété des activités et des compétences mobilisées permet de lutter contre la monotonie.
- L'identité de la tâche ou la possibilité d'identifier les résultats de son travail.
- La signification de la tâche entraîne la valeur sociale du travail accompli en référence à des normes culturelles.

⁶⁶ Lévy-Leboyer C, La motivation au travail, Modèles et stratégies, Editions d'Organisation, Paris, 2006, p141

- L'autonomie et la liberté données notamment dans le choix des procédures et de l'organisation du temps. Accroître l'autonomie permet de stimuler la motivation et la créativité. L'autonomie est soumise au contrôle et implique donc la notion de responsabilité.
- L'information sur le travail effectué (qualité et quantité) doit reconnaître l'effort et positionner l'individu sur le chemin qui reste à parcourir pour atteindre l'objectif.

Dans le monde du soin et de la santé, bercé d'injonction de sécurité et de qualité, il est difficile de laisser place à l'autonomie des équipes soignantes. La tendance est plutôt vers la standardisation des pratiques (recommandation et protocole de soins). Mais la signification du travail à une portée toute symbolique dans la santé. Le professionnel de santé s'identifie à son travail, à ses valeurs, ce qui contribue à l'estime de soi.

Le dernier levier serait le cadre lui-même : existe-t-il un profil de cadre parfait ? Il serait illusoire de le croire. Entre management directif, participatif, persuasif, délégatif ou autre, et qualités relationnelles ou d'organisation, la difficulté du manager est de s'adapter à la situation et au public encadré. Il n'y a donc pas de profil type. Cependant, C Levy-Leboyer distingue deux fonctions motivationnelles du Cadre, le positionnant ainsi en tant que Manager dans une situation « stable » et en tant que Leader dans une situation « en crise ». Voici les spécificités de ces deux modes d'encadrement.

	MANAGER	LEADER
Rôle	définir des objectifs, prévoir les ressources, organiser le travail, contrôler le travail et résoudre les problèmes.	créer le mouvement, faire face à de nouveaux besoins, changer et faire changer vite. Pour cela, il doit développer une vision d'avenir, faire adhérer les autres, les motiver (mobiliser leurs besoins, valeurs, ressources)
Notion de temps	actions stables et régulières	notion de durée, long terme, condition de changement, au-delà de sa propre unité
Lien avec subordonnés	Processus et contrôle efficace, distance	Identification, liens interpersonnels forts
Source de motivation	Confiance Succès professionnel	Appel à l'imagination et à la créativité, Transcende la routine
Personnalité	Confiance en soi Domination Besoins d'influence Conviction de la qualité de ses opinions	Actif et réactif Créatif Visionnaire (prévoit et concrétise sous forme de but) Qualités oratoires qui engendrent adhésion et motivation des autres → désirs d'exercer du pouvoir (pouvoir socialisé : donne du pouvoir aux autres)
Image recherchée	Réussite Compétence	Progrès Empowerment Confiance (différence entre obéissance passive et implication active)
Gratification	Récompenses attachées aux résultats attribuées à ceux qui le méritent	Partage, équipe
Motivation	MOTIVATION TRANSACTIONNELLE	MOTIVATION TRANSFORMATIONNELLE
Caractéristiques	Activité et énergie Compétence sur la tâche en cours et expérience Récompense et estime des subordonnés, tact et diplomatie	Imagination, originalité, enthousiasme et dynamisme Critique de la situation, définition de stratégie et articulation

La motivation transformationnelle est celle qui est entraînée par l'action vers un but nouveau, vers l'évolution positive d'une situation. Elle revient, en ce sens, au management par projet (défini au chapitre 2.1.1). La motivation transactionnelle est celle qui naît de la construction d'une identité, de la transmission de valeurs. Elle intervient dans les situations stables.

Il s'avère alors que la qualité indispensable et primordiale du cadre, clé de sa réussite, serait sa capacité d'adaptation et sa flexibilité face aux environnements (contextes organisationnels) et aux personnalités afin d'adapter son comportement et ses stratégies à la situation.

La motivation est donc un concept mystérieux et essentiel à l'activité de management. Il est complexe par l'individualité des perceptions, des besoins et des comportements des professionnels encadrés. Ses leviers managériaux sont principalement le sens donné à l'action et le « juste » posture du cadre, flexible et adaptable.

2.4 HYPOTHESES : le cadre de santé serait un acteur innovant du système de santé et son mode de management par projet serait un levier de motivation des équipes soignantes

L'ensemble de ces théories et constats me permettent de formuler deux hypothèses. La première concerne les leviers de motivation des équipes par le cds :

- si les nouveaux métiers valorisent les parcours professionnels par la reconnaissance et l'acquisition de compétences élargies ;
- s'ils responsabilisent et autonomisent les ide ;
- s'ils décloisonnent l'exercice professionnel et font travailler « ensemble » ;
- s'ils satisfont les ide dans leur besoin d'estime de soi (reconnaissance de la hiérarchie et des médecins), de réalisation (nouveaux actes), de réussite (augmentation de compétence), d'affiliation (appartenance à un groupe restreint), d'autonomie (confiance et responsabilité) ;
- s'ils augmentent l'intérêt au travail et l'expectation (valeur que l'on a de soi) ;
- s'ils redonnent du sens au travail (enrichissent les activités, sortent de la routine, valorisent le rôle professionnel) ;
- et si les ide y accordent de la valeur

Alors, le cds, au travers les protocoles de coopération, répondrait aux besoins sociaux (reconnaissance et appartenance), de réalisation de soi et d'autonomie des IDE et renforcerait ainsi la motivation de l'équipe soignante.

Ma seconde hypothèse concerne la place du cds dans le système de soins :

- Si l'innovation managériale vise l'optimisation du travail en misant sur la valeur ajoutée des ressources humaines et permet la modernisation du système de santé en répondant à ses contraintes économiques et sociétales ;
- Si le management par projet, qui nécessite des compétences en gestion de projet, fédère les professionnels autour d'objectifs de soins ;
- Si les nouveaux métiers infirmiers répondent, en regard de l'évolution démographique et sanitaire, à la complexification du parcours de soins, en le coordonnant et en le graduant ;
- S'ils s'inscrivent dans la complémentarité des compétences de chaque acteur de santé ;

Alors, le cds, par les protocoles de coopération, s'inscrirait comme acteur innovant du système de santé en réorganisant le parcours de soins, en mobilisant, en valorisant et en augmentant les compétences IDE ainsi qu'en favorisant les interactions interprofessionnelles.

3 L'ENQUETE : rencontre de 10 infirmiers et 6 cadres de santé participant à un projet de protocole de coopération

Pour étudier ces deux hypothèses, au vu de la population restreinte disponible et du caractère expérientiel et personnel des questions de recherche, j'ai souhaité conduire mon enquête par entretien. Cela me permettrait de laisser la parole aux interviewés et de laisser leur expression libre sans induire les réponses. Je présenterai dans un premier temps la méthodologie de l'enquête. J'annoncerai ensuite les résultats puis, « l'universel » étant « dans le particulier »⁶⁷, j'en proposerai l'analyse en regard des théories et concepts développés en amont. Je terminerai par une synthèse visant à répondre aux hypothèses émises.

3.1 La méthodologie : échantillon diversifié et entretiens semi-directifs

GRILLE D'ENTRETIEN IDE		GRILLE D'ENTRETIEN CDS
ETUDE DE LA PROBLEMATIQUE		
Objectif de l'étude	Evaluer l'impact des protocoles de coopération sur la motivation au travail des IDE (comment et pourquoi)	Etudier comment, par son mode de management, le cds se positionne comme acteur du système de santé et comme leader de son équipe
Questions	Grilles d'entretien et indicateurs disponibles en annexe 1	
Utilité	Confirmer, infirmer, compléter, orienter les hypothèses formulées	
Type d'enquête	Entretiens semi-directifs	
DEFINITION DE LA POPULATION CIBLE		
Population concernée par l'étude	IDE délégué(e)s d'un protocole de coopération validé ou dans l'attente d'accord par l'ARS	CDS ayant conduit le projet d'adhésion à un protocole de coopération validé ou dans l'attente de validation
Données de la population	Site Coop-PS de l'ARS (coordonnées disponibles des services, notion de protocole de coopération effective) Contact par téléphone et mail en amont pour prise de RDV	
Anonymat	Oui	

⁶⁷ E.Goffman, sociologue américain

Echantillon	<p>6 équipes IDE/CDS soit :</p> <p>Nombres : 10 IDE, 6 CDS (dont 4 Cadre Supérieur de Santé CSS)</p> <p>Statuts : 4 établissements publics et 1 établissement privé non lucratif</p> <p>Région : 2 en région parisienne et 3 en province</p> <p>Niveau de projet : 1 adhésion et 5 créations de protocoles</p> <p>Avancement du projet :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 validés et mis en route (dont l'adhésion), - 4 en attentes dont <ul style="list-style-type: none"> o 2 en cours de formation o 1 mis en route (sans autorisation de l'ARS) o 1 « abandonné » <p>Spécialité médicale des protocoles : soins post-chirurgicaux en cancérologie, consultation de suivi post chirurgie de l'obésité, consultation de suivi des patients en neuro-oncologie, consultation de suivi de patients atteints de la maladie de Parkinson ou apparentée, consultation de suivi de patients insuffisants rénaux (2).</p>	
Représentativité	Objectif de « saturation théorique », statuts, état d'avancement, régions, et spécialités différents	
Moyens disponibles	<p>Entretiens directs ou téléphoniques</p> <p>2 des entretiens directs avec les infirmières ont été réalisés en groupes (à 2 et 3 IDE) nécessitant la gestion des prises de parole et d'échanges.</p> <p>Les entretiens téléphoniques ont demandé une grande concentration et ont nécessité un langage clair et précis.</p> <p>Dictaphone, application d'enregistrement d'appel, prise de notes</p>	
ORGANISATION		
Elaboration	Grilles d'entretien élaborées en regard du cadre conceptuel et des supposés des hypothèses du 21/02/2017 au 11/03/2017	
Test le	27/02/2017	11/03/2017
Recueil de données et saisie	Du 13/03/2017 au 17/03/2017	
Traitement et analyse	Du 13/03/2017 au 02/04/2017	
DIFFUSION DES RESULTATS		
Diffusion	<p>Remis à l'IFCS le 15 mai 2017</p> <p>Présenté en soutenance le 6 juin 2017</p>	
Moyens	<p>Mémoire de recherche dans le cadre de la formation IFCS</p> <p>Soutenance du mémoire</p>	

3.2 Les résultats et leur analyse : des équipes infirmières reconnues, des cadres de santé pilotes de projet et régulateurs

L'ensemble du contenu des entretiens menés est disponible en **annexe 2** (IDE) et **annexe 3** (CDS). Avant de restituer les résultats des entretiens je souhaite attirer l'attention sur 2 cas particuliers :

- La première est celui de l'équipe n°3 qui a « abandonné » le projet de protocole de coopération. J'ai contacté cette équipe car leurs coordonnées étaient disponibles sur site Coop-PS de l'ARS. La cadre a accepté ma demande de RDV mais lors de l'entretien téléphonique nous nous sommes aperçue qu'il y avait un amalgame entre le projet de protocole de coopération dont j'avais pris connaissance sur le site de l'ARS et leur projet de consultation d'éducation thérapeutique auprès du patient Parkinsonien dont elle pensait me parler. Le second est jugé comme prioritaire par la cadre et l'équipe, le premier est donc mis en suspens (l'infirmière concernée « *ne se sent pas capable* » d'endosser deux projets d'autant plus qu'elle a aussi deux autres consultations spécifiques à son actif (consultation mémoire et consultation post-AVC)). J'ai souhaité inclure cette équipe dans mon enquête car l'éducation thérapeutique répond aux critères d'innovation en santé présentés dans le cadre conceptuel de ce travail. C'est une pratique relativement récente qui valorise et développe les compétences infirmières (par une formation spécifique) et qui répond à un besoin nouveau de santé en regard de l'évolution sanitaire⁶⁸.
- Le deuxième est l'équipe n°2 qui met en pratique un protocole de coopération qui n'a pas reçu l'accord de l'ARS. Celui-ci est mis en place depuis « 15ans » sous l'impulsion du chef de service et avec l'accord de la direction de l'hôpital. Cette équipe est à priori pionnière dans le domaine (comme a pu en décrire le rapport Berland présenté au chapitre 1.1.3) puisque cette collaboration a été mise en place avant sa légalisation par la loi HPST. Cependant, elle n'a pas « réussi » à faire concorder son activité avec les exigences de la HAS ce qui peut soulever un certain nombre de questions et/ou de réticences qui seront évoquées dans les suites de cette analyse.

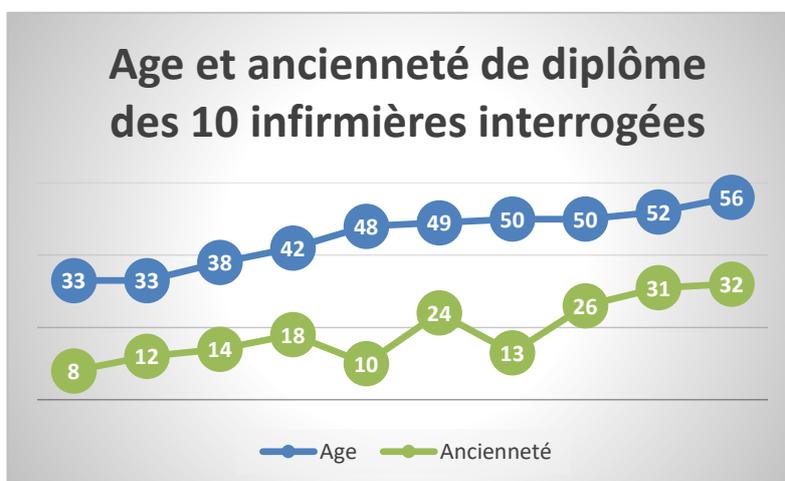
Je présenterai dans un premier temps les résultats des entretiens infirmiers puis je poursuivrai sur les entretiens cadre de santé. Les phrases en italique et entre guillemets qui n'ont pas de renvoi en note de bas de page sont les verbatim des professionnels interrogés.

⁶⁸ L'éducation thérapeutique (ETP) vise à aider le patient à acquérir ou maintenir ses compétences d'auto-soins et d'adaptation pour gérer au mieux sa maladie chronique. Elle est intégrée dans la prise en charge thérapeutique et s'inscrit dans la complémentarité interprofessionnelle, le parcours est coordonné. Elle se réalise en 4 temps : l'élaboration d'un diagnostic éducatif, la définition d'un programme personnalisé, la planification et la mise en œuvre des séances et l'évaluation des compétences acquises. Le professionnel de santé réalisant l'ETP doit justifier d'une formation spécifique. Plusieurs DU y sont consacrés.

3.2.1 Des infirmières confirmées, reconnues dans leurs compétences et inscrites dans un projet porteur de sens

Puisque les nouveaux métiers s'appuient sur l'expertise des auxiliaires médicaux (qui doivent comprendre, évaluer et répondre à des situations complexes)⁶⁹, **les infirmières déléguées ont un parcours professionnel conséquent,**

- La moyenne d'âge est de 45 ans (la médiane à 48.5 ans).
- L'ancienneté dans la profession est de 8 à 32 ans.
- La variété de leur



- expérience professionnelle n'est pas significative, elle est de 1 à 4 services différents pour chacune d'elles avec un minimum de 3 ans d'ancienneté dans le service proposant le protocole de coopération.
- En revanche, il est à noter que :
 - o 4 d'entre elles ont auparavant exercé une autre profession :
 - 1 étaient Aide-Soignante (AS) et 1 agent hospitalier,
 - 1 a travaillé dans le commerce
 - 1 était monitrice de ski puis AS
 - o 4 d'entre elles sont titulaires ou en cours de Diplômes Universitaires (DU). Ces DU sont en lien avec le protocole de coopération exercé ou avec leur perspective d'avenir. L'une d'entre elle en possède 3.

3.2.1.1 La réponse à des besoins insatisfaits comme motivation initiale ?

Les théories de la motivation proposent qu'elle soit la combinaison d'une réponse à des besoins insatisfaits, du résultat de perceptions cognitives et de choix rationnels⁷⁰. Les résultats des entretiens montre que la **motivation initiale** à exercer le travail d'infirmier est avant tout la réponse au besoin d'estime de soi et de se réaliser.

⁶⁹ Chapitre 2.2.1, Légitimités et obstacles des nouveaux métiers

⁷⁰ Chapitre 2.3.1 Les sources de la motivation

Elle est :

- à l'unanimité le fait de pouvoir « *aider l'autre* », « *se rendre utile* », « *soulager* », être en contact avec le patient. La hiérarchisation des besoins de Maslow⁷¹ selon laquelle les besoins de survivance seraient prioritaires au besoin d'estime de soi semble donc renversée. Le besoin de réalisation de soi est affiché comme prioritaire, décisif dans le choix de la profession.
- un intérêt intellectuel et personnel fort (3) : « *c'est un métier fait pour moi* » vérifie le modèle de la réponse aux besoins spécifiques (intérêt pour le travail), seuls source de motivation, du modèle bi-factoriel de Herzberg.
- la possibilité d'évoluer professionnellement (2) : l'infirmière travaillant dans le commerce ainsi que celles qui ont été AS ont eu envie de prendre « *plus de responsabilités* ». L'une d'entre elle cherchait aussi « *une plus grande collaboration avec les médecins et les autres professionnels* ». La réponse aux besoins sociaux (Maslow) et d'autonomie (besoins manifestes de Murray) est ici justifiée.
- le besoin de « *réparer quelque chose* » (1)
- de « *faire plaisir à ses parents* » (1) : cette infirmière a passé le concours IDE après avoir échoué aux autres concours d'entrée aux écoles d'auxiliaires médicaux mais se reconnaît pleinement dans ce métier aujourd'hui.
- la variété de service en choix d'exercice (1)

3.2.1.2 La motivation résultante de perceptions cognitives ?

Si la motivation initiale est de l'ordre de la réponse aux besoins insatisfaits, les résultats des entretiens montrent que **la motivation engendrée par les PC** résulte des perceptions cognitives de valence, d'instrumentalité, d'expectation et d'équitabilité⁷². Les PC sont alors :

- la marque de reconnaissance des compétences des infirmières (7)
- la marque de confiance de la hiérarchie et des médecins (7) : c'était « *une reconnaissance de mon professionnalisme* », « *le médecin (...) croyait vraiment à ce côté expertise de l'infirmière* » et cela permettrait « *partenariat et confiance* »

Ils répondent aussi au besoin de réussite (Besoins manifestes de Murray), de réalisation de soi et d'autonomie par :

- la possibilité d'évolution et de réussite en permettant aux infirmières d'aller plus loin dans leurs connaissances et compétences : un « *suivi plus pointu* », un « *vrai tremplin pour faire autre chose et aller plus loin dans la réflexion* ». Pour les PC nécessitant un DU, 2 des IDE étaient

⁷¹ Chapitre 2.3.1, Les sources de la motivation, La motivation en réponse à des besoins insatisfaits

⁷² Chapitre 2.3.1, Les sources de la motivation, La motivation résultante de perception cognitive

très enthousiastes à l'idée de reprendre des études. C'est aussi pour l'une d'entre elle l'alternative à l'école des cadres (permet d'évoluer dans le métier tout en restant dans les soins). D'autre part, une infirmière avouait « *s'ennuyer* ».

- le renforcement du lien avec le patient par un « *contact privilégié* » (2).
- le gain en autonomie (2), « *savoir trouver la bonne réponse en fonction de la famille, du contexte et du patient* »
- « *Le privilège d'avoir du temps* » (1)

Enfin, les PC motivent par choix rationnel avec le désir d'atteindre un but⁷³ qui serait :

- l'amélioration de la prise en charge du patient (PEC) (3) : la PEC serait plus complète et plus globale, avec une vision extra et intra-hospitalière. Les connaissances acquises dans le cadre de la formation relative au PC seront partagées avec les autres collègues IDE.
- La découverte d' « une autre facette du métier » avec un projet différent (3).
- Un défi relevé : « *je me sentais capable de le faire* », « *j'avais envie de tenter* » (2)
- le devenir de la profession (1) en faisant référence au métier d'officier de santé⁷⁴.

La formation reçue dans le cadre du PC a permis :

- pour la majorité des infirmières, de gagner en compétences et d'être gage de qualité et de sécurité pour la prise en charge du patient.
- de les légitimer auprès des médecins et de leur permettre de parler le même langage (2)
- de les légitimer auprès du patient (2)
- de s'amuser (2) : c'est « *rigolo de reprendre des études* »
- de réfléchir sur leur pratique (1)
- « *d'asseoir les compétences acquises au cours de ses 20 ans d'exercice* » (1)
- De connaître le « cadre à respecter » (1)

3.2.1.3 Redonner du sens au travail comme levier de motivation ?

Le travail en lien avec le protocole de coopération apporte à toutes un versant positif à leur fonction et un épanouissement professionnel. Depuis ces projets, elles identifient plusieurs aspects différents

⁷³ Chapitre 2.3.1, Les sources de la motivation, La motivation comme choix rationnel

⁷⁴ Le métier d'officier de santé existait au début du XIXème siècle. Il est peu connu mais tracé dans la littérature par Flaubert, dans Madame Bovary, par le personnage de son mari (ce qui laisse présager, pour celui qui connaît le roman, de la médiocrité de la situation). La fermeture des écoles de médecine en 1793 provoqua, en quelques années, pénurie de médecins et augmentation du charlatanisme. Pour corriger cela, la loi du 10 mars 1803 proclame l'obligation d'être titulaire du diplôme d'Etat de docteur pour exercer « l'art de guérir ». Mais il fallait attendre au moins 5 ans pour qu'un médecin puisse être diplômé. La profession d'officiers de santé qui ne pouvait pratiquer qu'une médecine restreinte mais dont la formation accélérée ne comptait que 3 ans, est maintenue jusqu'à avoir un nombre suffisant de médecins. Elle était accessible à la population modeste (les études de médecine n'étant réalisable à l'époque qu'à Paris). Les officiers de santé, dévoués, sont considérés comme des médecins de second ordre, relayés aux campagnes qui abritent une population plus pauvres qu'en ville.

dans la réalisation de leurs missions, illustrant les théories de **développement de la motivation par le sens**⁷⁵. Les PC ré-humanisent le travail, sortent de la routine, enrichissent les tâches, affichent l'utilité sociale de l'agent par :

- **l'augmentation de l'intérêt au travail (8)** : « *c'est un vrai rôle auprès du patient* », « *le travail est plus riche* », « *c'est un métier relationnel accompli* ». Les infirmières ont un « *rôle d'interlocuteur plus que d'exécuteur, ça change* ». L'augmentation de l'intérêt, au-delà de la place que prend l'infirmière dans la prise en soins du patient, paraît être corrélée à :
 - o **l'augmentation de la diversité des tâches (7)** : « *faire deux activités augmente la réflexion* », « *c'est une autre facette du métier* »
 - o **un travail moins monotone (6)** : « *pas d'ennui, ça change tout le temps* », « *ne pas rester cantonnée dans une case ouvre l'esprit* ».
- **l'autonomie et la responsabilité (6)** : « *c'est une perpétuelle remise en question* ». Il paraît important de préciser que cette autonomie cadrée afin d'exercer en toute sécurité « *la coopération c'est « secure » si on sait où s'arrêtent nos compétences* », « *autonomie cadrée par les règles de l'hôpital* »⁷⁶. La responsabilité s'assortit de la nécessité d'attention dans les prises de décision et dans la prescription : « *l'autonomie et la responsabilité, ça fait un petit peu peur quand même* ».
- **l'augmentation du sens du travail (5)** : « *mieux comprendre donne plus de sens* », le relationnel est augmenté, des échanges constructifs ont lieu et cela permet de retrouver les motivations intrinsèques initiales des infirmières quand le temps donné au patient dans l'échange et l'accompagnement est ce qui paraît manquer crucialement aux idées d'aujourd'hui⁷⁷.
- **l'utilisation des compétences** acquises au fil de leur parcours professionnel et complétées par la formation reçue (4) : « *on se rend compte que nos capacités étaient sous-exploitées* ». Elles ont un sentiment de légitimité, elles sont « *expertes dans le domaine* », leur « *décision n'est pas remise en cause* ». Elles expriment satisfaction (3) et valorisation leurs compétences (3).

Néanmoins, deux inconvénients sont évoqués : la lourdeur administrative (2) et la complexité d'être sur plusieurs missions à la fois. Cela fait écho à la nécessité d'avoir des objectifs proportionnels aux compétences et possibilités de chacun⁷⁸ afin qu'ils puissent être source de motivation.

⁷⁵ Chapitre 2.3.2, Comment développer la motivation ?

⁷⁶ *Nb* : les limites font ici référence « *aux règles de l'hôpital* » car l'idée qui s'exprime exerce un protocole non autorisé

⁷⁷ Chapitre 1.1.2, Redonner du sens au travail et motiver

⁷⁸ Chapitre 2.3.1, Les sources de la motivation, La motivation résultante de perception cognitive

3.2.1.4 Une nouvelle dynamique professionnelle répondant aux besoins sociaux ?

Ce nouveau métier, ou sa perspective, augmente sans aucun doute la **réponse aux besoins sociaux**⁷⁹ de l'agent au travers l'estime reçue par les patients ou le corps médical et l'appartenance à un groupe. L'importance du sentiment « d'utilité » de l'infirmière est ainsi évoquée :

- Certaines pensent irrémédiablement améliorer la qualité de vie du patient : « *qualité de vie augmentée ++++++* ». D'autres invitent à « *libérer sa parole* », par la relation de confiance instaurée.
- Le sentiment d'efficacité de leur travail se retrouve dans « *l'accélération des prises en charge* » avec l'avantage d'avoir « *plus de temps consacré* » au patient (4).
- Cependant, une infirmière pense qu'entre la prise en charge IDE et la prise en charge médicale, « *le patient ne se rend pas compte de la différence* ». En revanche, elle rapporte une anecdote : une patiente consultant pour une ponction de lymphocèle présente une rougeur superficielle au niveau de la cicatrice. L'infirmière déléguée fait donc appel au médecin (en respect des limites du protocole de coopération). Après avis médical, l'indication de ponction est posée et le médecin (interne) s'apprête à la réaliser mais la patiente demande à ce que ce soit l'infirmière qui effectue le geste plutôt que le médecin. Elle « *connait* » l'infirmière et a confiance en elle.
- Enfin une des infirmières évoquent « *un rôle de contrôle* » en parlant des déficiences des prises en charge et se définit comme « *le médecin traitant de la neuro de l'hôpital* ». Il s'agit d'une des IDE exerçant le protocole non autorisé sur lequel je reviendrai.

Les relations interprofessionnelles sont surtout modifiées avec **le médecin**. On distingue trois situations qui peuvent être associées :

- La cohésion d'équipe (8) répondant au besoin d'appartenance : « *ce qui fait la réussite d'un projet de transfert de compétences c'est la cohésion d'équipe* », le respect, le lien médico-paramédical, la complémentarité des rôles « *c'est une vraie transmission de mission et non pas de tâches que le médecin ne voudrait pas faire* », passant par la reconnaissance « *la vraie réussite sur le plan de la réalisation et de la reconnaissance de nos compétences* ».
- La « *frilosité* » de certains médecins (4) qui n'auraient pas compris le rôle des ide ou qui n'auraient pas confiance. Pour l'une d'entre elle, il y a même la notion de « *médecin dépendant avec risque de rétrogradation* » au départ du médecin référent. Il s'agit encore du protocole non autorisé. Dans ce contexte, il me semble important de rappeler que le protocole de coopération est un engagement individuel (en son propre nom) et collectif (médecin et ide

⁷⁹ Chapitre 2.3.1, Les sources de la motivation, La motivation en réponse à des besoins insatisfaits

dépendant)⁸⁰. Il paraît alors compréhensible que des médecins adhérents « de fait » soit parce qu'ils sont internes, vacataires ou nouveaux dans le service, puissent être réticents à déléguer des compétences médicales aux infirmières. Il conviendrait, règlementairement, de les faire adhérer en leur propre nom propre, s'il le souhaite, au protocole.

- L'excès d'autres médecins (1) avec un « *esprit médecin* », qui tenterait « *de se décharger en disant « elle va le faire* » », ne se rendant pas compte de la charge du travail infirmier.

La relation avec les **autres ides déléguées** apparaît comme complémentaire et soutenante : « *on s'épaule mutuellement* » (3).

Peu évoque spontanément leur relation avec leur **cadre**. A la question, 2 la trouvent accompagnante et aidante et 2 autres décrivent « *une belle énergie* ». Une infirmière rapporte le manque d'information donnant l'impression d'un avenir incertain « *j'ai l'impression qu'on ne sait pas trop vraiment où est-ce qu'on va mais on y va. Ça manque un peu de cadre, on doute* ». Cela renvoie à l'importance de l'information de la part du cadre dans la gestion de projet⁸¹, l'information étant un levier de motivation par perception cognitive en augmentant la valence et l'expectation⁸².

Quant au **reste de l'équipe**, nous pouvons observer :

- quelques éléments de la carte de Fauvet⁸³ avec :
 - o Les passifs : aucun changement à signaler depuis le protocole (4)
 - o Le triangle d'or : personnes intéressées qui posent des questions (3)
 - o Des hésitants qui « *alertent sur les risques et responsabilités* » (1)
 - o Des grognons qui sont « *envieuses* » (1)
- le sentiment que les équipes soignantes « *se délestent* » sur les ides déléguées (2 ide du protocole non autorisé) mais avec un rôle de soutien et d'appui auprès de ces équipes.
- La difficulté ressentie pour les ide ne faisant pas partie de l'équipe de coopération de venir travailler avec les ide déléguées du fait de la spécificité du service et des compétences développées (notion abordée dans un service où il n'y a que 2 IDE en poste et qui font toutes les 2 parties du protocole de coopération).

Les infirmières déléguées communiquent leur expérience, signe d'expectation positive :

- La moitié en parle aisément et avec plaisir car c'est « *une source de fierté* » et elles souhaitent transmettre leur expérience à d'autres équipes. Elles en parlent dans leurs milieux professionnels (DU, Congrès, séminaire) et personnel.

⁸⁰ Chapitre 2.2.4.2, Définition et modalités de mise en place des protocoles de coopération

⁸¹ Chapitre 2.1.2, Management des projets : méthodologie et gestion des ressources humaines

⁸² Chapitre 2.3.1, Les sources de la motivation, La motivation résultante de perception cognitive

⁸³ Chapitre 2.1.2, Management des projets : méthodologie et gestion des ressources humaines

- 2 IDE participant au protocole non autorisé avouent avoir reçu des critiques :
 - « *j'ai certaine fois été huée par des ide dans des congrès lorsque je dis que je valide les chimio avec le nom du médecin* ». Est-il nécessaire de se questionner sur la raison de ce boycott si l'on se rappelle que le Besoin de sécurité arrive en deuxième position dans la Hiérarchie des besoins de Maslow⁸⁴ ? Comment travailler pleinement et se réaliser lorsque les conditions et exigences réglementaires ne sont pas respectées ?
 - « *ça te demande plus de responsabilité et plus de temps mais tu n'as pas de rémunération supplémentaire ?? c'est dur payé !* »
- 3 n'en parlent pas spécialement

3.2.1.5 Perspectives d'avenir ?

Ce qui leur manquerait aujourd'hui dans leur profession sont :

- la reconnaissance financière (5) : « *en général pour la profession et en particulier pour les protocoles de coopération* ». Elles soulignent le fait « *qu'on ne nous donne pas les moyens physiques et financiers d'aller jusqu'au bout et on pourrait faire encore mieux* » et que « *tout passera par la reconnaissance financière de cette consultation* ». La récompense financière fait partie des leviers de motivation extrinsèque⁸⁵. Elle serait effectivement gratifiante et satisfaisante mais son absence ne diminue pas la motivation intrinsèque.
- le temps (3),
- le soutien du cadre (2 du protocole non autorisé)
- l'information :
 - de la part du médecin auprès des patients sur l'existence du protocole de coopération (alertant sur le besoin de sécurité d'exercice) (1)
 - de la part de la cadre sur l'avancée du projet comme précisé plus haut (1),
- 2 ressentent les contraintes budgétaires et la demande d'efficacité sur leur travail « *on ne fait plus de travail de qualité comme on faisait avant parce qu'on nous demande de faire du quantitatif comme partout* ». Cependant, 1 des 2 dit « *se sentir complète* » avec une vision intra et extrahospitalière de la prise en charge du patient.
- une formation Excel (1),
- l'extension du protocole de coopération à d'autres établissements (1).

⁸⁴ Chapitre 2.3.1, Les sources de la motivation, La motivation en réponse à des besoins insatisfaits

⁸⁵ Chapitre 2.3.2, Comment développer la motivation ?

Leurs projets d'avenir sont variés :

- la majorité n'ont pas de projet spécifiques et souhaite rester dans le service et développer leurs connaissances et compétences. 2 d'entre elles, attendant l'accord de l'ARS, disent « *miser tout sur ce projet* », et « *se voir rester plusieurs années* » dans le service avec le PC mais pas sans. Les PC pourrait alors paraître comme levier de fidélisation du personnel et tremplin pour d'autres projets.
- les pratiques avancées pour une d'entre elles. Cependant elle se dit très investie dans l'ensemble des projets du service et estime devoir « *se calmer un peu* » par crainte d'attirer la jalousie et la critique des autres membres de l'équipe. Cela rappelle la Théorie de l'équité de Adams⁸⁶ qui étudie la comparaison sociale du rapport inputs/output du travail. Cette notion d'équitabilité passe par la compétence du cadre à pouvoir clarifier ses attentes qui doivent être basées sur des données objectives, informer l'ensemble de l'équipe, reconnaître et valoriser chacun de ces membres afin d'éviter tout sentiment d'injustice ou d'inéquité.
- le concours pour entrer en IFCS et devenir cadre formateur (1)
- la participation à la création d'une équipe mobile de néphrologie une fois que le protocole de coopération sera accepté (1)

3.2.1.6 Cas particulier : l'exercice non autorisé

Je souhaite, avant de présenter les résultats des entretiens menés auprès des cadres de santé, revenir sur le cas particulier de l'équipe exerçant le protocole de coopération non autorisé. J'ai interviewé cette équipe en entretien commun. Elles étaient 3 infirmières et l'une d'entre menait le groupe. Celle-ci était présente à l'origine du projet.

Avec 32 ans d'ancienneté et 3 DU en poche, ses propos sont bien affirmés. Elle est satisfaite de son rôle dans l'exercice du PC et lui donne une grande valeur : « *on se nourrit, on y trouve beaucoup de bonheur* ». Néanmoins, je me questionne sur la place qu'elle espère au métier d'infirmier lorsqu'elle souhaite le « *faire évoluer sur un parcours complet* » en le comparant au métier « *d'officier de santé* ». Elle revendique avoir « *un rôle d'alerte et de régulateur* » dans le parcours de soins face à « *une diminution de la qualité des prises en charge* », « *un rôle de contrôle* » semblable « *à un médecin traitant de la neuro de l'hôpital* ». Elle revendique être indispensable dans l'organisation de la prise en charge du patient : « *on ne pourrait plus travailler sans nous* » et accorde une grande valeur à « *pouvoir intervenir dans la prise en charge* ».

Ces propos sont repris par la cadre responsable de cette équipe (dont l'équipe ressent le manque de soutien) : « *je pense aujourd'hui que tous les médecins du service ne pourraient plus se passer de ces*

⁸⁶ Chapitre 2.3.1, Les sources de la motivation, La motivation résultante de perception cognitive

infirmières référentes ». Ils sont en revanche contrecarrés par l'infirmière elle-même qui évoque la notion de « *médecin dépendant* » avec le « *risque de rétrogradation* » au départ du médecin référent du projet.

Le roulement des infirmières est devenu « *une routine* » pour la cadre qui envisage « *la pérennité* » de la fonction (en place depuis plus de 15 ans). Les raisons évoquées du turn over infirmier sont des problèmes de santé (dont burnout), des poursuites d'études en IFCS ou le choix d'autres orientations.

Il semblerait que l'autorisation de l'ARS ne soit même plus espéré par la cadre qui dit : « *je ne sais pas vraiment ce qu'il faut corriger dans le dossier ARS, je me demande si ce n'est pas le titre (...) « en lieu et place du médecin » ou les actes dérogatoires* ». Ce n'est, à priori, pas le titre qui pose problème car la moitié des protocoles sont ainsi nommés et je me demande comment peut être managé une équipe qui travaille dans « *l'illégalité* » ? Les contraintes juridiques sont l'un des enjeux majeurs des PC et ne pas les respecter donne malheureusement raison à leurs opposants⁸⁷. Quelles implications, quels jeux de pouvoir et d'acteurs entérinent cette situation ?

3.2.2 Des cadres de santé pilotes et régulateurs d'un projet au service de l'optimisation du système de santé et de la valorisation du métier infirmier

Les dates des 6 projets s'étendent de 2011 à 2016. Sur les 6 projets, 5 ont été initié par le médecin chef de service, 1 par la CSS du service. Cela pourrait sous-entendre que le changement culturel au monopole médical serait en marche⁸⁸.

3 cadres ont pris le projet en cours. Sur les 6 cadres interrogés, 3 sont cadres supérieurs.

Les réponses aux questions se sont recoupées, soit parce qu'elles n'étaient pas assez précises soit parce qu'elles l'étaient trop. Je présente donc les résultats compilés et synthétisés pour y apporter plus de sens et une lecture plus facile.

3.2.2.1 Quelle légitimité reconnue aux protocoles de coopération ?

L'intérêt annoncé des PC est, de manière majoritaire, d'optimiser le système de soins, d'améliorer la qualité des soins et d'apporter une reconnaissance aux infirmières⁸⁹. Ainsi les cadres évoquent :

- la réponse aux contraintes de prise en charge avec un temps médical réduit (5),
- la reconnaissance des compétences infirmières en « *valorisant leur travail et en les rendant autonomes* » (4).

⁸⁷ Chapitre 2.2.4.1, Enjeux et risques opposés aux protocoles de coopération

⁸⁸ Chapitre 2.2.1, Légitimité et obstacles des nouveaux métiers

⁸⁹ Chapitre 1.1.3, Axes politiques et stratégie des « nouveaux métiers » pour répondre aux besoins de santé et à l'efficience du système de santé

- la réduction des délais de prise en charge (3) en « *fluidifiant et en améliorant la prise en charge des patients* » et en diminuant le temps d'attente : « *on perdait beaucoup de temps à attendre le médecin* ».
- une réponse à « *un problème de société* » (2) dans la nécessité d'accompagner les patients atteints de maladie chronique (insuffisance rénale et parkinson en l'occurrence)
- la diminution des Durée Moyenne de Séjours (DMS) (1) que permet le suivi des patients par les infirmières dans le cadre de la coopération (par l'anticipation des demandes de soins de suite par exemple).
- la faisabilité (1) du projet pour le protocole déjà existant, ne nécessitant qu'une adhésion.

La cadre du protocole non autorisé s'appuie sur les évaluations faites en amont qui étaient « *concluantes* ». Il s'agit d'évaluation faite avant 2001, on peut donc considérer que le projet de protocole de coopération permet de légaliser une pratique déjà existante.

Les attraits principaux des PC sont :

- de mettre en avant la valeur ajoutée des compétences IDE (5)
- la nouveauté (3) avec la possibilité « *d'offrir une prise en charge un peu différente* » et de proposer une « *autre partie du métier (...), celui de l'éducation* », de donner « *une image de l'établissement dynamique, actif et innovant* ».
- d'améliorer le parcours de soins (2) car « *l'ide est une référence pour le patient* ».
- le travail en équipe (2) : « *médecin, infirmière, direction* »
- « *sortir (les ide) du quotidien* » (1)

3.2.2.2 *Le management des projets ?*

Les différentes étapes du projet ne sont pas spontanément présentées. Cela est peut-être à mettre en lien avec le fait que 3 cadres interrogées ont pris le projet en cours et que les principaux initiateurs (ou commanditaires) sont les médecins. Ainsi, la place de ces cadres semble se situer d'avantage dans la phase de pilotage du projet que dans sa phase de préparation⁹⁰.

Ces différentes étapes sont énoncées :

- **Scénariser :**
 - Etude de faisabilité (1)
- **Préparer :**
 - Formuler la demande : définir l'objectif (1) et mettre en commun le projet avec un autre établissement (1)

⁹⁰ Chapitre 2.1.2, Management des projets : méthodologie et gestion des ressources humaines

- Mettre la commande en mode projet :
 - choisir les IDE déléguées (1). Précisons que pour l'ensemble des cadres **le choix des ide déléguées** a été simple car il répondait à des critères précis d'expérience et était basé sur le volontariat. Un point particulier est relevé par l'un des cadres : l'ide doit « *s'investir dans la durée sur ce projet* ».
 - définir / organiser la formation (2)
- Analyser les risques (1)
- Définir les objectifs de communication :
 - Communication opérationnelle : peu de communication en amont du projet avec le regret pour 1 des cadres de ne pas avoir « *très bien communiqué auprès des IDE du service* ». Cela a provoqué l'incompréhension d'une infirmière : « *elle a été déçue car elle n'a pas compris* ». L'incompréhension portait sur le fait de ne pas avoir été retenue pour le projet avec une méconnaissance des prérequis nécessaires à la fonction.
 - Communication décisionnelle : réunions faites en cours de projet avec l'équipe concernée (4)
 - Communication promotionnelle : les cadres ayant un PC en route communiquent leur expérience dans des séminaires et congrès ou réunion institutionnelle (3)
- **Piloter :**
 - Mise à jour en fonction de l'avancée des tâches : construire les outils de suivi d'activité (3), recenser les documents administratifs et engendrer les démarches (1), définir le parcours du patient (1), définir les moyens de recours (1),
 - Reporting : informer les équipes (1)

Lors de cette gestion de projet, les difficultés rencontrées sont :

- La lourdeur administrative (2) « *échange infernal entre l'ARS et nous* », limite reconnue par l'HAS⁹¹ avec une « *lassitude* » quand, après 10 ans, le projet n'est toujours pas validé
- L'absence de remplacement pour la formation des ide (2) « *il a fallu faire à moyen constant* »
- Le souci de transférabilité (2) : « *se cadrer au protocole qui était déjà élaboré* » ou prendre en compte le fonctionnement de deux sites différents pour la rédaction du protocole
- « *l'organisation des calendriers* » (2)
- La gestion de la dynamique d'équipe (1) avec d'une part, s'assurer que le médecin ne demande pas trop à l'ide « *veiller à ce que chacun respecte les capacité de l'autre* » et d'autre part,

⁹¹ Chapitre 2.2.4.3 Evaluation 2014 par l'HAS : état des lieux, contraintes et valeurs ajoutées des protocoles de coopération

montrer l'investissement de l'équipe entière lorsque l'ide déléguée ne se sent pas soutenue par celle-ci justifiant ainsi l'importance du rôle du cadre dans le management de la dynamique de groupe dans la gestion de projet⁹²

- Prendre le dossier en cours (1)

3 mouvements de **résistance** sont rapportés. Les deux premiers relevant des contraintes juridiques des PC⁹³, le dernier sur l'importance, encore, de la gestion de la dynamique de groupe et de l'information :

- Celui de la direction car il fallait « *respecter les limites du protocole initial (...) il a fallu négocier* »
- Celles de « *certaines infirmières (qui) ne comprennent pas : pour elles, c'est le job du médecin* » (dans le cadre du protocole non autorisé).
- Celui de l'infirmière n'ayant pas compris pourquoi elle n'avait pas été retenue alors qu'elle était très investie dans le service. Le cadre concerné pense aujourd'hui qu'il faudrait faire des entretiens de recrutement pour choisir les IDE déléguées.

3.2.2.3 Le bilan (prévisionnel) de ces projets

Les **bénéfices** retirés de ces expériences démontrent premièrement que, par les PC, le cadre de santé répond à l'exigence d'efficience des soins :

- La qualité et l'efficience de prise en charge du patient (6) car si cela « *n'a (au moins) aucun impact négatif* », cette prise en charge permet de donner du temps « *au patient et à l'aidant* ». « *Les patients osent plus s'exprimer devant l'infirmière que le médecin. Elles sont plus abordables et maîtrisent parfaitement* ». La valeur ajoutée de ce partage de tâches serait donc aussi l'ajout d'une dimension relationnelle personnalisée utile à la qualité des soins des patients chroniques⁹⁴. Cela réduit les délais avec « *moins d'attente théorique pour les rdv* », une « *diminution des DMS* » par anticipation sur les structures d'aval par évaluation du handicap en amont de l'hospitalisation.
- L'optimisation du temps médical (3)

Deuxièmement, le management par projet ravive la motivation, unie et fait rayonner l'équipe⁹⁵. En effet, les PC permettent :

- La valorisation et la reconnaissance des infirmières (5) « *la fonction est reconnue par tout le monde* », « *ça a donné du sens aussi bien à l'infirmière qu'à l'équipe, en disant que c'était une nécessité pour nos patients* », c'est une « *meilleure reconnaissance de la part des médecins* »

⁹² Chapitre 2.1.2, Management des projets : méthodologie et gestion des ressources humaines

⁹³ Chapitre 2.2.4.1, Enjeux et risques opposés aux protocoles de coopération

⁹⁴ Chapitre 1.1.3, Axes politiques et stratégie des « nouveaux métiers » pour répondre aux besoins de santé et à l'efficience du système de santé

⁹⁵ Chapitre 1.2.2, Redonner du sens au travail et motiver

- La motivation de l'équipe (5) « *l'équipe est satisfaite et convaincue que c'est bien* », « *c'est valorisant de voir qu'avec l'aide du médecin (...) quelque chose est né et a éclot* ». C'est aussi un levier de motivation pour le reste de l'équipe avec « *des idées qui émergent* » chez d'autres, et « *la répercussion du développement de compétences dans la prise en charge du patient sur l'ensemble de l'équipe (...) les idées communiquent beaucoup et aident à la réflexion* ».
- L'unification de l'équipe autour du projet (4) « *grâce à la mobilisation de chacun on a pu mettre en place ce projet (...) quand on a une équipe qui s'éclate au travail on en tire que des bénéfices* », c'est un « *vrai partenariat avec le médecin* », « *chacun voit le fonctionnement de l'autre sous un angle différent* »
- L'image positive de l'établissement ou du service (3) avec une « *visibilité à l'intérieure et à l'extérieur de l'établissement* » et la sollicitation d'autres équipes qui souhaiteraient adhérer au protocole

Enfin, le management par projet offre aussi la possibilité de remise en question par la volonté d'interroger et d'améliorer ses pratiques. Ainsi l'un des cadres se « *rend compte qu'il faut d'avantage communiquer* ».

Cependant, les cadres alertent sur quelques points d'attentions : l'absence de valorisation financière ne permettant pas la bonne marche du projet (2) et le manque d'évolution à proposer aux infirmières déléguées (2) :

- La cadre qui a un protocole en place depuis 3,5 ans regrette l'absence de valorisation financière de l'activité ce qui empêche l'organisation des consultations de manière satisfaisante (le nombre de patient pris en charge est inférieur au nombre prévu initialement). Elle a ainsi l'idée que les infirmières réalisent cette activité « *en plus de leur travail* » et le sentiment « *d'être revenue* » des PC, comme une sorte de désillusion. « *C'est enrichissant et positif, ça il n'y a rien à dire, mais quand on n'a pas les moyens, c'est très dur* ».
- Quelles sont les perspectives d'évolution pour les IDE déléguées à part l'IFCS ?

3.3 Synthèse et réponse aux hypothèses : motivation des équipes renforcées et place du cadre comme acteur innovant du système de santé à sécuriser

Il est aisé de répondre de façon affirmative à la première des hypothèses formulées. Ainsi **le cds, via les protocoles de coopération, répond aux besoins sociaux (reconnaissance et appartenance), de réalisation de soi et d'autonomie des IDE et renforce la motivation de l'équipe soignante.**

En effet, suite à l'enquête réalisée, nous pouvons constater que le besoin d'estime de soi et le besoin de se réaliser apparaissent comme les motivations originelles à l'exercice de la profession d'infirmier. Les protocoles de coopération, en s'adressant à des IDE confirmées, marque la reconnaissance de leurs

compétences, la confiance de l'équipe médicale et de la hiérarchie dans leur expertise. Ils sont preuves de réussite professionnelle, ils renforcent le sentiment d'utilité sociale et stimulent par le désir/défi d'atteindre un but nouveau. Ils sont porteurs de sens (augmentant la part relationnelle dédiée au patient et la compréhension de la prise en charge par une vision globale du système), augmentent l'intérêt au travail, enrichissent les tâches, autonomisent et responsabilisent les infirmières. Ils fortifient le lien médico-paramédical.

Ils sont un mode d'exercice à part entière permettant peut-être la fidélisation du personnel au long terme et/ou la première marche de projets plus étendus. Au-delà de l'espoir de reconnaissance financière, tant du point de vue du salaire que de l'activité en elle-même, ils doivent cependant être exercés dans un cadre défini et sécurisé. Les besoins d'informations et de sécurité sont prégnants. Cela m'amène à répondre à la seconde hypothèse en précisant l'importance du rôle du cadre de santé auprès de son équipe.

Je pense que la seconde hypothèse ne peut-être que partiellement vérifiée : **le cds, par les protocoles de coopération, s'inscrit comme acteur innovant du système de santé en réorganisant le parcours de soins, en mobilisant, en valorisant et en augmentant les compétences IDE ainsi qu'en favorisant les interactions interprofessionnelles.** La réponse est dite partielle car c'est :

- une des limites de ce travail :
 - o ma grille d'entretien interroge majoritairement le projet de PC (le résultat) plus que le rôle et la place du cadre dans ce projet (l'acteur). Il explore d'avantage le management des projets (la compétence) que le management par projet (l'identité).
 - o Les équipes interviewées sont pour la majorité en cours de projet ne permettant pas d'évaluer les résultats à long terme.
- la conséquence de la découverte d'une équipe fonctionnant dans « l'illégalité », déstabilise ma vision du rôle des cadres de santé.

Il m'est alors difficile de positionner le cds comme « acteur innovant du système de santé » bien que son implication et son intérêt pour l'amélioration des parcours de soins et la valorisation du métier infirmier soit sans équivoque.

Les résultats de l'enquête montrent que ce sont les médecins (chefs de service) qui sont majoritairement à l'initiative des PC et que la moitié des CDS ont pris le projet en cours. L'intérêt de ces projets novateurs et dynamiques ne fait pas de doute et vise à l'optimisation du système de soins (dans un contexte de temps médical réduit, de nécessité de fluidifier la prise en charge, de chronicisation des maladies). Ils permettent aussi la mise en valeur des compétences infirmières. Leur bilan repose pour l'instant sur des faits déclaratifs et subjectifs. Il est positif par la réponse à l'exigence de qualité d'un point de vue relationnel (repositionnant du « care » dans la prise en soins), par la

motivation apparente de l'ensemble de l'équipe et par son rayonnement. En termes d'avenir et de perspective, certains cadres attendent une compensation financière pour permettre un meilleur fonctionnement et se questionnent sur l'évolution professionnelle des idées concernées.

Les données recueillies indiquent que le management des projets par le CDS est essentiellement porté sur leur pilotage (plus que sur leur préparation). L'importance de la communication (en amont, décisionnelle et promotionnelle) est reconnue. L'identification des difficultés en termes de lourdeur administrative, de manque de moyen (financiers), de complexité de gestion des plannings et de la dynamique d'équipe dispose le CDS plus dans son rôle de régulateur que d'entrepreneur (selon les 10 rôles du cadre définis par Minzberg (2010)).

Alors oui, même s'il n'est pas toujours à l'initiative de ces projets de coopération, le CDS se place comme acteur innovant du système de santé parce qu'il permet de valoriser les ressources humaines, de répondre à l'évolution de la société et de redistribuer les rôles en fédérant les acteurs en prenant garde d'inclure l'équipe entière dans cette dynamique. Cependant, les contraintes économiques paraissent d'avantage subies que prises en compte dans l'élaboration du projet lui-même. D'autre part, si j'ai pu constater que :

- le rôle du CDS dans la gestion du projet est peu identifiée par l'équipe infirmière hormis lorsqu'elle ressent un manque de soutien et d'information,
- les professionnels ont besoin d'une « autonomie cadrée », seule gage de qualité et de sécurité des soins et seule garantie des intérêts individuels et collectifs,

Alors, la place d'acteur innovant dans le système de santé ne saurait-elle être légitime qu'assortie de la garantie de sécurité de l'équipe soignante, de la juste utilisation des compétences et de la fiabilité du cadre ? Cela tant dans le partage d'informations, qui conforte sur le chemin à suivre pour atteindre l'objectif, que dans la responsabilité assumée des conditions de travail et d'exercice des agents de l'équipe.

CONCLUSION

Ce travail d'initiation à la recherche a été riche et apprenant tant dans l'appropriation de la méthodologie de travail que par l'intensité de la réflexion engagée.

Ainsi, nous avons pu voir que la modernisation du système de santé, en regard de l'évolution démographique et sanitaire du pays, impose aux professionnels et aux politiques « d'innover » et de se moderniser afin de pérenniser notre système. Cependant, cette démarche ne pourrait se faire humainement sans mettre ou remettre du sens au travail des professionnels exerçant au quotidien auprès des patients. La place du cadre de santé est, de fait, centrale. Il est le lien entre les injonctions, parfois contradictoires, de la hiérarchie et les professionnels exécutant. Il tente de rendre l'action cohérente, de construire une équipe autour d'un sentiment d'appartenance permettant d'impliquer le personnel individuellement et de gagner en compétences collectives.

Le management par projet est un état d'esprit. Au-delà de l'invention ou de la créativité nécessaire, l'innovation est un processus qui mènera l'idée à son terme ou non. Elle ne se résume pas à la nouveauté mais elle consiste parfois simplement à remodeler l'existant pour le rendre plus performant. Le manager, par la mise en place de projets, souhaite fédérer les équipes autour d'objectifs communs, vise l'optimisation des ressources sous contrainte, donne un sens aux orientations et fait travailler « ensemble ». Le management des projets est une compétence complexe mais elle s'apprend. C'est une méthode, un outil managérial, comprenant la conduite de projet et du changement (méthodes structurées) et la gestion des dynamiques de groupe (méthode plus incertaine).

Les « nouveaux métiers » paramédicaux : recherche, pratique avancée et protocole de coopération, parce qu'ils sont vecteurs de reconnaissance des compétences infirmières et qu'ils positionnent la profession d'une manière nouvelle, complémentaire et efficace dans le système de santé, offrent une perspective intéressante et attendue par les professionnels. Ils sont néanmoins complexes dans leur réalisation (d'un point de vue législatif, économique et de formation) ce qui entraîne quelque méfiance et lenteur de mise en place.

La motivation est un concept mystérieux mais essentiel à l'activité de management. Complexe par l'individualité des perceptions, des besoins, des comportements et des personnalités de chaque professionnel encadré. Ses leviers managériaux n'en restent pas moins le sens donné à l'action (ré-humaniser le travail, le sortir de sa routine, enrichir les tâches, valoriser le travail tout en s'adaptant à l'individu) et la « juste » posture du cadre flexible et adaptable aux différentes situations (environnement et personnalités rencontrées). Joli Graal.

Les résultats de l'enquête menée auprès de six équipes participant à un protocole de coopération acceptent l'hypothèse que le cadre de santé, à travers ces projets, répond aux besoins sociaux, de réalisation de soi et d'autonomie des infirmières et renforce ainsi la motivation des équipes soignantes. La motivation originelle à exercer le métier d'infirmier semble être la réponse au besoin d'estime de soi et de se réaliser. Les protocoles de coopération, en s'adressant à des infirmières confirmées, marquent la reconnaissance de leurs compétences et la confiance de l'équipe médicale et hiérarchique dans leur expertise. Ils sont porteurs de sens et augmentent l'intérêt au travail, ils fortifient le lien médico-paramédical, autonomisent et responsabilisent les équipes.

Le cadre de santé peut se placer comme acteur innovant du système de santé en valorisant les ressources humaines, en répondant à l'évolution de la société et en participant à la redistribution des rôles de chacun des acteurs. Cependant, les limites de mon outil d'enquête, la rencontre d'une équipe exerçant de manière non autorisée et le besoin de sécurité et de cadrage évoqué par les infirmières interviewées m'obligent à me questionner sur la garantie de sécurité, sur la juste utilisation des compétences et sur la fiabilité que doit offrir, avant tout, le cadre à son équipe.

BIBLIOGRAPHIE

Articles

Acker F, Infirmières : des pratiques en redéfinition ; une opportunité pour repenser quelques dimensions du soin ?, Recherche en soins infirmiers, 2/2008 (n°93), p61-67, [consulté le 11/12/2016 à 16h17], disponible : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2008-2-page-61.htm>

APMnews, Le ministère promet diverses mesures en faveur des infirmiers, [consulté le 09/11/2016 à 10h30], disponible : http://intranet.apmnews.info/print_story.php?numero=276102

Béguin F., « Des journées sans boire, sans manger » : le ras-le-bol infirmier, [consulté le 21/11/2016 à 22h23], disponible http://www.lemonde.fr/sante/article/2016/11/07/des-journees-sans-boire-sans-manger-le-ras-le-bol-infirmier_5026497_1651302.html

Boutinet J-P, En quoi un projet peut-il faire sens ?, Soins Cadres, Aout 2013 n°87, p16

Debout C, Eymard C, Rothan-Tondeur M, Une formation doctorale dans la filière infirmière : plus-value et orientation dans le contexte français, Revue Recherches en soins infirmiers, Janvier 2010 n°100, p134 à 144.

Deloro C., Le sens de nos actes et le sens de l'humour, Soins Cadres, Aout 2013 n°87, p27-29

Devers G, Les nouvelles coopérations entre professionnels de santé et l'exercice illégal des professions de santé, Droit Déontologie & Soins, 2011, Elsevier Masson, [consulté le 16/02/2017 à 21h10], disponible : http://ac.els-cdn.com.ezproxy.u-pec.fr/S1629658311000987/1-s2.0-S1629658311000987-main.pdf?_tid=82221c48-f483-11e6-88d7-0000aacb35f&acdnat=1487275814_4073472a272e7ddf8a74db99c8f4244f

Dortier JF, L'innovation : un nouveau mythe de la création ? In Innovation et Créativité, Les Grands Dossiers des Sciences Humaines, mars-avril-mai 2015, n°38, p6-8.

Dortier JF, Qu'est-ce que la créativité ? In Innovation et Créativité, Les Grands Dossiers des Sciences Humaines, mars-avril-mai 2015, n°38, p62-71

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

Lefèvre N, L'entretien comme méthode de recherche, Méthode et technique d'enquête, Master 1 SLEC, [consulté le 12/03/2017 à 7h48], disponible : http://staps.univ-lille2.fr/fileadmin/user_upload/ressources_peda/Masters/SLEC/entre_meth_recher.pdf

Nayrac C., Temps et confiance permettront aux cadres de santé d'innover et de s'adapter, [consulté le 21/11/2016 à 8h52], disponible : http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20161121-ressources-humaines-temps-et-confiance-permettront-aux-cadres?utm_campaign=EDITION_QUOTIDIENNE&utm_medium=Email&utm_source=ExactTarget

Ninane F, Daeppen JB, Bugnon O, Soins intégrés : comment accompagner un changement de culture ?, Revue Médicale Suisse, 1^{er} décembre 2010, [consulté le 11/02/2017 à 12h45], disponible http://www.anfiide-gic-repasi.com/wp-content/uploads/2014/07/Soins-int%C3%A9gr%C3%A9s-comment-accompagner-un-changement-de-culture-suisse-RMS_273_2302.pdf

Popielski J-F, Donner ou redonner du sens au travail, Soins Cadres, Aout 2013 n°87, p15-18

Rivet M, Recherche de la performance ou émergence des talents dans la pratique infirmière ?, Soins Cadre n°80, Novembre 2011, p24-28

Stuwe L de la DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS DGOS-PHRIP, Quels soignants pour demain ? Une interdisciplinarité à repenser, CHU d'Angers, 2^{ème} journées francophones de la recherche en soins, le 10 avril 2015, Angers, [consulté le 11 novembre 2016 à 16h18], disponible sur : <https://www.chu-angers.fr/recherche-et-innovation-en-sante/recherche-clinique/recherche-en-soins/journees-francophones-de-recherche-en-soin/2e-journees-francophones-de-recherche-en-soins-56025.kjsp?RH=1435660932120>

Ouvrages

Bériot D, L'approche systémique, chapitre 4-6-7 In Manager par l'approche systémique, Paris, Edition Eyrolles, 2014, p61-72 et p109-156.

Bourret P, Les cadres de sante à l'hôpital, Paris, Editions Seli Arslan, 2014, 286p

Devillard O, Ce qui fait équipe, Dynamiques d'équipe, Edition d'organisation, Paris, 2005, p3 à 44.

Gaglio G, Sociologie de l'innovation, Editions Que sais-je ?, Paris, 2011, 126p

Formations des professions de santé, profession infirmier, recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'état et à l'exercice de la profession, édité par SEDI, 30700 UZES (1108) – ref 6505505 en aout 2011.

Jancourt D, Simart M, Le management par projets. Un défi pour les établissements de santé In Performance et innovation dans les établissements de santé, Paris, Dunod, 2015, p167-184

Lévy-Leboyer C, La motivation au travail, Modèles et stratégies, Editions d'Organisation, Paris, 2006, 245p

Mintzberg H, Le manager au quotidien, les 10 rôles du cadre, Edition Eyrolles, Paris, 2010, 283p

Rapports ministériels et législatifs

Berland Y, « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences », [consulté le 27.11.2016 à 19h28], disponible :

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000619.pdf>

Circulaire N°DHOS/MOPRC/RH1/2009/299 du 28 septembre 2009 relative au programme hospitalier de recherche infirmière pour 2010, [consulté le 11/02/2017 à 18h32], disponible : http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2009/09-10/ste_20090010_0100_0074.pdf

Drees, L'état de santé de la population en France, Rapport 2015, Synthèse p9 à 36 [consulté le 04/12/2016 à 16h30], disponible : http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rappeds_v11_16032015.pdf

Elbaum M, Enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé », décembre 2007, [consulté le 18/02/2017 à 15h17], disponible : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/pratiques_actuelles_de_cooperation.pdf, p1 à 30

Evin C, Les contraintes In Les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé : les aspects juridiques, 2007, [consulté le 18/02/2017 à 15h55], disponible : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/cooperation_pros_rapport_aspects_juridiques.pdf, p13-30

Henart L, Berland Y, Cadet D, Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire, Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer, Janvier 2011, [consulté le 16/01/2017 à 19h59], disponible : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_relatif_aux_metiers_en_sante_de_niveau_intermediaire_-_Professionnels_d_aujourd_hui_et_nouveaux_metiers_-_des_pistes_pour_avancer.pdf

IGAS, Rapport 2012 L'hôpital, [consulté le 03/12/2016 à 9h36], disponible : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000107.pdf>

Légifrance, LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, [consulté le 11/11/2016 à 18h38], disponible :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>

Matillon Y, Rapport Matillon : Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé, 2003, [consulté le 02/12/2016 à 12h28], disponible : <http://www.aeeibo.com/rapport-matillon-pdf.html>

Vallancien G., L'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France, Avril 2006, [consulté le 08/12/2016 à 21h49], disponible : http://medias.lemonde.fr/mmpub/edt/doc/20060419/763097_rapport_chirurgie.pdf

Webographie

Aix-Marseille Université, Master Sciences cliniques infirmières, [consulté le 20/11/2016 à 23h39], disponible : <http://formations.univ-amu.fr/ME5ACI.html>

Amis de Flaubert et de Maupassant, Un officier de santé nommé Charles Bovary par le Dr Galérant, [consulté le 16/04/2017 à 16h06], disponible : http://www.amis-flaubert-maupassant.fr/article-bulletins/037_024/

Archives Nationales, Médecin ou officier de santé au XIXème siècle, [consulté le 16/04/2017 à 15h41], disponible : <https://www.siv.archives-nationales.culture.gouv.fr/siv/cms/content/helpGuide.action?uuid=abcdbb0c-0bcf-4c30-8b53-f6fd0b671ac3>

Centre Cochrane Français, Introduction à l'Evidence-based nursing, [consulté le 16 octobre 2016 à 16h25], disponible : <http://tutoriel.fr.cochrane.org/fr/introduction-%C3%A0-levidence-based-nursing>

CHU-ANGERS, Journée francophones de la recherche en soins, [consulté le 11/11/2016 à 16h18], disponible : <https://www.chu-angers.fr/recherche-et-innovation-en-sante/recherche-clinique/recherche-en-soins/journees-francophones-de-recherche-en-soin/journees-francophones-de-recherche-en-soins-jfrs--57402.kjsp?RH=1435660932120>

HAS, Les protocoles de coopération art 51, Bilan du dispositif, Evaluation 2014, Novembre 2015, [consulté le 14/02/2017 à 18h31], disponible : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-01/rapport_d_activite_article_51_2014_post-college_vf.pdf

HAS, Professionnels et transferts d'activité – Bilan sur les protocoles de coopération, 3 Mars 2016, [consulté le 14/02/2017 à 18h33], disponible : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2612173/fr/professionnels-et-transferts-d-activite-bilan-sur-les-protocoles-de-cooperation

HAS, Education thérapeutique du patient, Définition, finalités et organisation, Juin 2007, [consulté le 16/04/2017 à 10h36], disponible : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf

INPES, Santé Publique France, Les formations diplômantes, [consulté le 16/04/2017 à 15h35], disponible : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/FormationsEpS/liste.asp>

Larousse, Dictionnaire de français, [consulté le 20/11/2016 à 23h21], disponible : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/innover/43197?q=innover#43099>

Ordre National des infirmiers, Spécialisation infirmière : pour une mise en œuvre pleine et entière du LMD, Mai 2015, [consulté le 11/12/2016 à 15h02], disponible : <http://www.ordre-infirmiers.fr/actualites-presse/articles/specialites-infirmieres-pour-une-mise-en-oeuvre-pleine-et-entiere-du-lmd.html>

Pratique avancée : la loi de santé est parue au JO du 27 janvier 2016 | SNPI [Consulté le 11/11/2016 à 18h36], disponible : <http://www.syndicat-infirmier.com/Pratique-avancee-la-loi-de-sante.html>.

Supports pédagogiques

De Bastard V, Fédérer l'équipe autour d'un projet, Cours dispensé à l'ESM le 15/12/2016.

Dumont J-P, La motivation, une construction dialogue ; Des concepts à l'action en GRH dans les organisations de santé, Master Management et Santé 1 et 2, Aout 2016, p53 à p75.

IFCS ESM, Guide du mémoire à l'usage des étudiants 2016-2017

Letourneaux D, Innover pour préparer les métiers de demain In Politique de Santé, Cours reçu dans le cadre du Master p191 Management des Organisation de Santé, UPEC, le 10/01/2017, p190-200

Tuytten A, La conduite de projets : apports théoriques, démarche et outils, Cours dispensé à l'ESM le 08/11/2016.

Autres

Projet d'établissement 2015-2019 AP-HP, Projet de soins

Plan Cancer 2014-2019, Synthèse, février 2014

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1 : Grilles d'entretiens et indicateurs

Annexe 2 : Entretiens infirmiers

Annexe 3 : Entretiens cadres de santé

ANNEXE 1

GRILLE D'ENTRETIEN ET INDICATEURS

GRILLE D'ENTRETIEN A L'ATTENTION

DES INFIMIERES PARTICIPANT A UN PROJET D EPROTOCOLE DE COOPERATION

1. Age :
2. Ancienneté dans le métier ?
3. Parcours professionnel ?
4. Date de mise en place du protocole de coopération ou du projet le cas échéant ?

QUESTIONS	RELANCE	INDICATEURS
5. Que recherchez-vous dans le métier d'infirmier ?		Recueillir la motivation intrinsèque initiale pour voir son évolution au cours de la carrière. Besoin primaire salaire, sécurité emploi appartenance au groupe, réalisation de soi
6. Qui a été à l'initiative du protocole de coopération ?		Cds ? Médecin ? Equipe ?
7. Pourquoi avez-vous souhaitez y participer ?		Besoins d'évolution et de réussite (besoin d'estime), Marque de reconnaissance de ses compétences, marque de confiance des médecins et de la hiérarchie Permet l'autonomie Amélioration de la prise en charge patient → rôle social de l'ide Importance du projet (sa valeur)
8. Que vous a apporté la formation reçue ?	Sentiment de réussite professionnelle ?	Réussite par augmentation des compétences Valorisation du parcours professionnel
9. Qu'est-ce qui différencie votre travail	Qu'est-ce que le fait de réaliser une activité	Responsabilité, autonomie, valorisation, intérêt du travail augmenté

<p>d'aujourd'hui avec celui d'hier ?</p>	<p>supplémentaire vous apporte au quotidien ?</p> <p>Est-ce que cela vous semble exploiter au mieux votre potentiel ?</p>	<p>Sens différent</p> <p>Enrichissement des tâches</p> <p>Le travail demandé est à la hauteur des compétences (équité input/output)</p> <p>Satisfaction</p> <p>Le sens au travail : moins de routine / monotonie, enrichir les tâches, augmentation des compétences</p>
<p>10. Pensez-vous apporter quelque chose de différent aujourd'hui au patient ?</p>		<p>utilité sociale</p> <p>efficacité du travail</p>
<p>11. Vos liens et relation avec vos collègues ont-ils évolués depuis l'idée du protocole ? Avec les IDE participant au protocole ? Avec les médecins délégants ? Avec la cadre responsable du projet ? Avec vos pairs ?</p>		<p>Equipe soudée : médecin / ide / cds</p> <p>Reconnaissance des compétences de la part du cds et du médecin</p> <p>« travailler ensemble »</p> <p>Décloisonnement des professions de santé</p>
<p>12. Diffusez-vous cette expérience au-delà de votre équipe ?</p>		<p>« Rayonnement » de l'équipe</p> <p>Estime de soi</p> <p>Valeur du projet</p>
<p>13. Que vous manque-t-il aujourd'hui ?</p>		
<p>14. Quels sont vos projets pour l'avenir ?</p>		<p>Perspective de pratiques avancées ?</p>

GRILLE D'ENTRETIEN A L'ATTENTION

DES CADRES DE SANTE PARTICIPANT A UN PROJET DE PROTOCOLE DE COOPERATION

QUESTIONS	RELANCE	INDICATEURS
1. Avez-vous été à l'initiative du projet protocole de coopération ?		
2. Si oui, comment l'idée vous est venue ?	Vous semblait-il important de réorganiser le parcours de soins ? pourquoi ?	Innovation managérial face aux Contraintes économiques et sociétales : Solution à problème organisationnel ?
3. Si non, pourquoi l'avez-vous acceptée ?	l'évolution sanitaire et démographique ? (plus de patient, vieillissement de la population, chronicisation des maladies, temps médical réduit) souci de qualité de prise en charge ? (le patient a besoin de temps)	Réponse à la contrainte de prise en charge des patients dans contexte de temps médical réduit. Chronicisation des maladies et augmentation du nb de patients suivis. Solution au manque de reconnaissance ? progrès social ? Améliorer le parcours patient ? Légaliser une pratique déjà existante ?
4. Qu'est-ce qui vous a plus dans cette démarche ?	Est-ce que le parcours patient a été modifié ? Est-ce que les ide ont reçu une formation spécifique ? Qu'est-ce qu'apporte les nouvelles compétences ?	CDS comme leader de l'équipe : Créer le mouvement, envisager l'avenir sous une autre forme, motiver les partenaires et les fédérer Originalité de la démarche Définition d'un nouveau mode de prise en charge, création,

	<p>Avez-vous vu un resserrement des liens interprofessionnels ?</p> <p>une idée de complémentarité des compétences reconnue ?</p>	<p>Coordination et graduation du parcours de soins :</p> <p>définition d'un nouveau parcours de soins plus efficient et gradué</p> <p>appuie sur la valeur ajoutée des compétences ide</p> <p>management par projet : fédération de l'équipe autour d'un objectif et complémentarité des compétences</p>
<p>La gestion de projet :</p>		
<p>5. Quels ont été les atouts de ce projet ?</p>		<p>Objectifs précis et accepté de tous, qui fédère et qui donne sens</p>
<p>6. Les différentes étapes ?</p>	<p>Comment avez-vous procédé ? Quelles étapes ?</p>	<p>Le cds maitrise la gestion de projet et identifie différentes étapes :</p> <p>Objectif / ressources nécessaires (RH et formation)/ démarche administrative / définition du parcours patient et des moyens de recours médicaux (risque et évènement indésirable)/ construction des outils de suivi de l'activité.</p>
<p>7. Quelles ont été les difficultés rencontrées ?</p>		<p>Temps / lourdeur administrative</p>
<p>8. Choix des acteurs : comment avez-vous fait le choix des ide ?</p>	<p>Quels ont été vos critères de choix ?</p>	<p>Le cds connait son equipe et les compétences de chacun : Valorisation du parcours professionnel</p>

<p>9. Quelle communication autour de ce projet ?</p>	<p>Comment avez-vous informé la direction ? comment avez-vous informé l'équipe ? les autres services ou partenaires intervenants dans la prise en charge ?</p>	<p>Le cds communique : Avant le lancement / pendant / après ? opérationnelle (coordination), décisionnelle, promotionnelle</p>
<p>10. Avez-vous perçu des résistances de la part de membre de votre équipe (large) ?</p>		<p>Importance de la communication</p>
<p>11. Quels bénéfices tirez-vous aujourd'hui de cette expérience ?</p>	<p>Avez-vous perçu une énergie différente dans l'équipe (du protocole et plus grande) ? Avez-vous des retours du corps médical sur cette coopération ?</p>	<p>Unification de l'équipe autour du projet Développement, reconnaissance et valorisation des compétences infirmières Efficience du parcours de soins, optimisation du temps médical, utilisation des compétences IDE dans le suivi des patients, compétences spécifiques et complémentaire de chacun Motivation de l'équipe Qualité et sécurité de la prise en soins du patient</p>

ANNEXE 2

ENTRETIENS INFIRMIERS

ENTRETIEN TEST IDE n°0

Etablissement privé, région parisienne, protocole validé par l'ARS

1/ Age, ancienneté, parcours professionnel ?

J'ai 42 ans, je suis diplômée depuis 1999. J'ai travaillé en chirurgie digestive 7 ans, puis 3 ans en chirurgie gynéco et urologique. J'ai travaillé quelques mois en médecine neurologique puis en consultation et soins externes depuis maintenant 6 ans.

2/ Quand a débuté le projet de protocole de coopération ?

En juillet 2014. Nous avons eu l'accord de l'ARS en septembre 2016.

3/ Que recherchez-vous dans le métier d'infirmier ?

Soulager les gens avant tout, réparer quelque chose (mon père a été malade toute mon enfance), me rendre utile.

4/ Qui a été à l'initiative du protocole de coopération ?

La cadre du service.

5/ Pourquoi avez-vous souhaité y participer ?

Parce que c'était un projet innovant qui apporte une plus value au rôle infirmier. Ça donne une idée du futur, ça revalorise le métier. C'était une reconnaissance de mon professionnalisme par la hiérarchie puis ça ouvre des perspectives. J'aimerais être infirmière de pratiques avancées.

6/ Aviez-vous des appréhensions ?

Oui, sur les conséquences du geste, sur la responsabilité mais je me sentais capable de le faire.

7/ Avez-vous participé au processus de construction du protocole (choix de la formation, réflexion sur le parcours patient, élaboration des outils de suivi d'activité) ?

Non mais je n'en ressentais pas le besoin, j'avais confiance.

8/ Que vous a apporté la formation reçue ?

Une prise de conscience, un rafraichissement des données notamment sur l'hygiène mais aussi de nouvelles connaissances. Je pense qu'il manquait les risques inhérents au geste dans la formation mais on en a reparlé après.

9/ Qu'est-ce qui différencie votre travail d'aujourd'hui (protocole de coopération) de celui d'hier ?

Une plus grande autonomie. Je fais aussi plus attention qu'avant sur l'asepsie car j'ai une grande responsabilité. C'est un acte qui valorise beaucoup car il est efficace, ça soulage immédiatement la

patiente et ce n'est pas douloureux, du coup j'en retire une grande satisfaction. Ça permet au médecin de prioriser leur prise en charge mais je n'ai pas pour autant l'impression d'être la « petite main ». J'ai une vraie responsabilité et je suis reconnue par le médecin. C'est un vrai rôle auprès du patient, une vraie prise en charge.

10/ Qu'apportez-vous au patient par la réalisation de ce protocole ?

Je ne crois pas qu'il se rende compte de la différence mais il est satisfait de cette prise en charge. Une fois, une des patientes, qui du fait d'une petite complication devait être prise en charge par le médecin, a demandé à être quand même ponctionnée par l'infirmière qui s'était occupé d'elle la fois précédente. C'était plutôt gratifiant.

11/ Vos liens et regards ont-ils évolués depuis l'idée du protocole ?? Avec la cadre ? Avec vos pairs ?

Dans l'équipe, on a eu une infirmière qui a été assez envieuse de ne pas en faire partie. Une autre nous alertait sur les risques, notamment de responsabilité.

Au niveau de la hiérarchie ça n'a pas changé nos relations mais c'est sûr que ça donne une bonne dynamique. Je suis très investie dans le service, j'ai eu ma VAP (*prime de Valorisation des Acquis Professionnels*). Mais c'est aussi à l'image de l'établissement qui est toujours en recherche de nouveauté, qui essaie de progresser et de se remettre en question.

12/ Informez-vous vos collègues / pairs de cette activité ?

Oui, je suis un DU actuellement d'infirmière clinicienne. Alors j'en parle. On intervient aussi à l'AFIC (*Association Française des Infirmières de Cancérologie*), j'en parle autour de moi, c'est une source de fierté. J'ai été très « joyeuse » quand on a reçu l'accord de l'ARS.

13/ Que vous manque-t-il dans ce travail ?

Une reconnaissance financière, en général pour la profession infirmière et en particulier pour les protocoles de coopérations. Je regrette aussi un manque d'information du patient de la part du médecin sur ce protocole. C'est souvent nous qui l'y en informons.

14/ Avez-vous des projets pour l'avenir ?

Bien, je vais me calmer un peu (rire). Je suis en cours de DU, je participe à l'ouverture de consultation infirmière pneumo, il y a le protocole de coopération. Ça attire un peu la jalousie et la critique des autres je crois car je suis investie sur plein de projets ...

ENTRETIEN DES IDE 1-2 ET 3

Etablissement public, région parisienne, protocole en attente de validation mais mise en place

Commentaires : *objectif du protocole : répondre à l'aggravation du patient qui a une atteinte cérébrale et l'orienter. Actes dérogatoires : diagnostic de situation, adaptation des traitements corticoïdes, antiépileptique et chimiothérapique. Ce protocole est mis en place sans l'accord de l'ARS depuis 15 ans, sous couvert de la direction.*

1/ Age / ancienneté dans le métier / parcours professionnel :

IDE 1 : 48 ans, n'est plus en soins généraux, infirmière référente depuis 5 ans, diplômée depuis 10 ans. A travaillé en gériatrie, HdJ neuro-onco puis a suivi la formation spécifique référente neuro-onco (interne au service) → Certificat neuro-médical en 2012. Cette formation a été préparée sur 6 mois. Elle correspond au module de neuro des études de médecine + stage + suivi du parcours patient neuro-onco. En 2014, obtient le DIU de soins infirmiers en neuro-oncologie pour renforcer ses compétences.

IDE 2 : diplômée en 1993, a travaillé 20 ans en pneumologie puis a été référente en cancer thoracique pendant 6 ans. Puis IDE en HDJ pendant 2 ans. Puis 2 ans de (*participation à la*) recherche sur la maladie d'Alzheimer. Certificat neuro-onco en septembre 2016 et en cours du DIU neuro-onco.

IDE 3 : 56 ans, diplômée en 1985. Été agent hospitalier au départ. En tant qu'ide a travaillé 7 en réa, 16 ans en onco en province puis a été embauchée à la naissance du projet du PC (protocole coopération). A travaillé en Hdj Radiothérapie, puis à reçue la formation certifiante en janvier 2008. A d'autre part un DU en Soins palliatif, en neuro-onco et en sexologie.

2/ Que recherchez-vous dans le métier d'infirmier ?

IDE 1 : voulait être sage-femme mais a été mal orientée. A travaillé dans le commerce, 10 ans dans une mutuelle. A été 2 AS et n'a plus voulu être sage-femme. A fait IDE pour progresser dans sa carrière. Ne sait pas pourquoi, aimait l'hôpital, la prise en charge et les soins.

IDE 2 : voulait travailler dans l'humanitaire mais s'est mariée. A toujours voulu être IDE pour « aider les autres ».

IDE 3 : a eu son premier enfant en terminal, a donc arrêté ses études. A travaillé à Carrefour puis est entrée à l'hôpital en 1980 comme agent hospitalier. A voulu faire soit du Droit, soit de la Santé pour « aider ». A d'ailleurs réaliser une VAE pour entrer en école de magistrature.

3/ Date de mise en place du protocole de coopération ou du projet le cas échéant :

Il y a 15 ans

4/ Qui a été à l'initiative du protocole de coopération ?

La Cadre supérieur de l'époque et le Chef de Service. Ils ont pris exemple sur ce qui se faisait aux Etats Unis. C'était une démarche acceptée par la direction.

5/ Pourquoi avez-vous souhaité y participer ?

IDE 1 : arrivée au départ d'une collègue, a accepté la proposition faite par la cadre. Intéressée par le contact avec les familles, par la pathologie particulière. « Privilège d'avoir le temps ». Suivi plus pointu. Formation non évidente et investissement intense (« lit de camp ») car sollicitation permanente des collègues et médecins. Demande de savoir se positionner, note la confiance des médecins et des équipes paramédicale, « avait envie de tenter ». Savoir trouver la bonne réponse en fonction de la famille, du contexte et du patient. Beaucoup de facteurs sont à prendre en compte. « Avoir la bonne attitude », « s'adapter à l'étape que le patient franchi ». Être multitâches sans jamais arriver au bout et sans relais.

IDE 2 : contact privilégié, avait déjà eu une expérience en pneumo et n'était pas intéressée par la recherche Alzheimer. A été « recrutée » par une IDE de l'équipe déjà en place.

IDE 3 : ne voulait pas faire l'école des cadres mais voulait prendre des responsabilités. Pas d'autre alternative pour gagner en responsabilité tout en restant dans les soins. Très enthousiaste à l'idée de refaire des études. Avance, avenir, espoir que ça bouge, change l'esprit même des médecins. A reçu l'accord de la direction et de l'université « ce poste est fait pour moi », optimiste. Souhaiterait que cette démarche soit étendue, transposé, à d'autres établissements, à tout le métier. Reference aux « officiers de santé », « praticien en soins », « partie médicale en laissant le soin dedans ». Permet le suivie global d'une situation médicale. Importance du tiers dans la relation (aidant). Travaille en « deuil anticipé tout le temps », charge de travail importante, veut dans son équipe des gens qui veulent « bosser un peu », il faut « être ouvert et disponible » pour la famille et les médecins. Projet « génial » dans la prise de responsabilité et de confiance. De plus, l'objectif médical est de participer à la recherche. Observe une baisse de la qualité (générale) des prises en charge et a donc un rôle très important dans la régulation en alertant sur les déficits et problèmes. « On ne pourrait plus travailler sans nous ». Travail fragilisant pour certain, ça ne s'arrête jamais. Nécessite beaucoup d'énergie pour répondre. Fait ce que le médecin faisait avant : décide et organise en fonction du contexte.

6/ Vous avez reçu une formation spécifique dans le cadre de ce projet. Que vous a-t-elle apporté ?

IDE 1 : permet de mieux comprendre le langage médical même si le niveau de formation n'est pas comparable. On ne se sent pas perdue. Permet de nous interroger. Cela rassure le patient.

IDE 2 : se sentir plus jeune, visualiser les choses (physio-anatomo-pathologie), lien très important avec le patient.

IDE 3 : rigolo, impossible de remplir ce rôle sans cette formation, elle est nécessaire, « comme un permis de conduire » et est garante de la sécurité du patient. Ça ouvre l'esprit, permet une légitimité envers le patient et l'équipe médicale. « Avec certain médecin, ce n'est pas facile », « d'autres sont sûrs de notre savoir ». Le PC est médecin dépendant, on risque de rétrograder quand le chef de service partira. Parle beaucoup de sa fonction dans les congrès, a certaine fois été « huée » par des IDE. C'est une expérience très positive, on devrait demander à nos malades. Ils sont rassurés. On a un rôle de contrôle pour le patient « médecin traitant de la neuro à l'hôpital ».

7/ Qu'est-ce qui différencie votre travail d'aujourd'hui (depuis le protocole coop) et celui d'hier ?

IDE 1 : on se rend compte qu'on a de la capacité sous exploitée, diversité des missions, autonomie dans le cadre de l'hôpital. Responsabilité et remise en question des pratiques constantes. Importance d'être réactive à la réaction des autres. Aide à évoluer, plus de tâches répétitives. Travail plus riche. On doit trouver une solution à des situations difficile → Gratification. Reconnaissance des familles.

IDE 2 : remise en question tous les jours, ne pourrait plus faire de travail en salle, être auprès du patient, « donner du sens ».

IDE 3 : passe des soins répétitifs à un métier relationnel accompli. « ca comble ». Quand on a fait le tour, envie de faire progresser les statuts IDE sur un parcours complet. Intensité de la relation. « On se nourrit, on y trouve beaucoup de bonheur ». Reconnaissance des familles.

8/ Pensez-vous apporter quelque chose de différent aujourd'hui au patient ?

+++++ Qualité de vie augmentée, sans aucun doute.

9/ Comment vos relations avec vos collègues ont évolué depuis l'idée du protocole ? Avec les IDE participant au protocole ? Avec les médecins délégués ? Avec la cadre responsable du projet ? Avec vos pairs ?

IDE 1 : certain médecins n'ont pas compris notre fonction. La qualité de prise en charge dépend de la place qu'on donne à la famille.

IDE 2 : certaines collègues IDE se « délestent », c'est dommage car mettrait un peu de piment. Les médecins parlent plus de nous aux patients. « chose confiée par les familles », soutient pour la salle. Très important de savoir communiquer. Accorder le temps à la famille, « on a la chance de pouvoir le faire ». « Avocat du patient ».

IDE 3 : importance d'avoir du tempérament, de savoir ce que l'on veut sinon on risque de se laisser manger. On est appuie pour les autres IDE. Il faut être clair dans ce qu'on sait faire : face aux médecins et face aux équipes. Le tiers est obligatoire dans la prise en charge. Beaucoup de reconnaissance de la part des médecins. Différence entre « coordination et partage et collaboration (dans la décision) » avec le médecin. Donner du temps à la relation, on apprend beaucoup de ça. « Autorisée à intervenir sur la

prise en charge », légitimité de dire les choses sans répercussions sur la relation médicale. Etre garant du bon soin en entendant tous les partis, synthèse, milieu du système. Aide à grandir.

10/ Diffusez-vous cette expérience au-delà de votre équipe ? Où ? Pourquoi ?

IDE 1 : non

IDE 2 : oui quand j'ai commencé mais critique reçues : « ça te demande plus de responsabilité et plus de temps mais pas de rémunération supplémentaire » ?? C'est « dure payé »

IDE 3 : oui dans des congrès puis quand entourée de médecin pour valorisation de la fonction. « dès que j'en ai l'occasion dans le monde de la Santé ».

11/ Que vous manque-t-il aujourd'hui ?

IDE 1 : « si notre première attente était financière, on ne l'aurait pas fait ». Place des Infirmière de PA dans les MSP dans un contexte de raréfaction médicale. La cadre ne connaît pas notre fonction. Manque de soutien.

IDE 2 : pas de compensation salariale, c'est gratifiant mais le reste ?

IDE 3 : on n'est pas des « bonnes sœurs de service ». Le problème de rémunération est une ambiguïté très importante de ce système ainsi que le problème de statut « on a plus de responsabilité que la cadre ». Souhaiterait que ce protocole soit transposable à d'autres équipes. Médecin responsable triste que cela n'avance pas. Pas de cadre qui porte le projet vers le haut, « on se démerde toutes seules ».

12/ Quels sont vos projets pour l'avenir ?

IDE 1 : concours pour Cadre formateur

IDE 2 : vient d'arriver « s'installe »

IDE 3 : sexologue pour prise en charge patient neuro, formation de formateur occasionnel, hypnose, retraite.

ENTRETIEN IDE n°4

Etablissement public, province, projet en suspens, ETP

Commentaire : vision globale des nouveaux métiers car confusion entre protocole de coopération, consultation de suivi et éducation thérapeutique. Projet du protocole de coopération mis de côté pour l'instant car « ne se sent pas capable ». Consultation ide.

1/ Age / Ancienneté dans le métier / Parcours professionnel :

J'ai 50 ans. Je suis Ide depuis 2004, j'ai été AS et monitrice de ski. J'ai travaillé en rééducation (militaire à Percy pendant 5 ans) puis en médecine interne et neurologique. En 2014, j'intègre le service de neurologie de Lens avec le projet d'éducation thérapeutique porté par le corps médicale dans la prise en charge des patients Parkinsonien ainsi que les consultations mémoire. Le projet d'éducation thérapeutique provient du programme du CHRU de Lille.

2/ Date de mise en place du protocole de coopération ou du projet le cas échéant

Le programme thérapeutique a été autorisé en 2014. Le protocole de coopération est en suspend car le projet d'éducation thérapeutique est prioritaire. Je manque de temps et je ne me sens pas la capacité du projet.

Je participe d'autre part à 2 autres consultations (AVC et mémoire) qui nécessite un travail multidisciplinaire.

3/ Que recherchez-vous dans le métier d'infirmier ?

Non posée

4/ Qui a été à l'initiative du protocole de coopération ?

C'est un projet médical.

5/ Pourquoi avez-vous souhaité y participer ?

Pour la relation humaine avec le patient et les médecins, la prise en compte de notre avis, la reconnaissance de compétence et la prise en charge plus générale et plus complète du patient. On lui apporte quelque chose de différent, on peut prendre en charge l'avant et l'après symptôme (à la différence de l'hospitalisation).

6/ Vous avez reçu une formation spécifique dans le cadre de ce projet. Que vous a-t-elle apporté ? (ET)

La Formation de 70h sur l'éducation thérapeutique m'a apporté beaucoup de recherche, d'échange. J'ai compris le cadre à respecter, j'ai pu entreprendre et comprendre les ressources du patient et travailler à partir de cela (et non imposer l'information).

7/ Qu'est-ce qui différencie votre travail d'aujourd'hui (ET) et celui d'hier ?

Les points négatifs sont que j'ai l'impression d'être « multitâche », que j'ai plus de paperasserie administrative rébarbative.

Les point positif sont le suivi du patient au long cours, de pouvoir constater son évolution positive, de pouvoir l'orienter et orienter aussi l'aidant. je peux avoir des échanges constructifs. J'ai plus de diversité dans le travail, pas d'ennui, « ça change tout le temps », c'est diversifié.

8/ Pensez-vous apporter quelque chose de différent aujourd'hui au patient ?

Oui, plus de sérénité car je suis moins pressée. J'ai du « Temps consacré avec le lui ».

9/ Comment vos relations avec vos collègues ont évolué depuis l'idée du protocole ? Avec les IDE participant au protocole ? Avec les médecins délégués ? Avec la cadre responsable du projet ? Avec vos pairs ?

La cadre est très accompagnante, elle trouve des solutions aux problèmes et fait des réunions régulières de suivi.

Avec le collègue qui partage avec moi ce projet, nous avons eu une année tumultueuse car j'arrive à la succession d'une personne qui est restée 10 ans en poste. Les 6 premiers mois ont été difficiles puis on a remanié, simplifié et réparti les tâches entre nous. Il est complémentaire et soutien, il me permet de « sortir la tête du guidon ».

Avec les autres infirmières nous n'avons pas de relation spécifique mais des échanges conviviaux en milieu favorable sur les temps de pause.

Avec les médecins, c'est plus compliqué, ils ne se rendent pas compte de la charge de travail, il y a un « esprit médecin » avec des antécédents de fonctionnement. L'évolution est difficile. Il y a cependant une reconnaissance et de l'autonomie, on est de plus en plus expertes mais les médecins tentent de se décharger sur nous en disant « elles vont le faire ». je souhaiterais davantage de valorisation mais il y a quand même une bonne entente globale.

10/ Diffusez-vous cette expérience au-delà de votre équipe ? Où ? Pourquoi ?

Non

11/ Que vous manque-t-il aujourd'hui ?

Du temps, une formation Excel ou des outils plus facile à utiliser (pour les déclarations annuelles à l'ARS dans le cadre de l'éducation thérapeutique). Peut-être aussi plus d'anticipation dans l'organisation pour la répartition de la charge de travail (notamment dans les absences des médecins).

12/ Quels sont vos projets pour l'avenir ?

« Respecter mon temps de travail », pouvoir affiner davantage les pathologies, augmenter l'expertise et les connaissances médicales.

ENTRETIEN IDE n°5

Etablissement public, province, en attente

1/ Age / Ancienneté dans le métier / Parcours professionnel :

Je vais avoir 38 ans, je suis diplômée depuis 2003 et je travaille depuis 13 ans dans le service de néphrologie. Ça fait 5 ans que je fais en plus, de la DP en alternance.

J'ai un DEUG AES et un BAC Littéraire.

2/ Que recherchez-vous dans le métier d'infirmier ?

Je recherchais le contact avec les patients, l'épanouissement professionnel et personnel.

3/ Date de mise en place du protocole de coopération ou du projet le cas échéant :

La formation a commencé en avril 2016.

4/ Qui a été à l'initiative du protocole de coopération ?

Chef de service

5/ Pourquoi avez-vous souhaité y participer ?

On me l'a proposé (*marque de reconnaissance*). D'emblée je ne savais pas du tout de quoi il retournait donc quand on me l'a proposé ça m'a intéressé car c'était un complément après 13 ans en néphrologie. Je connais bien le sujet et c'était la possibilité d'aborder une autre facette du métier et de la pathologie. Faire quelque chose de nouveau en utilisant les connaissances que j'avais déjà et faire de la prévention.

6/ Vous avez reçu une formation spécifique dans le cadre de ce projet. Que vous a-t-elle apporté ?

La formation théorique de 43h m'a apporté beaucoup de connaissance très pointue et poussée dont finalement je ne connaissais que la base. La formation pratique permet de travailler en étroite collaboration avec les médecins. La formation est longue et ça m'aide dans la prise en charge, aujourd'hui dans le service et à l'extérieur.

7/ Qu'est-ce qui différencie votre travail d'aujourd'hui (depuis le protocole coop) et celui d'hier ?

Je me sens plus sûre de moi pour répondre au patient et aux familles puisque j'ai plus de connaissance, j'ai plus d'aplomb. C'est aussi une autre facette du métier.

Pour l'instant je travaille toujours avec le médecin mais à la fin de la formation ce sera peut être différent. J'aurai plus de responsabilité et d'autonomie. Ça fait un petit peur (rire). Le chef de service me dit que je pourrais être déjà autonome mais moi je n'en ai pas l'impression. J'ai encore besoin de voir différents profils de patient.

8/ Pensez-vous apporter quelque chose de différent aujourd'hui au patient ?

J'espère qu'il s'exprimeront plus facilement avec une IDE, qu'ils auront confiance en moi et en mes compétences, possibilité j'espère de pouvoir prendre plus de temps que le médecin notamment dans les conseils de néphro-protection, pouvoir approfondir certaine chose notamment l'ET en la proposant systématiquement.

9/ Comment vos relations avec vos collègues ont évolué depuis l'idée du protocole ? Avec les IDE participant au protocole ? Avec les médecins délégués ? Avec la cadre responsable du projet ? Avec vos pairs ?

Je n'ai pas observé de différence notable, je n'ai pas eu de souci. Au niveau médical, j'ai ressenti de la reconnaissance. Cependant, ça dépend des médecins, certains sont plus investis que d'autres et certains jeunes, déjà un peu stressés, me voient avec un œil un peu différent. Ceux qui ont plus d'expérience sont plutôt contents et nous avons des rôles complémentaires.

10/ Diffusez-vous cette expérience au-delà de votre équipe ? Où ? Pourquoi ?

J'en discute avec ceux qui me demandent, plus avec des personnes qui sont à l'extérieur du service et qui sont intéressées par l'évolution de la profession. Dans le service ce sont les infirmières qui sont là depuis longtemps qui me posent des questions pour voir ce qui est possible de faire.

11/ Que vous manque-t-il aujourd'hui ?

On a de la chance dans le service car on collabore très bien avec toutes les catégories de professionnelles, on est une équipe soudée. Ce qu'il me faudrait c'est peut-être plus de temps auprès des patients pour éviter de « rentrer dans la chambre, faire la prise de sang, ressortir », c'est ça le plus difficile. Et justement la consultation permet de prendre le temps de discuter avec le patient.

12/ Quels sont vos projets pour l'avenir ?

Essentiellement ce projet de coopération. Peut-être que j'aurais la possibilité de travailler plus en DP. On avait aussi eu une réunion avec le DA de l'hôpital qui avait parlé éventuellement de pouvoir créer une équipe mobile : faire des consultations de néphrologie dans d'autres hôpitaux une fois que ce CIP sera bien mis en place.

ENTRETIEN DES IDE 6 et 7

Etablissement public, région parisienne, protocole validé et en place

Commentaire avant entretien : Plus : permet d'échanger, on fait les transmissions avec les médecins le matin, il y a une cohésion d'équipe, un respect des équipes médicales et paramédicales, une reconnaissance.

1/ Age / Ancienneté dans le métier / Parcours professionnel

IDE 6 : 50 ans, infirmière depuis 91, dans le service depuis 10 ans et avant j'ai travaillé pendant 16 ans en chirurgie de nuit à l'Hôtel Dieu.

IDE 7 : 52 ans, ide depuis 86, 10 ans en médecine générale et 20 dans le service de nutrition.

2/ Date de mise en place du protocole de coopération ou du projet le cas échéant

2013

3/ Que recherchez-vous dans le métier d'infirmier ?

IDE 6 : moi c'est un hasard. Je ne voulais pas du tout être infirmière au départ. Je les fais parce que mes parents m'ont poussé. Je voulais faire médecine, c'était difficile. J'ai passé les concours de kiné, orthophoniste que je n'ai pas eu puis maman m'a dit « écoute fait infirmière quand même, on sait jamais ». Je l'ai fait pour lui faire plaisir. Et en fin de compte, après le premier stage, je me suis dit « c'est un métier fait pour moi ». J'aime le contact avec le patient. Ce n'est pas forcément les soins techniques qui m'intéressent mais la prise en charge global.

IDE 7 : moi c'est essentiellement pour le côté relationnel, « aider les autres » et c'est pour ça que je suis restée si longtemps dans ce service car on ne peut pas travailler auprès de patient obèses sans avoir un relationnel important. Le côté technique est intéressant mais ce n'est pas ma priorité. Ce métier permet d'allier les connaissances médicales et paramédicales et de travailler dans plein de secteurs différents. Au bout de 30 ans, on se pose quand même la question de savoir si on veut continuer et je n'ai aucun regret même si les conditions de travail ne sont pas optimales. On aime ce qu'on fait et l'équilibre de la balance se fait.

4/ Qui a été à l'initiative du protocole de coopération ?

Chef de service

5/ Pourquoi avez-vous souhaité y participer ?

IDE 6 : ça s'est fait comme ça de fil en aiguille parce qu'on se rendait compte qu'on faisait déjà des consultations infirmière préopératoire à la demande des médecins pour des patients plus compliqués (difficulté de compréhension, risque de non compliance au traitement). Et notre expérience et

expertise dans le domaine nous on fait réfléchir, avec le médecin. Il y avait pour eux tellement de demande de prise en charge, ils se sont dit pourquoi ne pas mettre en place ces consultations sachant qu'on voyait déjà en premier les patients. On avait construit un questionnaire en lien avec les patients opérés. On se rendait compte qu'on était déjà assez performant dans le domaine et on a monté le projet avec des médecins qui étaient très investis-la dedans.

IDE 7 : reconnaissance de ce qu'on faisait déjà et le médecin de l'époque croyait vraiment à ce côté expertise de l'infirmière, de son rôle auprès du patient. Et c'était ni plus ni moins mettre par écrit et délégué des choses qui ne l'était pas. On n'avait pas le coté prescription mais on avait toute l'évaluation du patient. On a adhère aussi parce que dans le service on a des relations de confiance avec le médecin qui font que ça fonctionne très bien.

IDE 6 : oui, c'est ce qu'on se disait, ce qui fait la réussite d'un projet de transfert de compétences c'est la cohésion d'équipe. C'est primordial. Au sein de l'équipe paramédicale mais aussi médicale-paramédicale. Il y a une vraie transmission de mission et non pas de tâches que le médecin ne voudrait pas faire. C'est une vraie réussite sur le plan de la réalisation et de la reconnaissance de nos compétences.

6/ Vous avez reçu une formation spécifique dans le cadre de ce projet. Que vous a-t-elle apporté ?

IDE 6 : DU éducation thérapeutique : ça m'a beaucoup appris car je me suis aperçue que j'étais plus dans l'information, on délivrait un message au patient qui n'était pas spécialement bien compris. Avec l'ET il faut surtout partir de ce que le patient sait et s'adapter en fonction de lui. Faire évoluer en fonction de ses ressources initiales. On est plus efficace

IDE 7 : moi je l'ai fait après le DU obésité : connaissance générale et théorique. A permis d'asseoir les connaissances qu'on acquière au bout de 20 ans dans le service et qui sont validés par un DU.

7/ Qu'est-ce qui différencie votre travail d'aujourd'hui (depuis le protocole coop) et celui d'hier ?

IDE 6 : ça change pas vraiment sauf que ça nous a donné une autonomie de pouvoir prescrire. Par exemple, en HDJ on voit les patients, on voit directement ceux qui vont mal et on prescrit directement les bilans et polyvitamines. Ça nous a assuré dans notre rôle propre.

IDE 7 : au début de la coopération, on voyait toujours auprès du médecin pour se rassurer : est-ce qu'on a la bonne attitude ? Puis au fur et à mesure des réponses on est devenu plus autonome dans la prise de décision et de prescription.

IDE 6 : ce qui nous aide beaucoup aussi c'est qu'on est toutes les deux ce transfert de compétence. Je pense que ce ne serait pas pareil s'il n'y en avait qu'une. On s'épaule mutuellement. Quand j'ai un patient qui pose problème que vais voir S pour savoir ce qu'elle ferait et vice versa.

Ça a aussi accélérer la prise en charge. Etant un hôpital universitaire, les patients sont vus par des étudiants en médecine de 3 ou 4 années qui ne connaissent pas spécialement la pathologie et c'est vrai que ils sont un petit peu perdu et d'avoir quelqu'un qui a une bonne expertise dans le domaine pour eux c'est plus facile.

Ça nous donne aussi une légitimité, on est **experte dans le domaine**.

IDE 7 : c'est de l'autonomie, quand on prend une décision elle n'est pas remise en cause. et si il y a un sujet sur lequel toutes les deux on doute, on va voir le médecin référent. Il y a des limites à ces protocoles, comme tout. Quand il y a des problèmes d'ordre chirurgicaux, on sait quoi faire mais on est obligé de faire appel au médecin. On sait ce qu'il faut prescrire mais on est limité par rapport à ça. Je pense aussi que la coopération c'est « secure » si on sait où s'arrête nos compétences. Ce n'est pas à nous de savoir si un « abdomen est chirurgical ou pas ». On passe la main. C'est sécurisant d'être dans un cadre. Pareil pour les prescriptions. On ne prescrit que les vitamines et le fer. On n'a pas à réadapter un traitement antiHTA ou de diabète même si on sait qu'il va falloir le faire et que le médecin va le faire. « On n'est pas des mini-médecin ». « On est des infirmières expertes dans ce domaine ». Et c'est pour ça que ça marche bien, c'est parce que on ne se revendique pas en tant que médecin.

8/ Pensez-vous apporter quelque chose de différent aujourd'hui au patient ?

IDE 6 : dans les consultation de suivi on a une qualité d'écoute et on aborde bcp de chose que le médecin n'a pas le temps d'aborder. On suit les patients longtemps ce qui nous permet d'aborder plein de choses comme la sexualité. Ils ont confiance et ose aborder des choses qu'il n'oserait pas avec le médecin.

IDE 7 : idem

9/ Comment vos relations avec vos collègues ont évolué depuis l'idée du protocole ? Avec les IDE participant au protocole ? Avec les médecins délégués ? Avec la cadre responsable du projet ? Avec vos pairs ?

IDE 6 : en fait on travaille que toute les deux ensemble et depuis longtemps donc se protocole n'a pas changer grand-chose, n'a pas augmenter la cohésion car on l'avait déjà. C'est peut-être par contre plus difficile pour les autres de venir travailler avec nous car la prise en charge est tellement spécifique en chirurgie mais elles peuvent prendre le reste en charge. Du coup, on les oriente, quand elles ne savent pas elles viennent nous demander. On essaie d'anticiper et de prescrire pour qu'elles puissent prendre en charge le patient. Elles n'ont pas le réflexe de « gratter » derrière mais c'est normal. Maintenant il y en a quelques-unes qui y arrivent et elles aiment bien, même si elles ne font pas partie de la coopération prendre en charge ces patients.

IDE 7 : avec les médecins tout se passe très bien, c'est vraiment une chance. Le seul souci qu'on peut soulever c'est hors HDJ on doit voir des patients en consultation en alternance avec le médecin mais certains d'entre eux oubli de nous les renvoyer. Ce ne sont pas les permanents du service mais plus les attachés qui font ça. On leur a présenté plusieurs fois la coopération mais on a l'impression, non pas qu'ils n'aient pas confiance, mais qu'ils ont peur de « perdre » le patient.

On sait quel médecin va nous renvoyer le patient et celui qui ne va pas le faire. Il y a des médecins qui sont très très proches de leur patient et qui ont besoin de le revoir.

IDE 6 : la cadre est arrivée après, elle regrette de ne pas avoir de ½ poste supplémentaire surtout qu'actuellement on a un poste en moins. On jongle pour faire ces consultations. On l'a fait entre 11h30 et 13h30 quand on peut se détacher de l'hdj bien qu'on puisse venir nous déranger dans le bureau lorsqu'on est en cours de consultation. On est interrompus souvent. Tout passera par la reconnaissance budgétaire de cette consultation

10/ Diffusez-vous cette expérience au-delà de votre équipe ? Où ? Pourquoi ?

Oui on intervient dans des Ifsi, dans des DU, dans des masters, dans des congrès.

C'est difficile car ce n'est pas dans nos habitudes de prendre la parole. On a été publiée aussi dans la revue Soins. Ça valorise puis ça offre des opportunités à des gens qui seraient intéressés. Voir que ça marche ailleurs pourquoi ne pas le faire chez eux. Là il y a deux autres centres qui vont adhérer et avec un peu de chance, ils auront plus de moyen que nous (rire) et tant mieux. C'est le gros souci ici, c'est que c'est le faire valoir de l'hôpital mais qu'on ne nous donne pas les moyens physique et financiers d'aller jusqu'au bout et on pourrait faire encore mieux. Mais peu importe, si ça peut s'exporter et bénéficier au patient obèse, tant mieux.

11/ Que vous manque-t-il aujourd'hui ?

IDE 6 : moyens humains, on ne fait plus de travail de qualité comme on faisait avant parce qu'on nous demande de faire du quantitatif comme partout. On ne peut pas faire de la qualité quand il faut vite vite vite. Le patient a besoin de temps, surtout dans cette spécialité

IDE 7 : après c'est trouvé un juste milieu justement entre l'augmentation de l'activité qui est imposée et la qualité. On est quand même encore dans des conditions acceptables. On est dans la limite. On a encore de bonne condition, on a une cadre qui est très bien. Elle nous a transformé le service.

IDE 6 : la cadre a une belle énergie et elle est restée infirmière dans l'âme et il y en a beaucoup qui l'ont oublié. Elle nous aide quand on a besoin, c'est resté une soignante.

IDE 7 : c'est la juste en mesure dans le relationnel. Elle reste la cadre. C'est une place essentielle dans l'équipe. Ça peut être très bon comme l'inverse. Elle arrive à faire passer des choses sur lesquelles on freinait des 4 fers, on comprend aussi ces limites et ses pressions. Elle transmet autre chose.

12/ Quels sont vos projets pour l'avenir ?

IDE 6 : pas de projet spécial. Je ne pense pas changer de service. Il reste moins de 10 ans. Ca se passe bien, on peut compter l'une sur l'autre, c'est énorme.

IDE 7 : pareil.

ENTRETIEN DE L'IDE n°8

Etablissement public, province, en attente

1/ Age / Ancienneté dans le métier / Parcours professionnel :

J'ai 33 ans, je suis diplômée de 2009. J'ai auparavant été aide-soignante (AS) pendant 4 ans. En tant qu'AS j'ai travaillé deux ans en long séjour puis 2 ans en néphrologie. En tant qu'infirmière j'ai travaillé en soins continus et médecine interne pendant 3 ans puis depuis 4 ans en dialyse.

2/ Que recherchez-vous dans le métier d'infirmier ?

J'avais envie d'être plus active dans les soins. En tant qu'AS je voulais « sentir que je sers à quelque chose ». J'ai voulu être ide pour avoir plus de responsabilité et une plus grande collaboration avec les médecins et l'ensemble des professionnels.

3/ Date de mise en place du protocole de coopération ou du projet le cas échéant :

Janvier 2016

4/ Qui a été à l'initiative du protocole de coopération ?

Le Chef de service

5/ Pourquoi avez-vous souhaité y participer ?

C'était très intéressant d'un point de vue des connaissances cliniques vu le programme proposé et ça permettait d'avoir une vision extrahospitalière. Ça augmentait la collaboration médecin-infirmier. Le fait d'aiguiser nos connaissances permettait de s'en servir aussi en service de dialyse. Il y a une dynamique privilégiée avec le médecin car on n'est que 2. Le dialogue est plus direct, il y a un vrai partenariat et de la confiance. L'approche est différente, on est concentré sur la même activité.

6/ Vous avez reçu une formation spécifique dans le cadre de ce projet. Que vous a-t-elle apporté ?

Cela m'a apporté de grandes connaissances théoriques en néphrologie. C'était assez poussé et dense. La formation pratique est encore en cours. J'appréhendais un peu au début, ça paraissait difficile de gérer le patient en 20 min seulement. Il arrive et il repart et il faut avoir compris. La relation qui s'instaure me plaît énormément, c'est très enrichissant.

7/ Qu'est-ce qui différencie votre travail d'aujourd'hui (depuis le protocole coop) et celui d'hier ?

A terme, on aura un pouvoir de prescription. On a une plus grande responsabilité, on doit évaluer cliniquement et prendre des décisions. Le relationnel est augmenté. On a un rôle d'interlocuteur plus que d'exécuteur, ça change. On est assis en face du patient, au même niveau, on a le temps de l'écouter.

Je serais 50% du temps en consultation et 50% en hospitalisation. De faire ces deux activités augmente la réflexion et permet de faire des choses et de voir des choses que je ne voyais pas avant. Ça permet « ne pas rester cantonné dans une case », ça ouvre l'esprit.

Quand j'étais AS j'avais déjà entendu parler des expériences des infirmières canadiennes et je trouvais intéressant de se spécialiser. Ça valorise nos compétences.

8/ Pensez-vous apporter quelque chose de différent aujourd'hui au patient ?

Oui. Pour l'instant je débute la consultation et le médecin vient la terminer dans le cadre de la formation. Je vois que le patient à un relationnel différent avec nous. Il ose parler, il se sent moins « bête », la parole est libérée. On montre aussi qu'on a plus de temps.

9/ Comment vos relations avec vos collègues ont évolué depuis l'idée du protocole ? Avec les IDE participant au protocole ? Avec les médecins délégants ? Avec la cadre responsable du projet ? Avec vos pairs ?

Les autres IDE sont intéressés et posent des questions. Ça leur paraît un peu flou. Je leur rapporte des éléments que je vois en consultation du coup ça fait un peu « lien ». Je vois l'attitude du médecin en consultation qui n'est pas la même qu'en hospitalisation. Je le découvre autrement, il est plus posé, il prend le temps.

Il y a une relation de confiance qui s'installe, on commence à se connaître professionnellement. Il y a des choses qu'on a plus besoin de dire et qu'on fait.

Avec ma collègue déléguée, on n'est pas toujours ensemble mais on peut échanger sur les patients qui nous on marquées. On travaille ensemble.

Avec la cadre, on n'a pas l'impression qu'elle soit investie dans le projet, elle s'occupe juste de l'organisation du planning. C'est la cadre sup qui s'en occupe.

10/ Diffusez-vous cette expérience au-delà de votre équipe ? Où ? Pourquoi ?

Oui car je suis assez contente de pouvoir y participer. J'en parle pas mal autour de moi.

11/ Que vous manque-t-il aujourd'hui ?

Dans ma pratique rien. L'hôpital public ne va pas très bien même si dans ma pratique quotidienne je me sens « complète » car j'ai une vision extra et intra-hospitalière. Les restrictions budgétaires se ressentent sur tout le monde, les CDS ont une pression administrative. On nous demande d'être présentes.

12/ Quels sont vos projets pour l'avenir ?

Je suis dans l'attente de la validation du projet. Je me donnerai à fond, « je mise tout sur ce projet ». Si ce n'est pas possible, j'avoue que je ne sais pas si je resterai à l'hôpital. La « coque » pèse. Peut-être que je ferai du domicile, je souhaite garder le patient au centre de mon activité. On a peur que le projet ne marche pas, il nous plait beaucoup, on est super motivée.

ENTRETIEN DE L'IDE n°9

Etablissement public, province, en attente

1/ Age / Ancienneté dans le métier / Parcours professionnel

J'ai 33 ans, j'ai commencé en décembre 2005 à travailler. J'ai d'abord travaillé deux ans en chirurgie ortho-traumato puis j'ai eu un poste au centre d'hémodialyse. Pour des raisons personnelles j'ai demandé une mise en disponibilité et j'ai travaillé dans une clinique privée pendant 4 ans ½ en hémodialyse. J'ai entendu parler du poste dans le cadre projet de coopération et j'ai tout de suite postulé ma candidature et j'ai réintégré l'hôpital en juin 2016 à 70% avec une partie en dialyse et une partie en consultation.

2/ Date de mise en place du protocole de coopération ou du projet le cas échéant :

Janvier 2016

3/ Que recherchez-vous dans le métier d'infirmier ?

Pas posée

4/ Qui a été à l'initiative du protocole de coopération ?

Chef de service

5/ Pourquoi avez-vous souhaité y participer ?

Depuis janvier 2008 je faisais de la dialyse et la néphrologie me plait énormément. C'était un vrai tremplin pour faire plus de choses et aller plus loin dans la réflexion et dans ce que je connaissais déjà. C'était un moyen d'évolution et je commençais à m'ennuyer dans la clinique. La charge des patients et le reste y étaient moins intéressants qu'en centre « lourd ». La nephro c'est une certitude, ça me plait donc je voulais aller plus loin.

6/ Vous avez reçu une formation spécifique dans le cadre de ce projet. Que vous a-t-elle apporté ?

Ça m'a apporté énormément de chose. Ça fait pourtant un paquet d'année que je fais de la nephro et de la dialyse mais j'ai appris plein plein de chose. Il y a eu des cours qui étaient une vraie révélation.

7/ Qu'est-ce qui différencie votre travail d'aujourd'hui (depuis le protocole coop) et celui d'hier ?

Par rapport à la connaissance globale du patient, comprendre vraiment tout ce qui gravite autour de lui. Il n'est pas que là en dialyse mais il est là parce qu'il a telle ou telle pathologie. Comprendre aussi son traitement médicamenteux, qu'est-ce qu'il faut qu'aujourd'hui pourquoi ça va pas bien. C'est une vision globale. De mieux comprendre donne du sens à ce que l'on fait, notamment pour les examens complémentaire par exemple. Je suis beaucoup plus réceptive maintenant à ce qui gravite autour du patient.

L'organisation n'est pas très définie. Pour l'instant on navigue un peu entre les deux (*consultation et hospi*) et on ne sait pas trop ce que ça va donner. Ce sera de toute façon un enrichissement mais pour moi qui suis revenue un peu « comme un cheveu sur la soupe ». Ça pas été forcément facile de naviguer entre les deux puisqu'il a fallu que j'apprenne ce nouveau poste et en même temps à me réhabituer à la dialyse en centre lourd. Ça a été un peu stressant quand même pour moi. Donc enrichissant mais stressant (rire). Sachant que je suis à 70% et ma collègue à 80%, quand je reviens en dialyse je ne connais pas forcément bien les patients puisque j'y viens ponctuellement (*et donc pas sur des roulements fixe de patients comme l'est l'organisation d'un centre de dialyse, « en série de patient » sur la semaine*). Ça me demande de me réhabituer et de me réinterroger à chaque fois. Je dois repotasser mon dossier. Je suis en perpétuelle remise en question (rire). Ça me plaît mais il y a des jours où c'est fatiguant. Si sur mes 70% j'ai 50% de consultation et 20% de dialyse, ça va être de plus en plus difficile pour moi d'arriver à bien gérer la dialyse. Non pas la gestion des machines mais de gérer le rythme, l'organisation du service et de connaître bien mes malades. Par contre, quand on a des malades qu'on a pris en consultation et qu'on suit en dialyse, ça c'est super. On voit vraiment tout le parcours du malade. En tout cas je ne m'ennuie pas (rire) et c'était mon but premier !

8/ Pensez-vous apporter quelque chose de différent aujourd'hui au patient ?

Difficile de dire ça sans paraître prétentieuse, mais je pense et j'espère ! Peut-être que je « tilte » plus sur des petites choses, je suis plus attentive, c'est mon caractère, j'ai toujours été très attentive. Ça me permet d'interpeller le médecin sur certaines choses.

9/ Comment vos relations avec vos collègues ont évolué depuis l'idée du protocole ? Avec les IDE participant au protocole ? Avec les médecins délégués ? Avec la cadre responsable du projet ? Avec vos pairs ?

Il n'y a pas de modification particulière des relations. J'ai été embauché pour ce poste, j'ai été très bien reçue. Pour l'équipe j'ai quand même l'impression que c'est assez flou, elles viennent nous interroger, elles s'intéressent.

Avec ma collègue déléguée, on se complète bien.

Avec les médecins, c'est assez subjectif, mais j'ai l'impression que ça m'a donné plus de crédibilité. Ça a amélioré les relations. J'ai le sentiment qu'il y a de la confiance.

Cadre de santé : pas de modification particulière. Mais c'est assez flou. J'ai l'impression qu'on ne sait pas trop vraiment où est-ce qu'on va mais on y va, est-ce que ça va vraiment se faire, comment ? On se laisse aller au jour le jour. Un peu une impression d'avenir incertain. La cadre ne nous dirige pas, on n'a pas d'information sur comment ça va évoluer, sur comment ça se sera. Ça manque un peu de cadre, on doute.

10/ Diffusez-vous cette expérience au-delà de votre équipe ? Où ? Pourquoi ?

Oui oui (rire) parce que je suis contente de faire ça. Ça m'apporte beaucoup de chose personnellement, de la satisfaction donc oui, j'aime bien en parler autour de moi.

11/ Que vous manque-t-il aujourd'hui ?

Peut-être, justement, savoir comment ça va se passer. Pas de manque de cadre pendant la consultation, ça tout est réglé mais comment ça va se faire à l'avenir, dans quel délai. Un peu de manque de repère par rapport à l'avenir. C'est ce qui me manque.

12/ Quels sont vos projets pour l'avenir ?

Pas de projet particulier. Que ce protocole se passe bien. C'est comme ça que je me vois pour plusieurs années. J'ai assuré les arrières car j'ai un poste en dialyse si ça ne marche pas mais est-ce que je continuerai, si ça ne marche pas, à faire de la dialyse pendant les 10 prochaines années, ça non, je ne pense pas, ça me pèserai. J'ai changé de travail pour pouvoir évoluer, je ne me vois pas faire que de la dialyse.

ANNEXE 3

ENTRETIENS CADRES DE SANTE

ENTRETIEN TEST CADRE DE SANTE de l'IDE n°0

Etablissement privé, Région parisienne, protocole validé par l'ARS

1/ Avez-vous été à l'initiative du projet de protocole de coopération ?

Oui

2/ Comment l'idée vous est venue ?

Ça a été à la demande de l'équipe, puis le protocole existait déjà, il n'y avait qu'à y adhérer. On voulait optimiser le temps car l'activité quotidienne en soins augmente constamment et qu'on perdait beaucoup de temps à attendre le médecin. Ça permettrait aussi de réduire l'attente du patient.

3/ Aviez-vous des réticences ?

Non

4/ Qu'est-ce qui vous a plus dans cette démarche ?

Que ce soit un travail avec les médecins, les infirmières et la direction.

Avez-vous définis un nouveau parcours patient ?

Non le parcours est le même mais ce n'est pas la même personne qui réalise l'acte.

5/ Quels ont été les atouts de ce projet ?

Les 3 parties étaient motivées, les médecins parce que ça leur faisait gagner du temps et la direction car c'était un projet innovant, qui ne se fait pas partout, ça montrait que l'établissement est actif et dynamique.

6/ Quelles ont été les différentes étapes ?

On a d'abord vérifié la faisabilité technique en se rapprochant des médecins et on a demandé l'accord de la direction. Ensuite on a récupéré le dossier à l'ARS et le protocole original. En fonction on a construit les formations pratiques et théoriques des infirmières et les outils de suivi nécessaire.

7/ Quelles ont été les difficultés rencontrées ?

Il a fallu se cadrer au protocole qui était déjà élaboré, on a dû s'adapter à des choses déjà écrites ce qui nous posait problème notamment dans la quantité des lymphocèles ponctionnables par les infirmières. Le protocole initial limite à 250cc et nous, dans notre démarche de ponctionner le moins souvent possible les patients, on a dans la majorité des cas, les lymphocèles qui dépassent les 250cc (puisqu'on attend plus longtemps avant de les ponctionner).

8/ Comment avez-vous choisi les infirmières déléguées ?

Il fallait qu'elles aient assez d'ancienneté et qu'elles soient volontaires, qu'elles aient les compétences nécessaires.

9/ Comment a été définie leur formation ?

On a suivi les recommandations du protocole initiale et organisé la formation en interne avec les chirurgiens participants, la cadre hygiéniste et l'infirmière référente de plaie et cicatrisation.

10/ Comment avez-vous communiqué autour de ce projet ?

On en a parlé en staff de chirurgie pour présenter le projet. Pour l'équipe du service, on en a parlé en réunion d'équipe mais juste en l'annonçant. A la fin de la formation et en attendant l'accord de l'ARS on en a parlé à l'ensemble des services concernés, ceux qui interviennent dans le parcours du patient qui sera pris en charge. on présente la démarche à l'AFIC le mois prochain.

11/ Avez-vous perçu des résistances de la part de membre de votre équipe ?

Non, pas vraiment mis à part avec la direction qui tenait absolument à ce qu'on ne dépasse pas le cadre prescrit par le protocole initiale, pour être conforme au niveau de la sécurité. Il a fallu négocier pour le volume ponctionnables. Aujourd'hui on demande une dérogation à l'ARS.

12/ Quels bénéfices tirez-vous aujourd'hui de cette expérience ?

L'équipe qui participe au protocole est satisfaite. Pour nous, ça nous donne une visibilité à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement.

Pour l'ensemble de l'équipe ça n'a pas vraiment eu d'impact mise à part que certaines infirmières se questionnent sur ce qu'il est possible de faire. Ça fait émerger des idées.

Je ne pense pas qu'il y ait d'impact majeur sur la qualité des soins mais en tout cas ça ne se dégrade pas. Ça améliore aussi la période de changement d'interne où auparavant le temps de formation de l'interne pouvait prendre plus de temps.

Ce qui est sûr c'est qu'il n'y a aucun impact négatif et que l'équipe est convaincue que c'est bien.

ENTRETIEN Cadre de santé des IDE n°1-2 et 3

Etablissement public, région parisienne, protocole en attente de validation mais mise en place

Commentaire : cadre supérieur de santé

1/ Avez-vous été à l'initiative du projet protocole de coopération ?

J'ai pris le train en route

2/ Pourquoi l'avez-vous acceptée ?

C'était un projet du chef de service donc en arrivant dans ce service je n'avais pas le choix que de le prendre. C'était vraiment novateur, je pense qu'on était le premier service dans la délégation de tâches et de compétences depuis 2001 si je ne me trompe pas.

Je pense que la spécificité s'y prêtait. C'est devenu un projet d'établissement. Le professeur D a sollicité la direction pour mettre en place ce projet. Les évaluations faites étaient concluante par rapport à ce travail en tandem, même si on n'a pas encore de retour positif de l'ARS.

Le premier projet que j'ai fait partir c'était en 2012, je ne vous dit pas le nombre d'aller-retour que ça a fait. On a l'impression que ce n'était jamais la même personne qui lisait les documents. J'ai travaillé en binôme sur ce projet avec un référent qualité et je pensais vraiment que ça allait aboutir et finalement non. Nous avons fait les dernières corrections il y a 4 ou 5 mois et on est en attente. Et avec le travail qu'on a ici, je me suis un peu détachée, il y a un sentiment de lassitude et de se dire que ce projet existe depuis 10 ans, que c'est concluant sur le terrain et qu'on ne voit pas la fin.

3/ Qu'est-ce qui vous a attiré dans cette démarche ?

Ça rend service au patient. Et puis les médecins il y en a de moins en moins et l'objectif de ce projet est de récupérer du temps médical. Les IDE ont une formation universitaire. Le projet devait être national. On a rajouté pour cela de la formation et on a créé un DU de soins neuro-onco. Quand on sait mieux les choses on est plus à même de prendre en charge les patients et surtout de mieux comprendre. Certaines IDE du service veulent devenir infirmière référente. Le patient est pris en charge en amont et en aval de l'hospitalisation et en inter cure.

Elles suivent les fins de vie. Ce sont des personnes précieuses. Vous savez qu'on est tenu par la DMS et par le contexte économique. Elles anticipent cet handicap. Elles évaluent, en fonction de la localisation, les conséquences de la maladie. On collabore avec AS et psy, elles anticipent la prise en charge entre dom et hospitalisation. Elles parlent aussi de leur expérience en congrès. Cette fonction demande de la disponibilité, elles ont beaucoup de travail.

La fonction est reconnue par tout le monde.

Est-ce que cette fonction intéresse les autres IDE ou donnent une perspective ?

Oui, j'ai deux idées du service qui ont fait le DU et qui souhaitent être référentes. La dernière qui a intégré l'équipe je lui trouve un épanouissement dans cette fonction. Quand on voit que les gens sont heureux de faire ce qu'ils font. L'objectif est de faire une tâche mais de retrouver aussi une satisfaction personnelle. Je lui ai dit, elle ne m'a pas contredit et elle avait un sourire « comme ça » donc pour moi c'est un plus.

Pour la suite j'anticipe. Si j'ai des départs d'infirmier référent je n'aurai pas de problème pour recruter. Il faut voir aussi l'évolution professionnelle de ces idées. Quand je suis arrivée il y en avait 2. MD dont je me suis occupée de la formation en 2008 et une autre qui est partie en disponibilité pour suivre son mari. Après j'ai eu M. et T. T avait déjà un master 2 Handicap donc je ne pouvais pas le remettre dans les soins en regard de ses diplômes et en respect de ses compétences. Il a occupé ce poste mais j'ai senti qu'il serait mieux sur un profil d'enseignant et il est donc parti depuis 2 ans et passe le concours de cadre. Une autre a eu une maladie grave donc elle s'est éloignée un peu et est maintenant cadre de santé. Une deuxième a fait un burn-out mais je pense que c'était déjà quelqu'un de fragile. M. prépare actuellement le concours Ifcs. Mais tout est prévu pour organiser les stages de la prochaine idée référente. La spécificité est très rude avec une grosse charge émotionnelle. Malgré tout, nous avons beaucoup de stagiaires dans l'ensemble du service et elles reviennent toutes travailler. Le service a bonne réputation. Les équipes de la suppléance le privilègent aussi.

Du coup, vous ne souffrez pas des problèmes de RH souvent opposés aux PC ?

Non, j'ai anticipé. Il faut envisager la pérennité car c'est très important pour les patients et leur famille. Il faut faire vite et bien les choses.

La gestion de projet :

4/ Quels ont été les atouts de ce projet ?

Les évaluations faites ont démontrées que les idées faisaient aussi bien que le médecin et faisait gagner du temps médical. Retour positif des patients et famille et aussi pour l'institution car permet de diminuer la DMS par la recherche de structure d'amont et d'aval.

5/ Quelles en ont été les différentes étapes ?

Le médecin a fait du benchmarking et il a commencé à mettre en place avec 2 idées.

Qu'est-ce qui pose problème dans les documents envoyés à l'ARS ?

C'est dans la forme. Un moment ils disaient qu'il n'y avait pas de formation donc on a créé le DU. J'aurai du regarder avant que vous veniez, là ça fait un moment que je n'ai pas vu. La priorité est vraiment sur le terrain avec du travail invisible et des problèmes ponctuels qui faut gérer et qui sont chronophages.

6/ Quelles ont été les difficultés rencontrées ?

Lourdeur administrative c'est tout. Je me demande si ce n'est pas le titre du projet qui pose problème « en lieu et place du médecin » ? Je crois qu'ils ont aussi demandé de revoir les actes dérogatoires.

Qui est-ce qui était chargé de revoir les documents et de corriger ?

Ma collègue et moi. Elle est retraitée aujourd'hui et elle disait, si ça aboutit on se fait un resto. Elle était désespérée.

7/ Le choix des acteurs : comment avez-vous fait le choix des IDE déléguées ?

Pour la dernière j'ai pris l'avis de celle qui est déjà en fonction puis il y a les prérequis du protocole et on choisit aussi avec le médecin. C'est une grande responsabilité.

8/ Communiquez-vous autour de ce projet ?

Quand je suis sollicité oui. Dans des congrès (le dernier était le congrès des cadres supérieur sur thème de projet de coopération) et aux séminaires annuels. Je l'ai aussi présenté à des réunions de cadre.

9/ Avez-vous perçu des résistances de la part de membre de votre équipe. Lesquelles ?

Dans certains congrès, certaines infirmières ne comprennent pas. Pour elles, c'est le job du médecin. On ne peut pas les empêcher de penser ça.

Je pense qu'aujourd'hui tous les médecins du service ne pourraient plus se passer de ces infirmières référentes.

10/ Quels bénéfices en tirez-vous aujourd'hui ? Pour les IDE ? Pour la prise en charge des patients ? Pour l'équipe ?

Il faudrait que ce soit fait sur le plan national. Je vois toujours en bout de chaîne le patient. Il faut aussi penser à l'évolution professionnelle des IDE, certaines veulent être cadre puis pour les autres c'est renforcement des compétences.

Le seul bémol c'est que sur le plan pécuniaire ce n'est pas reconnu. Il y a des infirmières qui ont plusieurs diplômes universitaires et aucune reconnaissance financière. Ça attirerait d'avantage de monde.

Ça ne vous gêne pas que cela fonctionne sans accord de l'ARS ?

non, ça fait longtemps que ça fonctionne comme ça. C'est devenu une dérogation permanente. On touche du bois. Tant qu'il n'y a pas eu d'évènement indésirable. De toute façon on est des humains, personne n'est à l'abri d'un problème.

ENTRETIEN Cadre de Santé de l'IDE n°4

Etablissement public, province, projet en suspens, ETP

1/ Avez-vous été à l'initiative de ce protocole de coopération ?

En fait, quand vous m'avez contactée pour prendre rdv je n'ai pas très bien saisi ce que vous entendiez par protocole de collaboration ?

Ce que j'entends par protocole de coopération, c'est le dispositif qui est mis en place et qui est validé par l'ARS qui permet aux ide d'effectuer des taches ou des consultations médicales par dérogation.

D'accord. En fait, ce n'est pas moi qui ai mis ça en place dans le service. Quand je suis arrivée, c'était déjà fait. J'ai aidé mais je n'ai pas fait grand-chose. C'est surtout l'infirmière qui, formée sur Lille, a mis en place cette prise en charge d'éducation thérapeutique.

D'accord ... Vous parlez d'éducation thérapeutique. En fait, je m'adressai à vous car j'ai trouvé sur le site de l'Ars le protocole suivant en attente de validation « consultation infirmière référente et coordinatrice en alternance avec le neurologue dans le suivi des patients atteints de la maladie de Parkinson et de maladies apparentées ».

Oui mais nous avons des ide qui « multitâches ». C'est-à-dire qu'on a 2 ide qui font à la fois des consultations post-AVC, des consultations parkinson et qui mettent en place les consultations d'éducation thérapeutique. Elles assurent aussi les consultations mémoire. Je crains qu'on ne parle pas de la même chose.

D'accord mais ne vous inquiétez pas, du coup je ne vais pas m'appuyer sur les protocoles de coopération en tant que tel mais plus sur ce qu'apporte cette fonction et ce projet. Je pense que vous pourrez quand même me répondre.

D'accord, très bien.

3/ Vous avez donc pris le projet en route. Qu'est-ce qui vous a intéressé dans ce projet ? Qu'est-ce qui vous semblait important et quelle était sa légitimité ?

Ne connaissant pas du tout le projet, ça a été pour moi difficile car, quand je suis arrivée en neurologie, je ne connaissais rien du tout. Il a fallu que j'appréhende à la fois l'unité (soins intensif, neuro-vasculaire, plateau technique) et est venue se greffer à ça une infirmière qui, en plus de son temps sur site, faisait du Parkinson tous les lundis et mardis. Cela « au détriment de ses repos à elle et des repos de ses collègues ». Il a fallu que je fasse la part des choses sur l'organisation plus que sur le contenu du dossier. Pour moi ce n'était pas forcément évident et c'est encore le cas aujourd'hui. Bien que j'aie compris l'utilité de mettre en place un temps thérapeutique d'éducation pour le patient atteint de pathologie parkinsonienne.

L'intérêt de ses consultations est donc pour vous une meilleure prise en charge du patient ?

Oui, cela répond à une population qui est en grande difficulté. L'aider dans la prise de ses traitements, dans la gestion de son traitement, de ses dyskinésies, lui proposer de l'aide par téléphone quand il a besoin, avoir l'alternative de l'hospitalisation quand c'est vraiment nécessaire quand elle ne peut plus se gérer seule à la maison.

Est-ce que ces problématiques sont nouvelles où ont-elles toujours existées ?

Je pense que ça a toujours existé. Le patient Parkinson est un patient avec qui l'on passe énormément de temps, c'est un dossier très très lourd. Il n'est pas rémunéré à sa juste valeur et il ne prend pas en charge une population assez large. Je vais peut-être dire des bêtises mais pour cette mise en place, il faut déjà que le patient adhère au projet, il faut qu'il veuille bien être informé, qu'il veuille bien être éduqué, venir aux différents rdv, rencontrer l'ide, la psychologue, le rééducateur, le pharmacien, etc. Vous voyez, c'est un projet de longue haleine et on se demande si c'est un bénéfice réel pour le patient ou si à la limite, il n'est pas trop encre dans la pathologie ...

Vous pensez que c'est une prise en charge qui arrive trop tardivement ?

Oui je crains, tout comme la prise en charge de la maladie d'Alzheimer. Elle est arrivée trop tardivement dans la maladie. Il faudrait la prendre en charge beaucoup plus tôt, sauf que quand qu'à ce moment-là les patients ne souffrent pas de ces dyskinésies au point d'en souffrir dans leur vie courante. Il faut vraiment que la maladie soit assez évoluée pour que ça devienne un handicap. Il faut trouver le juste milieu et ça ce n'est vraiment pas évident. Je me trompe peut-être mais c'est mon point de vue.

Est-ce que, dans l'idée d'avoir une prise en charge un peu plus précoce, le fait de mettre en place des consultations infirmières référentes permettrait justement cette prise en charge anticipée ?

Ca dépend ce qu'on appelle plus précoce, ça dépend à quel moment l'infirmière intervient. Je pense que dans un premier temps, ce qu'il serait intéressant c'est de mettre en place, comme on fait beaucoup, des équipes mobiles Parkinson, au même titre qu'il y a des équipes mobiles de soins palliatifs ou de douleur. Avec ces équipes-là, le binôme infirmier-médecin pourraient faire le tour des patients sur l'hôpital, rencontrer des patients avec des problèmes justement liés au Parkinson, qui pourraient être revus par un médecin référent en consultation suivi et en alternance tous les 6 mois avec l'infirmière, comme on le fait en SEP (*sclérose en plaque*). Le binôme discutent des problèmes rencontrés il y a 6 mois et voient si il y a une évolution, une aggravation. En fonction des résultats, ils décident d'en reparler au neurologue référent pour le relais du médicament et orientent vers une consultation.

Vous m'avez parlé d'une formation sur Lille. Pouvez-vous m'en dire plus ?

Le CHRU est notre centre de référence et l'ide s'est basée sur ce qu'elle y a appris et sur ce qui est mis en place là-bas.

Si je reprends, vous avez peu participé au projet,

Oui, j'ai seulement été mise au courant par l'ide

Comment suivez-vous son évolution ?

Je suis ce qu'elle met en place, j'essaie de voir le temps dont elle dispose pour mener son projet à bien. Je veille aussi à ce que les relations avec le médecin soit correctes de façon à ce qu'il ne lui en demande pas trop. C'est très chronophage et elle ne fait pas que ça. De temps en temps elle montre des signes de souffrance, donc je suis là pour l'épauler.

C'est donc un projet qui lui tient à cœur et dont elle a été à l'initiative avec le médecin. Elles sont deux ide sur le projet, c'est ça ?

Il y a une ide et un médecin mais nous avons mis en place des consultations neuro, maladie liée au handicap. On a donc voulu créer un duo infirmier qui puisse à la fois réaliser les consultations Parkinson, post-AVC et consultation mémoire. L'idée est de les faire tourner sur ces consultations qui ont de grandes similitudes : handicap important et place de l'aidant naturel primordial. Le patient Parkinsonien est très demandeur et ce n'est pas toujours évident pour l'aidant.

En suivant ce projet, pensez-vous que l'infirmière est une vraie place dans le suivi de ces pathologies chroniques et dans la prise en charge de l'aidant et pensez-vous que ces actions-là, même si elles sont compliquées à mettre en place, ont un impact sur la profession et sur la gestion des équipes paramédicale ?

L'impact sur la profession : c'est une autre partie de l'infirmière qui est mise en avant, la partie qu'on n'a pas forcément le temps de mettre en pratique comme l'éducation : on reformule ce qui a été dit par le médecin et qui n'a pas été bien compris, on va donner le temps que le médecin ne peut pas forcément donner. Le fait d'avoir ces infirmières dédiées, pour le patient, c'est une référence. C'est-à-dire que si un jour il a besoin, il sait qu'il peut les appeler et leur demander leur avis, leur demander d'adapter son traitement ou de savoir s'il doit revoir son médecin. Ça peut être une aide alternative à l'hospitalisation aussi. Parce que l'ide va appeler directement le médecin pour expliquer le problème et celui-ci prendra plus de temps pour rappeler le patient. L'ide canalise le patient et l'aide dans sa prise en charge. Pour moi c'est du plus.

Par rapport à l'équipe ça a été difficile car c'était un projet lourd à mettre en place et l'ide initiatrice se sentait dévalorisée parce que pas mis en avant dans son projet. Elle avait l'impression de ne pas être entendue. J'ai essayé de lui faire comprendre qu'elle était investie mais que ses collègues, à côté, l'étaient de la même façon, même s'ils ne disaient rien. Car pendant qu'elle faisait ses consultations

deux jours par semaines, ses collègues faisaient son travail. L'équipe avait aussi besoin d'être entendue et reconnue dans leur soutien. C'était double travail pour eux à certain moment.

10/ Vous avez dû gérer ça, des réticences du reste de l'équipe ?

Oui, j'en ai pas mal parlé. En plus je venais d'arriver donc c'était pour moi l'occasion de faire le point et de comprendre les difficultés de chacun. En gros j'étais neutre dans l'histoire et j'arrivais en terrain inconnu. Je me suis fait un peu l'avocat du diable en disant que je comprenais bien les différences et les difficultés de chacun mais que finalement chacun s'était investi de telle façon que ça a donné vie au projet et que ça a permis de répondre à une partie de la population qu'on accueille. Donc c'était du plus pour tout le monde. Grace à la mobilisation de chacun, on a pu mettre en place ce projet.

C'était donc le mouvement d'une équipe entière et pas seulement celui d'une personne ?

Oui

Ils l'ont compris ?

Oui, ils ont compris qu'au bout de ça il y avait un projet qui permettrait, intégrer au projet post-avc (qui est financé) d'avoir un poste ide supplémentaire. Inclure le rôle de l'ide pour ces 3 pathologies permettait de créer ce poste de là. Ca a aussi donné du sens aussi bien à l'infirmière qu'à l'équipe, en disant que c'était une nécessité pour notre population.

8/Comment ont été sélectionnés les ide « délégués » ?

Elles étaient orientées : la première voulait mettre ça en place, ça lui tenait à cœur, elle voulait faire autre chose que de la consultation AVC, c'était un moyen de faire autre chose. C'était son choix. Elle a un parcours atypique, elle change de travail régulièrement et a besoin d'évoluer constamment. La richesse de la consultation fait qu'elle ne fait jamais la même chose tous les jours et ça lui convient très bien.

Le second avait une appétence pour les consultations post-avc. Il a fait un DU en neuropathologie et a mis en place, dans son mémoire, ces consultations. Sa collègue l'a formé et aidé dans la prise en charge du Parkinson.

9/Comment communiquez-vous en ce moment sur le projet ?

Auprès des équipes, il n'y a pas de communication particulière mise à part dans le projet global de restructuration de la neuro qui est en cours. Ils connaissent très bien les avancées. Les compte-rendus de réunions sont affichés. Ils sont au courant de tout. Mais le projet Parkinson se discute essentiellement avec les médecins et ide concernés.

Avez-vous observé une dynamique différente de relation entre médecin et ide ?

Je pense que comme je suis arrivée en cours, les relations se sont fait naturellement même si chacun ne connaissant pas forcément le travail de l'autre, ce n'est pas évident.

De la part de l'équipe, il n'y a pas eu de jalousie mais plutôt des questionnements à savoir « pourquoi est-elle détachée comme ça ? ». Il n'y avait pas d'animosité mais il a été nécessaire de situer complètement l'Ide dans le projet.

On se rend quand même compte qu'il y a une communication différente entre le binôme infirmier-médecin de chaque discipline. Il y a un genre de complicité qui s'installe bien que de temps en temps il faille redire au médecin, « attention, ce n'est pas votre infirmière ! », remettre les choses à leur place. C'est là qu'il faut jouer son rôle de chef et veiller à ce que chacun respecte les capacités de l'autre.

11/Quels bénéfices vous tirez, ou pensez tirer, aujourd'hui, de ce projet-là ?

C'est très bien parce qu'on rend service à la population, on rend service aux Parkinsons qui sont une population difficile, parfois très rigide, très raide, pas toujours facile en communication et qu'il faut apprendre à connaître. Je pense qu'on leur rend service par cette consultation, par ces rdv, par cette éducation. Et on est aussi une aide auprès de l'aidant.

Pour l'équipe, quand on gère une équipe qui « s'éclate au travail » on en tire que des bénéfices. Ça a été un plaisir d'accompagner et d'aider cette infirmière hyper investie même si elle a eu des périodes de doutes. C'est valorisant de voir qu'après une année où on ne savait pas trop où on allait, que quelque chose est né et a éclot aussi avec l'aide du médecin. C'est positif.

Je vous remercie. Même si je n'ai pas pu poser les questions que j'avais prévues, j'ai pu trouver ce que je recherchais. Je m'aperçois que ce que je recherche n'est pas forcément sur la personne qui a gérer le projet mais sur celle qui l'accompagne aujourd'hui. On a sûrement les mêmes raisons d'accompagner ce projet que de le mettre en place au départ.

Oui tout à fait, ça répond à un besoin de société.

ENTRETIEN CADRE DE L'IDE n° 5

Etablissement public, province, en attente

1/ Avez-vous été à l'initiative du projet protocole de coopération ?

On appelle ça Coopération InterProfessionnelle (CIP). Non, c'est plutôt les deux médecins Dr K et Dr S.

2/ Pourquoi ont-ils souhaité mettre ce projet en place ?

Les délais de consultations sont trop importants donc ils voulaient qu'une infirmière puisse voir des gens quand même bien portant en Insuffisance rénale chronique mais pas terminale. Ils envisagent une consultation médicale initiale, puis une consultation conjointe avec l'IDE, puis un suivi par l'IDE si le patient accepte avec consultation médicale une fois par an.

- Est-ce que cette charge de travail médicale est récente ?

Le nombre d'Insuffisant Rénal (IR) dans notre région augmente régulièrement puisque nous avons énormément de patients diabétiques qui ensuite développent une insuffisance rénale chronique. Beaucoup de personnes qui ont une HTA qui entraîne aussi une IR. Ces pathologies augmentent partout même si c'est un petit plus spécifique à notre région (du fait de l'alimentation). 1 patient sur 2 en hémodialyse est diabétique.

3/ Qu'est-ce qui vous a attiré dans cette démarche ?

J'ai trouvé que c'était très intéressant parce que cela sollicite une infirmière. On avait parlé il y a quelques années des infirmières cliniciennes comme on voit au Canada, qui font le suivi des patients, assiste le médecin et qui peuvent prescrire. Là, même si ce n'est pas une infirmière clinicienne c'est une infirmière qui fait de la consultation au même titre qu'un médecin. Elle peut prescrire un bilan sanguin mais elle ne peut pas prescrire de médicaments mais elle a quand même tout le suivi du patient. Je trouve qu'on lui donne une responsabilité importante. C'est vraiment intéressant car c'est un partenariat avec le médecin qui est un peu sur le même niveau de « pied d'estale ». Je trouve que c'est bien. Ce sont des Ide qui ont un parcours spécifique, qui connaissent bien le patient.

La gestion de projet :

4/ Quels ont été les atouts de ce projet ?

Le projet a été assez facile à conduire car c'est l'ARS qui en était l'investigateur, qui a sollicité les centres de dialyse dans notre région. 2 centres ont été retenus pour expérimenter ce projet. Les médecins ont bien voulu aussi faire partie de ce projet. Ça a été assez simple de le mettre en place.

Par contre, assez simple sur le papier car nous avons une enveloppe budgétaire pour la formation et on avait 2 ide. Ce qui a été plus difficile, ce n'est pas de recruter le personnel mais surtout de pouvoir le remplacer. On n'a pas pu le remplacer. J'ai du détacher une infirmière pour faire la formation pratique et théorique, c'était compliqué de boucler les plannings car la direction voulait le faire à effectif constant. C'est donc très facile au niveau de l'ARS et du gouvernement, moins au niveau de l'institution.

5/ Quelles en ont été les différentes étapes ?

- En parler à l'ensemble du personnel
- Sélectionner les ide
- Rencontrer l'ARS pour faire une cartographie des risques, définir ce que l'ide avait le droit de faire et ce que devait faire le médecin en amont et ce qu'ils devaient faire conjointement. Il fallait aussi savoir quel patient pouvait bénéficier du dispositif (il ne fallait pas qu'il y ait trop de comorbidité, critères médicaux). Les critères ont été mis sur le papier en accord avec le médecin et l'ars et le centre de Mulhouse.
- Mise en commun du projet avec l'autre établissement

6/ Quelles ont été les difficultés rencontrées ?

Pas d'autres difficultés mise à part le remplacement des professionnels. Les ide étaient très contentes, elles ont eu de nouveaux des cours sur l'anatomie, la physiologie. Elles ont eu pas mal de choses. C'était très bien.

7/ Le choix des acteurs : comment avez-vous fait le choix des ides déléguées ?

Les critères étaient d'avoir travaillé au moins 5 ans en néphrologie y compris en service d'hospitalisation et être volontaire. Certaines étaient intéressées, d'autres pas mais les critères ont réduits les possibilités. On a recruté deux ide qui font de la Dialyse Péritonéale (DP) et de la néphrologie. On a choisi de monter ce projet avec 2 IDE pour que ça fonctionne.

8/ Quelle a été la communication autour de ce projet ?

Je pense qu'à l'origine nous n'avons pas très bien communiqué auprès des IDE du service. Nous n'avons pas fait de réunion avec toutes les infirmières. On a mal communiqué. On l'a fait dans un deuxième temps avec le lancement d'un projet expérimental de coordination supplémentaire. On a voulu les regrouper pour mutualisé les personnes, en avoir 2 ou 3 sur l'ensemble de ces deux projets. Finalement, on a choisi, et surtout les médecins chefs, les deux personnes. Encore, je pense qu'on aurait dû communiquer un petit peu plus, on en a parlé oralement mais on n'a pas fait de réunion pour expliquer réellement ce que c'était, c'est dommage.

La CSS a aidé dans le projet. La direction des soins et de l'établissement étaient d'accord pour le projet car c'était valorisant pour l'établissement mais ils ne se sont pas manifestés.

9/ Avez-vous perçu des résistances de la part de membre de votre équipe. Lesquelles ?

Pas de résistance mais une idée aurait été très bien dans ce projet là mais on ne l'a pas retenue car elle n'avait pas fait d'hospitalisation. Comme on n'avait pas bien communiqué, elle a été déçue car elle n'a pas compris pourquoi elle n'a pas été retenue. Elle fait plein de chose pour le service et aurait méritée d'être recrutée mais les critères ont été définis par le chef de service.

On n'a pas fait non plus d'entretien pour recruter, on les a choisi avec le chef de service parce qu'on devait aller vite et puis finalement on s'aperçoit qu'il ne fallait pas aller aussi vite.

10/ Quels bénéfices en tirez-vous aujourd'hui ? Pour les IDE ? Pour la prise en charge des patients ? Pour l'équipe ?

Le bénéfice c'est qu'il y a déjà 2 IDE qui sont en train d'être formées pour les consultations.

Il y a un vrai partenariat avec le médecin. Elles feront particulièrement attention à ce que le patient vienne en éducation thérapeutique et il aura ainsi le choix dans sa dialyse. C'est aussi une remise en question constante de la part des IDE, un autre travail. Pas de changement pour l'instant sur l'équipe en général car elles ne sont détachées. L'autre bénéfice c'est que je me rends compte qu'il faut d'avantage communiquer.

ENTRETIEN CADRE DES IDE n° 6 et 7

Etablissement public, région parisienne, protocole validé et mis en place

Commentaires de la cadre (cadre supérieur de santé) avant entretien :

Point négatif : pas de personnel supplémentaire / ressource humaine : 1 des IDE arrêtée depuis 1 an / bilan mitigé car très positif pour le médecin et l'optimisation du temps médical mais pas pour le temps IDE. Elles font ça entre 12h et 14h « elles sont de bonnes volontés », ça tourne très mal. « Les protocoles de coopération c'est donné du temps au médecin et on en est revenu ». « Pour qu'il s'occupe de patients plus complexe mais tout est retombé sur les infirmières ... »

Point positif : reconnaissance des IDE dans leur spécialité, maîtrise du sujet, c'est un plus pour elles. Elles prescrivent et font de manière complètement autonome. Mais c'est en plus de leur travail. Elles sont surchargées. Elles n'ont pas les moyens de voir 6 patients par jour comme cela était prévu. Du coup les patients sont moins bien suivis, il y a de l'attente pour les rdv, le délai est plus long. Les médecins ne peuvent pas tous les voir. Puis financièrement il n'y a rien. C'est un peu du leur. On en avait 2 ou 3 protocoles de coopération à faire mais du coup, on en a fait qu'un. En diabète c'est pareil, du coup on ne se presse pas pour le faire valider. On a l'impression que toutes les techniques médicales retombent sur les infirmières. Pour les manipulateurs radio c'est bien car ils peuvent faire des échographies de manière autonome et ils peuvent partir le faire en ville. Par les infirmières.

Date de 2010, l'ars était très frileux à l'idée que l'ide puisse prescrire seules des perfusions de fer. Les médecins étaient tout à fait d'accord.

Les patients osent plus s'affirmer et s'exprimer devant l'infirmière que le médecin. Elles sont plus abordables et maîtrisent parfaitement. Ça fait des années qu'elles sont en service de nutrition.

Service dynamique, guidé par un chef de service « aux projets innovants ». On reçut un trophée managérial pour un parcours patient innovant l'année dernière. Consultation codées en AMI4. Très sollicitée par les équipes qui veulent adhérer au protocole.

1/ Avez-vous été à l'initiative du projet protocole de coopération ?

C'est le Chef de service, en lien avec le ministère.

2/ Pourquoi l'avez-vous acceptée ?

Pour valoriser les infirmières puisqu'elles maîtrisaient le sujet. Echange infernal entre l'ARS et nous car demande des comptes : importance de retourner les satisfactions des médecins, infirmière, patient. L'ARS demande de tout étudier en profondeur. On a fait entre autres des arbres décisionnels. On demandait l'avis aux ide évidemment avant d'envoyer.

3/ Qu'est-ce qui vous a attiré dans cette démarche ?

A part la valorisation et la reconnaissance ... je n'y vois pas de différence dans la gestion d'équipe. On a 10 IDE. On a 34 patients jour dans notre HDJ. Toutes les IDE ont une spécificité (Educatrice Thérapeutique, prévention cardio-vasculaire), elles sont toutes valorisées. Elles animent des ateliers et ont des activités variées. Chacune a vraiment sa spécialité. Ça fait plus de 10 ans qu'elles sont dans le service. On a une équipe très fixe avec tout ça. Avec le confort de travailler en HDJ (on ne travaille pas le week-end), ça attire et elles aiment ce qu'elles font. Vous allez voir, elles en parlent très bien. Cela fait que tout le monde reste. Si elles partent c'est pour faire l'école des cadres. Sinon, elles ont déjà des DU, elles ont déjà tout ça.

La gestion de projet :

4/ Quels ont été les atouts de ce projet ?

Valoriser leur travail et les rendre autonomes. Elles connaissaient depuis longtemps Le chef de service parce que ça fait longtemps qu'elles travaillent avec. Il a été convaincant. Il a entièrement confiance en elles, il disait « c'est une équipe d'experte donc oui on se lance ». Tout le monde était d'accord puisqu'elles le faisaient au quotidien.

5/ Quelles en ont été les différentes étapes ?

3 ans !! (*rire*) : écrire, réécrire, avoir des stat (c'est le médecin qui s'en occupait), on faisait valider par l'infirmière, je travaillais avec la cadre. Quand tout le monde était d'accord, on envoyait à l'ARS qui nous demandait encore autre chose ... puis tous les ans, on doit donner nos statistiques. On utilise le tableau Excel que l'ars nous a envoyé (Evènement Indésirable « on en a eu aucun », pourquoi les patients ne rentrent pas dans le protocole, etc).

6/ Quelles ont été les difficultés rencontrées ?

La lourdeur administrative ! 3ans pour écrire ça ? On n'aurait pas cru. Et puis recueillir tous les diplômes, les Cartes d'Identité, « enfin, c'est l'horreur ». Sachant qu'en plus c'est du personnel APHP, on nous demande aussi les employeurs. Puis les formations, comment vous avez faits ? Quels étaient les items ? Sachant qu'en plus la majorité était formée sur le tas. Quand on travaille 20 ans dans le même service. Ah bah non fallait tout expliquer, la formation théorique, celle du terrain, combien d'heure pour chaque. Elles avaient déjà des DU en nutrition donc elles n'ont pas eu de formation théorique supplémentaire mais elles ont été suivies par le médecin. Tous les jours il contrôlait ce qu'elles avaient fait, c'est une « séniorisation » comme on dit. Aujourd'hui elles sont plus performantes que les nouveaux médecins quand ils arrivent.

Il faudra qu'on recommence si la 3eme IDE ne revient pas (*celle qui est en arrêt*). Et là par contre, physiquement, on ne l'a pas. En hospice nutrition elles sont toutes jeunes. Je ne sais pas qui va pouvoir s'intégrer à ça.

7/ Le choix des acteurs : comment avez-vous fait le choix des IDE déléguées ?

Celles qui étaient déjà en HDJ. Elles étaient toutes les 3 et c'était les plus anciennes et les plus formées et elles voulaient y participer. C'était les personnes ressources du service. Ça c'était le plus simple.

8/ Quelle a été la communication autour de ce projet ?

On était tous dans le même service donc on faisait des réunions. Avec le chef de service on communiquait par mail. On lui envoyait ce qu'on faisait et il corrigeait. Avec les IDE on se réunissait pour qu'elles valident et corrigent.

9/ Avez-vous perçu des résistances de la part de membre de votre équipe. lesquelles ?

Pas de résistance dans l'équipe.

10/ Quels bénéfices en tirez-vous aujourd'hui ? Pour les IDE ? Pour la prise en charge des patients ? Pour l'équipe ?

Valorisation et reconnaissance IDE.

Moins d'attente « théoriquement » pour les RDV des patients. Les médecins pouvaient s'occuper des patients plus complexes, ça leur laissait du temps. Les IDE sont à l'heure à leur consultation (*rire*).

Elles ont un logiciel partagé avec le médecin, tout le monde peut voir ce qu'elles font.

C'est très enrichissant et très positif, ça il n'y a rien à dire, mais quand on n'a pas les moyens, c'est très dur.

Chaque année on a une réunion au niveau du site sur les projets et on répète toujours la même chose. Il nous faudrait une IDE supplémentaire. Il y a énormément de patient dans la nature parce qu'on récupère ceux des cliniques qui ont plein d'effets secondaires parce qu'ils ne suivent pas le traitement. Y'a beaucoup de gens qui veulent être suivi et on n'en n'a pas les moyens. Les cliniques ne font pas de suivi malgré les préconisations de l'ARS. Elles opèrent en 15 jours, normalement c'est 6 mois. Faut voir le psychologue 2 fois, etc. Mais c'est aussi pour ça que les patients y vont parce que quand ils sont décidés, il faut y aller tout de suite. Donc on a une file active énorme mais on prend déjà « nos patients ».

ENTRETIEN CDS DES IDE n°8 et 9

Etablissement public, province, en attente

1/ Avez-vous été à l'initiative du projet protocole de coopération ?

Non pas du tout, le protocole a été initié par la Direction Générale des Soins avant ma prise de fonction car moi je suis là depuis 1 ½ ans.

2/ Pourquoi l'avez-vous acceptée ?

3/ Qu'est-ce qui vous a attiré dans cette démarche ?

Je n'ai pas eu le choix, il était déjà en place mais ce qui est intéressant c'est de pouvoir permettre aux infirmières de développer leur compétences, ça permet de fluidifier et d'améliorer la prise en charge des patients avec des délais de consultations médicales qui peuvent être long. C'est une meilleure prise en charge du patient, ou tout du moins différente.

La gestion de projet :

4/ Quels ont été les atouts de ce projet ?

On l'a exposé aux infirmières de l'équipe de néphrologie et d'hémodialyse. Ça a été facile, car plusieurs personnes qui étaient intéressées et qui se sont proposées pour ce projet. Après certaines se sont retirées car ça leur paraissait trop important et qu'elles n'avaient pas forcément envie de s'investir dans la durée car entre temps leur projet professionnel a évolué. Les deux infirmières retenues sont très motivées et il n'y a pas eu de difficultés. Ce qui plaisait aux ide s'était de s'investir dans des projets et d'offrir une prise en charge un peu différente, de sortir un peu de leur quotidien, développer des compétences dans de nouveaux domaines.

5/ Quelles en ont été les différentes étapes ?

Au début je n'étais pas là mais quand j'ai pris le projet, il était monté avec notre chef et on travaille en collaboration avec l'hôpital de C. on monte ce projet sur deux sites avec deux équipes médicales différentes mais qui collabore au quotidien.

On a organisé plusieurs réunions avec la Direction Générale des Soins, les médecins et les infirmières pour monter le dossier qu'on a proposé à l'ARS.

La formation des ide : la partie théorique a été assurée par les médecins des deux équipes, la formation pratique se fait avec le médecin référent. Elle est encore en cours.

6/ Quelles ont été les difficultés rencontrées ?

Nous n'avons pas rencontré de difficultés particulières. Si ce n'est dans l'organisation des calendriers. Au niveau de la Cartographie des risques il a fallu prendre en compte les deux établissements, nous n'avons pas la même façon de fonctionner donc on n'avait pas tout à fait les mêmes documents mais ça s'est adaptée puisque nous avons pu faire deux « versions » assez facilement. Pourvoir libérer les infirmières en assurant la continuité des soins puisqu'au niveau ressources humaines ça ne suit pas forcément et qu'on n'a pas de financement pour l'instant. Il a fallu faire à moyen constant. L'équipe ne râle pas mais on est quand même obligée d'assurer leur remplacement. On a une grande équipe alors c'est plus facile.

7/ Le choix des acteurs : comment avez-vous fait le choix des IDE déléguées ?

On avait certains critères : il fallait un certain nombre d'année en néphrologie et qu'elles soient impliquée dans la vie du service et qu'elles puissent s'investir dans la durée sur le projet. On ne pouvait pas dire que dans 2 ans elles partaient.

8/ Quelle a été la communication autour de ce projet ?

C'est surtout la DGS qui a communiqué au début car il n'y avait pas de cadre de pole et le cadre de service était en partance. Les médecins ont surtout travaillé au départ avec la DGS.

Sur le reste de l'équipe, ce sont les IDE du projet qui communique sur le projet. Il ne me semble pas qu'au début on est fait une grande réunion.

9/ Avez-vous perçu des résistances de la part de membre de votre équipe. Lesquelles ?

Non

10/ Quels bénéfices en tirez-vous aujourd'hui ? Pour les IDE ? Pour la prise en charge des patients ? Pour l'équipe ?

Je pense qu'il y a une meilleure collaboration entre les médecins et l'équipe paramédicale. Les ide ont pu développer des compétences. Chacun voit le fonctionnement de l'autre sous un angle différent. Les deux infirmières ont du coup des facilités de communication et une meilleure reconnaissance de la part des médecins.

Il y a aussi une répercussion de ce développement de compétences dans la prise en charge du patient sur l'ensemble de l'équipe. Les infirmières déléguées communiquent beaucoup avec elle et elles ont beaucoup amélioré leur communication en ce sens. Elles aident à la réflexion en cas de difficultés ou problématique. Si l'ensemble de l'équipe n'est pas impliquée il y a quand même des répercussions.

Puis normalement le délai de consultations sera plus court et en tout cas le médecin pourra voir d'autres patients plus complexes en parallèle.

Diplôme de Cadre de Santé

DCS@16-17

MÉMOIRE

PANSER DEMAIN

Le management par projet innovant comme vecteur de sens

Marie-Pollen MOULLÉ

MOTS CLÉS

Projet innovant, nouveaux métiers, protocole de coopération, valorisation, motivation

KEY WORDS

Innovative project, new professions, valorization, motivation

RESUME

En regard du contexte démographique et sanitaire de la France, le système de santé est en pleine mutation. La profession infirmière, aujourd'hui en souffrance, cherche à retrouver du sens. Les « nouveaux métiers » (recherche, pratique avancée et protocole de coopération) seraient une manière de répondre à ces deux problématiques. La place du Cadre de Santé est à la fois d'être acteur du système de santé et leader de son équipe. L'objectif de cette recherche est d'une part, évaluer l'impact des nouveaux métiers sur la motivation des infirmières, via les protocoles de coopération. D'autre part, elle vise à étudier l'impact du management par projet innovant dans le système de santé. Pour cela, j'ai interviewé 10 infirmières et 6 cadres de santé, d'horizons différents, participant à un projet de protocole de coopération. J'ai ainsi pu évaluer, en confrontant leur ressenti aux concepts d'innovation et de motivation, l'impact de ces nouveaux métiers. Ainsi, les nouveaux métiers sont leviers de motivation pour les infirmières, par la reconnaissance de leurs compétences, l'augmentation de l'estime de soi, le sens augmenté de leur travail et le décloisonnement des professions de santé. Cependant, même si le cadre peut se placer en acteur innovant du système de santé en valorisant les ressources humaines et en participant à la redistribution des rôles de chacun, il doit avant tout être garant de la sécurité d'exercice des professionnels par sa fiabilité et sa communication

ABSTRACT

Considering the demographic and health context in France, the health system is undergoing changes. The nursing profession, currently in suffering, seeks to regain meaning. The Intermediate professions (advanced practice, cooperation protocols and research), between doctors and nurses, would be a way of answering these two problems. The place of the nurse manager is both to be a health system actor and the leader of his/her team. The purpose of this research is to evaluate the impact of cooperation protocols on the nurse's motivation, and to study the impact of management by innovative project, on the health system. To conduct it, I interviewed 10 nurses and 6 nurse managers, from different backgrounds, participating in a cooperation protocols project. I was able to evaluate the impact of these new professions, by comparing their feelings with the innovation and motivation concepts. Thus, new professions motivate nurses, by recognizing their skills, increasing self-esteem, increasing meaning of their work and by breaking the borders of health professions. However, even if the manager can be an innovative actor of the health system by enhancing human resources and participating in the redistribution of roles, he must above all guarantee the safety of professionals by his reliability and communication.

