



EHESP

Directeur des soins

Promotion : **2018**

Date du Jury : **décembre**

**INTEGRATION PROFESSIONNELLE ET
SOCIALE DE L'INFIRMIER(E) DE
PRATIQUE AVANCEE EN
CANCEROLOGIE**

***STRATEGIE DU DIRECTEUR DES SOINS
EN INSTITUT***

Christophe PETERS

Remerciements

Je tiens à remercier :

Madame MONNIER pour son soutien indéfectible, tant en conseils qu'en accompagnement tout au long de mon cursus de formation à l'EHESP ainsi que dans l'étape de pré enquête utile à ce mémoire ;

Monsieur SCHWEYER, pour ses nombreux apports sur l'approche sociologique dans mes travaux ;

Madame JOVIC et Madame PEOCH pour leur aide précieuse au cours de divers échanges portant sur le sujet de la pratique avancée.

Les professionnels et des usagers qui ont accepté de concourir à cet écrit en participant aux différentes interviews.

Mes proches, Romain, Angélique ; mes enfants, Anaël et Ethan ; ma maman Christiane ; mes beaux-parents, Mireille et Patrice ; enfin mes sœurs, Sylvie, Evelyne et Magali qui ont su m'accompagner, par leur soutien moral et leur adaptation pour faciliter ma formation et l'élaboration de cet écrit.

Mesdames et Messieurs les membres du jury qui me font l'honneur de prendre connaissance et d'évaluer ce travail personnel et professionnel.

Enfin, je remercie l'ensemble des collègues élèves directeurs de la promotion « Marie Curie 2018 » et tout particulièrement, Michelle, Sylvie, Arielle, Céline, Caroline, Nathalie, Franck, Jean, Luc-Olivier et François qui ont contribué à ce travail grâce à leur authentique bienveillance et à leurs avis toujours constructifs.

« Il ne suffit pas d'édicter des règles pour les voir appliquées. On méconnaît le fait que l'élaboration des règles n'est que le résultat d'un conflit surmonté. »

R-J. Dupuy

Sommaire

Introduction	1
1 LES CONCEPTS.....	5
1.1 LES REPRESENTATIONS SOCIALES ET PROFESSIONNELLES.....	5
1.1.1 La représentation professionnelle est une représentation sociale spécifique	5
1.1.2 La représentation sociale est un processus.....	6
1.1.3 La représentation sociale est un élément cognitif structuré	7
1.1.4 Les représentations sociales sont utiles dans la confrontation	7
1.1.5 Les représentations sociales, évolution et transformation	8
1.2 LA MOTIVATION	8
1.2.1 Des motivations en général à la motivation intrinsèque	8
1.2.2 La compétence et l'autodétermination sont décisives dans la motivation	9
1.2.3 La motivation liée au projet dépend des besoins d'affiliation, de compétences et d'autonomie.....	9
1.2.4 Des théories de la motivation à la mesure de la motivation	11
1.3 L'IMPLICATION	11
1.3.1 Implication de l'utilisateur versus implication du professionnel.....	11
1.3.2 L'implication des professionnels	12
1.3.3 L'implication des utilisateurs	13
2 METHODE ET ANALYSE	15
2.1 LA METHODOLOGIE D'ENQUETE	15
2.1.1 Population ciblée.....	15
2.1.2 Méthode de recueil de données et de restitution	15
2.1.3 Critères d'inclusion et d'exclusion.....	15
2.1.4 Critères d'analyse.....	16
2.1.5 Les biais de l'enquête et de l'analyse	17
2.2 ANALYSE DES DONNEES.....	17
2.2.1 De la représentation et la motivation à l'intégration de l'IPA au parcours de soins en cancérologie.....	17

2.2.2	De la motivation et l'implication dans l'intégration de l'IPA au parcours de soins en cancérologie	24
3	PRECONNISATIONS EN FAVEUR DE L'INTEGRATION DE L'IPA DANS LE PARCOURS DU PATIENT EN CANCEROLOGIE	35
3.1	La diversité des représentations, motivations et implications et le champ d'intervention stratégique du DS.....	35
3.2	Comment la prise en compte de facteurs psychosociaux s'intègre-elle dans le pilotage du projet d'IPA en cancérologie ?	37
3.3	La stratégie collaborative du DS d'institut avec le DS d'établissement de santé	38
3.3.1	Le rôle du DS à l'étape d'introduction de l'IPA	39
3.3.2	Stratégie des Directeurs de soins à l'étape de mise en œuvre	43
3.3.3	La collaboration des DS dans l'étape de durabilité	45
	Conclusion.....	49
	Bibliographie	I
	Liste des annexes.....	VII

Liste des sigles utilisés

AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
ARS	Agence Régionale de Santé
ANFIIDE	Association Nationale Française des Infirmiers et Infirmières Diplômés et Elèves
CII	Conseil International des infirmières, Rééducation et Médico-Techniques
CSIRMT	Commission des Soins des Infirmiers et ré
CME	Commission Médicale d'Etablissement
DPC	Développement Professionnel Continu
DRH	Directeur des Ressources Humaines
DS	Directeur des Soins
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
ICOGI :	Instance Compétente pour les Orientations Générales de l'Institut
ICS	Infirmière Clinicienne Spécialisée
IDE	Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat
IPA	Infirmier(e) en Pratique Avancée
PA	Pratique Avancée
PEPPA	Participatory, Evidence-based, Patient-focused process for advanced Practice nursing role development
PHRIP :	Programme Hospitalier de Recherche Infirmière et Paramédicale
PPS	Projet Personnalisé de Soins
UE	Unité d'Enseignement

Introduction

L'exercice de l'infirmier(e) en pratiques avancées (IPA), évolue à l'échelle internationale depuis les années 1960. L'émergence de ce métier est constatée dans 25 pays au monde et 9 pays ont réglementé son activité¹.

En 2002, le Pr BERLAND soulève l'intérêt d'un nouveau métier, celui des « *infirmières cliniciennes spécialisées* »². Grâce à des expérimentations de transfert de tâches et de compétences localement organisées entre 2004 et 2007, certains auxiliaires médicaux peuvent, depuis 2009³, réaliser des actes médicaux dans le cadre de protocoles de coopération entre médecins et personnels non médicaux. Il s'agit d'une évolution logique du transfert des compétences, nécessaire au recentrage des médecins sur leur cœur de métier, tout en optimisant l'activité à haute valeur ajoutée de l'ensemble des professionnels ainsi que la coordination des acteurs de santé.

Les débats se développent depuis 15 ans autour de la sémantique d'IPA. La communauté professionnelle utilise le plus souvent la définition du Conseil International des infirmières (CII) : « *une infirmière qui a acquis les connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de son métier, pratique avancée dont les caractéristiques sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera autorisée à exercer. Une formation de base de niveau maîtrise (master) est recommandée* »⁴

L'ANFIIDE précise les domaines d'activité propres à deux profils distincts. Les infirmières cliniciennes spécialisées (ICS) acquièrent des responsabilités en dehors des activités cliniques (enseignement, qualité) dans le même domaine de pratique que les infirmières (IDE), tandis que les infirmières praticiennes « *participent en principe davantage aux soins cliniques. Leur domaine de pratique clinique étendu leur confère, de plus, l'autorité nécessaire pour commander de manière autonome des tests de diagnostic, pour poser des diagnostics et pour prescrire des traitements et des médicaments.* »⁵

¹ MORIN D, 5 juin 2018, « *La pratique infirmière avancée : vers un consensus au sein de la francophonie* », Bordeaux : 7^{ème} congrès du Syndicat International des Infirmiers et infirmières de l'Espace Francophone.

² BERLAND Y, Rapport « *Transfert de Compétences* », octobre 2003, p. 49. [visité le 21 mai 2018], disponible sur le site internet : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000619.pdf>

³ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, art 51, JORF n°0167 du 22 juillet 2009.

⁴ Conseil International des Infirmières, 2008, « *Domaine de pratique, normes et compétences pour l'infirmière de pratique avancée* », Genève : Série du CII sur la réglementation.

⁵ BRYANT-LUKOSIUS D. et MARTIN-MISENER R., 2016, Synthèse de politique du CII, « *La pratique infirmière avancée, une composante essentielle des ressources humaines nationales pour la santé* », ICN, p. 2, [visité le 21 mai 2018], disponible sur le site internet : http://www.anfiide-gic-repasi.com/wp-content/uploads/2016/05/Synthese_de_politique_du_CII_6.pdf

Cette approche est utilisée depuis le début des années 2000 par certaines universités amenées à proposer des Master dans ce domaine⁶.

Le projet de loi de santé pour 2015⁷, pose le principe de modernisation du système de santé par l'élargissement du champ des compétences des auxiliaires médicaux vers la formulation d'un diagnostic, la prescription, la réalisation d'activités d'orientation, d'éducation, de prévention et de dépistage. Le cadre légal pour la pratique avancée (PA) est acté par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016⁸. La loi délimite ainsi l'exercice « *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* ». Depuis 2014, le Plan cancer fait de la cancérologie une spécialité prioritaire dans déploiement de l'IPA. Il s'agit de « *définir un nouveau profil professionnel coopérant avec le médecin traitant, avec l'équipe référente et avec les autres professionnels de santé, hospitaliers ou de proximité* »⁹. Le livre blanc de l'IPA en cancérologie¹⁰ a dans ce sens été rédigé avec des préconisations sur l'exercice de la PA appliquée aux différentes étapes de prise en charge dans cette spécialité. La loi de 2016 annonce la consultation de l'Académie nationale de médecine et des représentants des professionnels de santé concernés avant que les conditions d'habilitation des universités, les modalités de formation de ces nouveaux professionnels ainsi que les conditions et règles d'exercice soient décrétés et arrêtés en application de la loi.

Après une période d'un an et demi de concertation et de consultations des associations, ordres et syndicats, il apparaît de nombreuses divergences. L'orientation quasi exclusive vers un profil d'IPA « *praticienne* », la suppression du champ de la santé mentale et de la psychiatrie et l'obligation de protocoles validés par le médecin, conduisent les organisations

⁶ L'université d'Aix en Provence-Marseille propose un Master en sciences infirmières et l'université de Saint Quentin en Yvelines propose un Master Parcours sciences cliniques en soins paramédicaux

⁷ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES, projet de loi de santé, dossier de presse, 15 octobre 2014, p.16, [visité le 21 mai 2018], disponible sur le site internet : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/151014 - Dossier de Presse - Loi de sante.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/151014_-_Dossier_de_Presse_-_Loi_de_sante.pdf)

⁸ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES, LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, article 119, JORF n°0022 du 27 janvier 2016

⁹ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE et MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE, Plan cancer III, 2014-2019, objectif n°4, « *faire évoluer les formations et les métiers de la cancérologie* », pp 44-46, deuxième édition, mars 2015.

¹⁰ Association Française des Infirmières de Cancérologie, 2018, *Livre blanc de l'IPA en cancérologie*, pp.1-26.

professionnelles membres du Haut Comité des Professions Paramédicales à déplorer « *la régression* »¹¹ de la dernière version du décret, en accusant une pression du corps médical.

La promulgation définitive des décrets et arrêtés, le 18 juillet 2018¹², officialise le rôle de l'IPA en matière d'évaluation clinique, d'orientation, de réalisation d'actes et de prescription d'examens de biologie médicale et de produits non concernés par une prescription médicale obligatoire. La liste des pathologies concernées, des actes autorisés, des modalités de formation universitaires et les conditions d'exercice sont définis. Le développement de ce nouveau modèle de prise en charge n'est pas obligatoire et l'utilisateur reste décideur en vertu de son « *droit de refus [...] d'être suivi par l'infirmier exerçant en pratique avancée* ».

Pour autant, la revue de littérature dans le domaine fait mention de nombreux enjeux et risques de voir échouer l'intégration de l'IPA en pratique, si l'accompagnement se limite au mode applicatif de la loi sans considérer les risques de conflits par confusion des rôles entre IDE et « *la non-acceptation de ce nouveau rôle de la part du corps médical, mais aussi des patients eux-mêmes* »¹³, lié à un défaut de confiance notamment. L'expérience internationale préconise, outre une formation universitaire de l'IPA et un soutien logistique, une politique d'intégration et de sensibilisation forte des parties prenantes.

Fort de ces constats et en l'absence d'un réel consensus national, nous préjugeons d'un prolongement du débat relatif à l'IPA par des positionnements de patients et de professionnels plus ou moins favorables au développement de ce nouveau mode de prise en charge, au niveau local. Des entretiens exploratoires interrogent l'identité des métiers et l'enjeu des besoins perçus. Madame JOVIC explique que « *les soignants sont en phase de connaître un changement identitaire majeur de la profession infirmière avec un impact encore mal mesuré par les autres métiers de la santé et leurs propres organisations* ». Madame MONNIER précise que « *les projets de pratique avancée vont marcher là où les*

¹¹ ANFIIDE, 26 avril 2018, « *Plaidoyer pour le maintien de l'accès aux soins dans une approche collaborative innovante* », communiqué, p.1, [visité le 21 mai 2018] :

http://www.anfiide.com/Documents/Actualites/COMDEPRESSE/Plaidoyer_IPA_2018_04_26.pdf

¹² MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE,

- Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée ;
- Décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée ;
- Arrêté du 18 juillet 2018 fixant la liste des pathologies chroniques stabilisées prévue à l'article R.4301-2 du code de santé publique ;
- Arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de santé publique ;
- Arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée.

JORF n°0164 du 19 juillet 2018.

¹³ AGUILARD S., COLSON S. et INTHAVONG K., 2017, « *Stratégies d'implantation d'un infirmier de pratique avancée en milieu hospitalier : une revue de littérature* », *Santé Publique*, vol.29, n°2, pp. 241-254.

gens auront identifié un réel besoin ». Les représentations du rôle de l'IPA et l'identification des besoins locaux seront déterminants pour l'intégration effective de ce nouveau métier. L'expérience, en stage, d'une conduite de projet relatif à la mise en place d'une IPA en cancérologie soulève l'enjeu d'une méthode intégrative pour s'assurer d'une adhésion optimale à ce nouveau parcours de soins proposé. L'accompagnement des relations au travail entre professions pré existantes et nouveaux métiers est indissociable de la conduite de ce projet et de l'application de la réglementation. Le Directeur des soins (DS) d'institut est partenaire du DS d'établissement, dans le développement de ce projet, au regard de ses missions dans le champ du développement des compétences, des métiers et de leur collaboration. La perspective d'une prise de poste dans la coordination d'instituts permet d'envisager la problématique du point de vue de la complémentarité entre DS d'institut et d'établissement.

Ainsi, nous formulons pour question de départ :

En quoi les représentations sociales et professionnelles sont-elles un levier dans l'engagement des usagers et des professionnels à l'intégration de l'IPA en cancérologie ?

Nous formulons deux hypothèses, lesquelles posent la relation entre représentations, motivation et implication. Il s'agit d'appréhender les leviers de formation et d'acculturation dont dispose le DS d'institut pour agir sur l'acceptation de ce nouveau mode de prise en charge intégrant l'IPA, en soutien à la politique territoriale pilotée par l'établissement support.

- Les représentations des professionnels et des usagers, relatives à l'IPA, impactent la motivation de ces acteurs à intégrer ce nouveau métier.
- Les motivations des professionnels et des usagers quant à l'intégration de l'IPA influencent les parties prenantes dans leur implication à développer ce modèle de prise en soins.

Pour éclairer notre raisonnement, nous présentons dans une première partie les concepts et théories relatifs aux représentations, à la motivation, et à l'implication. Dans une seconde partie, nous développerons la méthodologie choisie pour appréhender concrètement ces notions auprès des professionnels et usagers interrogés. Nous présenterons ici l'analyse d'enquête en réponse à nos hypothèses de départ. Enfin, dans une troisième partie, nous proposerons des préconisations visant une mobilisation constructive des représentations, des éléments de motivation et d'implication des acteurs pour faciliter l'intégration de l'IPA dans l'offre de soins en cancérologie.

1 LES CONCEPTS

1.1 LES REPRESENTATIONS SOCIALES ET PROFESSIONNELLES

1.1.1 La représentation professionnelle est une représentation sociale spécifique

L'équipe de recherche de l'Université de Toulouse II Jean Jaurès « Représentations et Engagements professionnels : leurs Evolutions, Recherches et Expertises », dirigée par Michel BATAILLE et citée par PIASER et MIAS, définit la représentation professionnelle.

Il s'agirait d'une spécificité des représentations sociales « *adaptées par et pour les groupes professionnels* ». ¹⁴

Les représentations professionnelles sont une forme de représentations sociales. C'est pourquoi nous définissons le concept des représentations professionnelles, en partie, à travers les représentations sociales.

Les représentations professionnelles individuelles ou collectives varient en fonction de la situation, des organisations et du contexte de travail. PIASER, dans ses travaux, explique que « *les représentations professionnelles sont des représentations portant sur des objets appartenant à un milieu professionnel spécifique. Elles sont partagées par les membres de la profession considérée et constituent un processus composite grâce auquel les individus évoluent en situation professionnelle : opinions, attitudes, prises de position, savoirs etc* ». ¹⁵

Ce sont donc des constructions mentales élaborées en interaction entre acteurs issus du même groupe professionnel. Elles intègrent des connaissances, des émotions, des contraintes normatives ou formatives (référentiels, expérience...), des valeurs, une idéologie donnant sens à l'action et au projet. Les représentations professionnelles se distinguent des représentations sociales par un sens non-explicite pour les profanes (grand public, autres secteur d'activité...) et le peu de place donné aux croyances et aux opinions naïves. Nous pouvons nous attendre à recueillir des représentations relatives à l'IPA différentes selon que nous interrogeons des usagers (représentations sociales) ou des professionnels de santé (représentations professionnelles). Il nous paraît essentiel d'interroger tous les acteurs afin de réaliser un diagnostic initial de la représentation de l'offre de soins intégrant l'IPA, et permettre ainsi des préconisations cohérentes au regard des parties prenantes.

¹⁴ PIASER A., MIAS C., 2016, *Les représentations professionnelles*, in LO MONACO G., DELOUVEE S., RATEAU P., *Les représentations sociales, Théories, méthodes et applications*, Bruxelles : De Boeck Supérieur, p.320.

¹⁵ PIASER, A., 2000, *La différence statutaire en actes : le cas des représentations professionnelles d'enseignants et d'inspecteurs à l'école élémentaire*, Les dossiers des Sciences de l'Education, Toulouse, Presses Universitaires du Mirail, N°4, p. 60.

1.1.2 La représentation sociale est un processus

MOSCOVICI, au cours des années 1960, étudie le caractère dynamique des représentations en lien avec la complexification des relations sociales au sein de notre société contemporaine, notamment dans le cadre des organisations du travail. Il identifie deux processus d'élaboration et de transformation des représentations, d'une part, à partir de l'environnement social (c'est le processus d'objectivation) et d'autre part en définissant la façon dont cette représentation modifie les relations et l'environnement social (c'est l'ancrage).¹⁶

Le processus d'objectivation met en images les notions abstraites et les met en relation entre elles. Ce processus se décomposerait en une étape de construction sélective reposant sur des critères culturels et normatifs, une étape de schématisation structurante permettant d'imager la notion conceptuelle et enfin, une étape de naturalisation où le concept est concrétisé par des éléments physiquement démontrables.

Le processus d'ancrage concerne, quant à lui, l'intégration de la représentation et de son objet dans le groupe social à partir des représentations individuelles. L'ancrage illustre la qualité et le niveau d'insertion sociale d'un individu ainsi que l'appropriation par le groupe d'une nouvelle représentation. C'est cette nouvelle représentation sociale qu'ABRIC définit comme « *un ensemble organisé et structuré d'informations, de croyances, d'opinions et d'attitudes* ». ¹⁷ L'ancrage est conditionnée par une adhésion sociale au regard d'une utilité fonctionnelle de l'objet représenté facilitant la compréhension et l'interaction avec l'environnement. Ainsi, la qualité de l'intégration de l'IPA serait dépendante de la qualité des échanges entre tous les acteurs impliqués dans l'offre de soins. DOISE complète les travaux de MOSCOVICI sur le processus d'ancrage. Il en distingue trois types qui dépendent des rapports sociaux¹⁸ : l'ancrage psychologique qui modélise les prises de positions individuelles et l'organisation du contenu de la représentation dès le plus jeune âge ; l'ancrage psychosociologique qui construit la vision commune d'un groupe à partir de positions diverses au sein de celui-ci ; l'ancrage sociologique développé sur la dynamique des prises de positions des groupes sociaux dans la société.

¹⁶ PIANELLI C, ABRIC J-C, et SAAD F, 2010, « *Rôle des représentations sociales préexistantes dans les processus d'ancrage et de structuration d'une nouvelle représentation* », Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale, Presse Universitaire de Liège, vol. n°86, n°. 2, p. 245.

¹⁷ ABRIC J-C., in VALENCE A., 2010, *Les représentations sociales*, Bruxelles : De Boeck p. 46.

¹⁸ FORMARIER M., 2007, « *La relation de soin, concepts et finalités* », Toulouse : Association de Recherche en soins infirmiers, vol. 89, n°. 2, pp. 33-42.

1.1.3 La représentation sociale est un élément cognitif structuré

ABRIC développe la théorie du noyau central en précisant que la représentation est « *un système sociocognitif particulier composé de deux sous-systèmes en interaction : un système central et un système périphérique.* »¹⁹

Le « *système central* » est influencé par les normes, les valeurs et l'histoire sociologique du groupe d'appartenance. Il est le socle cohérent et non négociable de la représentation. Il induit la représentation en donnant une valeur aux éléments qui la composent et il l'organise en déterminant la nature des liens qui unissent ces éléments.

Le « *système périphérique* » est plus souple et réactif. Ses composantes s'adaptent au contexte. Il assure trois fonctions : une fonction de « *régulation* », en adaptant les éléments du système central aux particularités de la situation ; une fonction de « *défense* » en traitant les contradictions pour protéger le système central ; une fonction de « *concrétisation* » qui rend la situation compréhensible et permet d'intégrer l'expérience dans la représentation. Outre leur organisation structurelle, les éléments périphériques prescrivent des comportements. Il s'agit de la partie opérationnelle de la représentation. Ainsi, ces deux processus combinés permettent « *l'élaboration de représentations sociales individualisées mais néanmoins organisées autour d'un noyau central commun dont la signification est partagée par l'ensemble du groupe* ». ²⁰

1.1.4 Les représentations sociales sont utiles dans la confrontation

DOISE, à travers sa théorie des principes organisateurs, insiste sur l'effet fédérateur des représentations sociales et leur rôle dans la préservation des rapports sociaux. Selon cette théorie, « *les représentations sociales désignent les principes générateurs de prises de position qui sont liées à des insertions spécifiques dans un ensemble de rapports sociaux et organisant les processus symboliques intervenant dans ces rapports* ». ²¹ A l'opposé de la théorie du noyau central qui recherche le consensus, cette théorie valorise la richesse de la confrontation des représentations. Les insertions sociales diffèrent et quand des références communes existent, les individus n'y font pas référence avec la même interprétation et la même intensité.

¹⁹ ABRIC J-C., op.cit., p46.

²⁰ LHEUREUX F., RATEAU P., GUIMELLI C., in VALENCE A., 2010, *Les représentations sociales*, Bruxelles : De Boeck, p.48.

²¹ DOISE W., in VALENCE A., 2010, *Les représentations sociales*, Bruxelles : De Boeck, p.71.

1.1.5 Les représentations sociales, évolution et transformation

La théorie du noyau central, selon ABRIC, par sa structure cognitive et ses mécanismes de genèse et d'adaptation introduit les mécanismes de transformation des représentations. RENARD et ses collaborateurs citent ABRIC « *il n'y a pas lieu de parler de transformation de la représentation sociale lorsque les modifications observées concernent des éléments du système périphérique [...] on parle à ce moment-là simplement d'évolution et non de transformation* »²². L'auteur considère qu'il y a changement de représentation quand au moins un des éléments du noyau central des représentations est modifié.

CORNEILLE décrit, dans le modèle de la probabilité d'élaboration (ELM pour Elaboration Likelihood Model)²³, l'importance d'aller jusqu'à la modification des composants du noyau de la représentation pour une évolution pérenne de celle-ci. L'auteur parle de confrontation nécessaire des éléments du noyau pour les impacter. Les éléments périphériques les plus liés au noyau sont utilisés comme un moyen pour atteindre la partie centrale de la représentation. La motivation à analyser l'information est alors un facteur déterminant pour inciter l'individu à emprunter ce chemin central.

1.2 LA MOTIVATION

1.2.1 Des motivations en général à la motivation intrinsèque

VALLERAND et THILL définissent la motivation comme étant « *le construit hypothétique utilisé afin de décrire les forces internes et/ou externes produisant le déclenchement, la direction, l'intensité et la persistance du comportement* ».²⁴ ROUSSEL cite AMABILE, laquelle distingue deux niveaux d'intégration de la motivation, en fonction de besoins liés à l'activité et à l'individu : « *Les individus sont intrinsèquement motivés lorsqu'ils effectuent une activité pour le plaisir, l'intérêt, la satisfaction de curiosité, l'expression de soi ou le challenge personnel. Les individus sont extrinsèquement motivés lorsqu'ils s'engagent dans une activité pour satisfaire un objectif en dehors de l'activité elle-même* »²⁵

²² RENARD E., BONARDI C., ROUSSIAU N., GIRANDOLA F., 2007, « *Soumission forcée, double soumission forcée et dynamique des représentations sociales* », Revue internationale de psychologie sociale, Presse universitaire de Grenoble, vol. Tome 20, n°2, p. 80.

²³ MEYER T., 2000, *Le modèle de Traitement Heuristique Systématique de l'information : motivations multiples et régulation du jugement en cognition sociale*, in L'année psychologique. vol. 100, n°3. p. 532.

²⁴ VALLERAND R.J. et THILL E.E., 1993, « *Introduction au concept de motivation* », in VALLERAND, J. Et THILL E.E. (dir.), Introduction à la psychologie de la motivation, Laval (Québec), Editions études vivantes, p.18.

²⁵ ROUSSEL P, octobre 2000, « *La motivation au travail, concepts et théories* », Laboratoire Interdisciplinaire de recherche sur les Ressources Humaines et l'Emploi, Université de Toulouse, Collection Note n°326, pp.14-15.

L'intégration de l'IPA dans le parcours du patient en cancérologie a pour finalité l'optimisation des compétences et de leurs interactions, la qualité des soins et l'amélioration de l'autonomie des usagers. La volonté intrinsèque représente donc un enjeu majeur dans la motivation à ce projet. Pour cette raison, nous privilégions les théories de la motivation basées sur l'auto-détermination aux théories des besoins, de justices organisationnelles (MASLOW, HERTZBERG, GREENBERG, ADAMS...) ou de choix cognitif (ATKINSON, VROOM). Par ailleurs, les théories de l'autodétermination reprennent la plupart des principes issus des théories précédentes (les attentes, les besoins, la valeur attribuée au projet, l'instrumentalisation du projet pour d'autres intérêts...).

1.2.2 La compétence et l'autodétermination sont décisives dans la motivation

Les théories de la motivation intrinsèque adoptent pour principe que les besoins psychologiques sont prégnants sur les besoins physiologiques pour susciter la motivation. CASSIGNOL et al. citent la théorie de l'évaluation cognitive développée par les travaux de DECI et RYAN à la fin des années 1980²⁶. Ce modèle porte sur le principe d'une motivation intrinsèque basée sur le besoin de se sentir compétent (interagir efficacement au travail) et autodéterminé (pouvoir choisir le plus souvent possible en situations). Le besoin de compétence est alimenté par des éléments cognitifs (représentations, connaissances), la faculté d'apprendre et la force de ce besoin. Le besoin d'autodétermination est d'autant plus satisfait que l'individu perçoit que son autonomie est respectée, que des responsabilités lui sont octroyées, qu'il est à l'origine de sa décision, de son comportement et de son engagement. Les facteurs situationnels sont déterminants dans la motivation intrinsèque. Le feed-back sur les compétences et l'autonomie contribuent à développer la motivation intrinsèque dans cette théorie.

1.2.3 La motivation liée au projet dépend des besoins d'affiliation, de compétences et d'autonomie

Les travaux de DECI et RYAN, des années 1990 à 2000, sont cités par la littérature s'intéressant à l'implication²⁷. Ces auteurs intègrent deux autres théories à celle de l'évaluation cognitive : l'orientation à la causalité (la recherche de contrôle de l'environnement par l'individu) et l'intégration de soi (transformation d'une contrainte externe en contrôle interne). Les auteurs déterminent ainsi trois états de motivation, en fonction du

²⁶ CASSIGNOL-BERTRAND F., CONSTANT E., 2007, « *La norme de motivation intrinsèque : valorisation, utilité et désirabilité sociales* », Bulletin de psychologie, vol. n° 488, n° 2, pp. 121-133.

²⁷ DUPONT J-P., CARLIER G., DELENS C. et GERARD P., 2010, « *La motivation auto-déterminée des élèves en éducation physique : état de la question* », revue Staps, vol. 88, no. 2, pp. 7-23.

besoin d'autodétermination, dans un continuum allant de l'état de motivation extrinsèque (basée sur le devoir, la contrainte, la récompense) à la motivation intrinsèque (portée par la curiosité ou l'intérêt personnel).

L'état d'amotivation concerne les individus qui effectuent un travail de façon mécanique. La personne conçoit ses compétences insuffisantes, elle ne prête pas de valeur au projet, à l'activité ou à son résultat.

La motivation extrinsèque concerne les personnes guidées par l'instrumentalité du projet, celui-ci est un moyen de répondre à un besoin matériel. Quatre niveaux de motivation extrinsèque existent dans ce modèle selon le niveau de régulation intégrative de la contrainte²⁸. Les auteurs parlent d'une motivation influencée par une régulation externe, introjectée, identifiée ou intégrée. Dans la régulation de type externe l'individu répond à une demande, à un besoin de rétribution ou d'échapper à une sanction. Avec la régulation introjectée la personne cherche à éviter la sanction pour préserver l'égo, valoriser l'estime de soi et les valeurs personnelles. Elle évoque sa participation pour se sentir intégrée au groupe et ne pas s'isoler ou se sentir jugée. A travers la régulation identifiée, le sujet prend conscience de la valeur du projet ou de l'activité. Il reconnaît l'importance du projet sans susciter un intérêt personnel, la cause et l'expérience peuvent lui servir. Il devient progressivement autonome et peut prendre des décisions adaptées. La régulation intégrée se constate lorsque la personne est consciente que la valeur et l'importance du projet et de l'activité sont compatibles avec ses propres valeurs, buts et besoins. L'intérêt exclusif n'est pas encore déclenché. La personne dit qu'il est important de contribuer, sans savoir si elle tirera du plaisir ou du bien-être dans le projet lui-même.

La forme la plus aboutie est la motivation intrinsèque dans laquelle les individus ont le plus fort besoin de compétence et d'autonomie. La représentation de l'importance du projet, de l'activité, perçue dans le processus de régulation identifiée ou intégrée, crée une forme d'intérêt raisonné de ce qui doit être investi. De la sorte, les auteurs rassemblent les deux derniers niveaux de motivation extrinsèque (la motivation à régulation identifiée et celle à régulation intégrée) avec la motivation intrinsèque, sous le nom de motivation autodéterminée.

Selon les auteurs, la motivation autodéterminée est dirigée par trois besoins essentiels inhérents à chaque individu : le besoin de compétences en interagissant de façon adaptée et performante avec son environnement, le besoin d'autonomie en devenant acteur et auteur dans l'interaction, et le besoin d'affiliation sociale par l'entretien de relations au groupe auquel la personne s'identifie.

²⁸ DECI E.L., RYAN R.M., 2000, « The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior ». *Psychological Inquiry*, Vol.11, 4, pp.227-268, [visité le 22 mai 2018], disponible sur internet : https://selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/2000_DeciRyan_PIWhatWhy.pdf (Traduction française par translate Google).

1.2.4 Des théories de la motivation à la mesure de la motivation

FOREST et GAGNE, cités par GILLET et al²⁹, ont créé une échelle de mesure de la motivation basée sur 32 réponses possibles par rapport à la question « *pourquoi faites-vous ou feriez-vous des efforts au travail ?* »³⁰. Les éléments de réponses permettent de définir le type de motivation de l'individu et s'avèrent adaptés pour un questionnaire ou un entretien à questions fermées. Pour faciliter la tenue d'un entretien semi-guidé, nous avons adapté cette grille en la reformulant en termes d'éléments de langages pouvant être librement exprimés pendant cet entretien.³¹

1.3 L'IMPLICATION

1.3.1 Implication de l'utilisateur versus implication du professionnel

L'implication, selon les théories et définitions représentent un état psychologique, une force et un processus psychologique, qui induit une attitude, un comportement orienté en fonction de déterminants personnels, du contexte et du rôle attendu de chacun. PENNAFORTE reprend les conclusions de MEYER et HESCOVITCH³², selon lesquelles, l'implication se manifeste par une cible, une attitude et un comportement final.

L'étape de projet d'intégration des IPA dans l'offre de soins, correspond à un temps préalable d'identification des représentations, des besoins et des ressources. Cette phase ne permet pas d'observer des comportements en situation de travail sur ce projet tant que celui-ci n'est pas investi d'une force : l'implication. Pour cette raison, nos hypothèses interrogent les processus psychologiques d'implication, lesquels, par la suite, impacteront l'engagement dans le projet d'IPA.

Le rôle et la place de l'utilisateur par rapport au professionnel de santé induisent que l'implication des usagers diffère de l'implication au travail des professionnels. Pour cette raison, nous distinguons le concept d'implication au travail du concept d'implication de l'utilisateur.

²⁹ GILLET N., BERJOT S., PATY E., 2010, « Profils motivationnels et ajustement au travail : vers une approche intra-individuelle de la motivation », *Le travail humain*, vol. 73, n°2, pp. 141-162.

³⁰ ANNEXE I.

³¹ ANNEXE II.

³² PENNAFORTE A., 2011, « Le développement de l'implication organisationnelle par la formation en alternance, un impact durable sur le turnover dans le monde des services », *@GRH*, vol. 1, n°1, 2011, p 49.

1.3.2 L'implication des professionnels

A) L'implication guidée par un calcul, un lien émotionnel au projet ou la loyauté

VENIARD cite MEYER et ALLEN³³. Ces derniers définissent le concept d'implication en la déclinant selon trois logiques différentes :

- Une logique de calcul de gains et de pertes, c'est l'implication calculée ;
- Une démarche d'inclination à l'égard de l'organisation ou de la cause défendue, c'est l'implication affective ;
- Un raisonnement de conformité en lien avec un sentiment de redevabilité, c'est l'implication normative.

B) La motivation est un lien caractérisable par rapport au projet

KLEIN, MALLOY et BRINSFIELD, cités pour leurs derniers travaux (2012) sur l'implication par CHARLES-PAUVERS³⁴, reviennent sur le concept d'implication. Selon leur modèle, toutes les formes de liens (affectif, normatif, valeurs...) et toutes les cibles (organisation, poste...) ne sont pas de l'implication. Selon leur théorie, les liens et les cibles ne sont pas assimilables à l'implication car l'implication est un lien parmi d'autres. La cible est un objet qui se distingue de l'implication tout en la motivant. Dans leur modèle³⁵, l'implication fait partie des liens psychologiques après les liens de consentement, d'instrumentalité, et avant le lien d'identification. Le premier lien est caractérisé par la perception d'absence d'alternative avec une certaine résignation et un effort minimal, tandis que « l'identification » correspond à une forte assimilation de soi avec la cible et une forte motivation à réaliser des efforts personnels pour cette cible.

Les liens d'instrumentalité puis d'implication constituent un continuum progressif nommé « l'investissement psychologique ». Le lien d'instrumentalité se distingue de l'implication dans ce modèle et continue de reposer sur des calculs de coûts, comme dans les théories précédentes. L'implication se caractérise par la volonté, le dévouement et la responsabilité. L'implication est une relation volontaire à la cible, ce qui induit que la contrainte liée à l'absence de choix caractérisant le consentement soit exclue ou résolue pour entrer dans cette forme de relation. Ce modèle renforce la définition de l'implication en tant qu'état psychologique. Ce modèle des liens s'adapte selon ses contributeurs à tout type de cible, y compris, à un nouveau projet. En développement de ce que KLEIN et ses collaborateurs

³³ VENIARD A., 2011, « Implication et employabilité : un engagement réciproque entre salarié et employeur à construire », *Management & Avenir*, vol. 49, no. 9, p. 86.

³⁴ CHARLES-PAUVERS B., 2012, « Implication (ou engagement ?) au travail : quoi de neuf ? », Nancy : *Congrès de l'AGRH*.

³⁵ ANNEXE III.

nomment « l'adoption du lien » dans la relation d'implication, MIAS identifie des caractéristiques complémentaires³⁶. Pour l'auteure, un professionnel impliqué est en mesure d'expliquer le sens de l'action (signification et orientation), les repères qu'il utilise (les références, la continuité et ce qui change) et le contrôle qu'il a sur le projet. Le contrôle s'entend en termes d'influence exercée sur autrui ou sur le contexte, avec une mesure de causalité entre l'effet obtenu et sa propre intervention.

C) Des théories de l'implication des professionnels à la grille des critères

Ainsi, en l'absence d'outils performants selon un consensus des auteurs contemporains sur l'implication, nous émettons le postulat que les *verbatim* exprimés par les professionnels peuvent être caractérisés selon les critères d'implication développés par les auteurs (volonté, dévouement, responsabilité, sens, repères, contrôle). Nous illustrons, dans une grille de lecture, chaque critère afin d'orienter notre repérage d'éléments de langage pouvant être relevés dans le champ de l'implication professionnelle³⁷.

1.3.3 L'implication des usagers

A) L'implication des usagers en santé, une notion rattachée à la santé publique

L'implication des usagers dans l'intégration de l'IPA s'entend à différents niveaux. Tout d'abord au niveau des consultations nationales visant la politique publique sur le sujet, puis à un niveau local dans le cadre de la prise en charge territoriale des besoins locaux. Notre analyse porte sur la mesure de l'implication au stade de l'application de la politique nationale décidée, nous privilégions donc l'implication des usagers en tant qu'acteur local. L'implication est différente selon que l'utilisateur s'identifie à un groupe plus ou moins formalisé (association des usagers reconnue, collectif...) ou à sa propre personne (ses besoins, ses attentes, ses difficultés...). Quoiqu'il en soit, l'utilisateur est, à un moment ou un autre, acteur du système de santé pour sa propre santé. L'implication des usagers, dans la littérature contemporaine, s'appuie sur les notions d'empowerment³⁸ et de participation du patient. C'est dans cette approche que la participation prend le sens d'implication en santé publique³⁹. Elle se définit comme une implication des personnes concernées dans l'identification des problèmes et des besoins ainsi que dans l'exécution et l'évaluation des actions. Ainsi, l'implication de l'utilisateur se définit par son positionnement sur :

³⁶ MIAS C., 1999, *L'implication professionnelle dans le travail social*. Paris : L'Harmattan, p 120-129.

³⁷ ANNEXE IV

³⁸ Au sens de la BDSP il s'agit du renforcement de la capacité de prise de décision et d'action face à un contexte changeant, pour mieux maîtriser ses conditions de santé.

³⁹ Banque de Données en Santé Publique, Glossaire, [visité le 23 mai 2018], disponible sur internet : <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>

- l'identification de ses problèmes de santé (suivi de la maladie...);
- l'identification de ses besoins en santé (prévention...);
- la volonté de participer à l'exécution du nouveau mode de prise en charge;
- la volonté d'évaluer les nouvelles modalités du parcours de soins.

Les besoins de santé sont définis en santé publique, comme l'écart mesuré entre un état de santé observé et un état souhaité⁴⁰. L'évaluation des besoins en santé relève des pouvoirs publics dans l'objectif de planification d'une politique de santé. Notre approche est différente. Dans l'implication, il s'agit d'identifier les besoins exprimés par les patients, qu'ils soient ressentis ou objectivés par rapport à une littérature scientifique, leur permettant ainsi d'atteindre l'état de santé désiré. Nous pouvons notamment parler de besoins d'écoute, d'information, d'éducation, de relation d'aide. Le problème de santé est, pour les mêmes raisons, également compris au sens individuel et personnel. Il s'agit de l'altération de la santé perçue par le patient. Il peut s'agir d'un handicap, d'une maladie ou d'une complication.

B) Des critères nord-américains sur la motivation des usagers font référence

La littérature scientifique s'appuie le plus souvent sur les travaux et préconisations de l'agence américaine AHRQ.⁴¹

Selon l'agence, un patient impliqué est un patient dont :

- Les informations, les connaissances et les expériences sont partagées ;
- L'autodétermination et l'autonomie sont défendus ;
- La participation est effective (initiative, collaboration et évaluation) ;

A partir des données de santé publique et de cette dernière référence internationale, nous retenons comme critères d'implication de l'utilisateur sa capacité à faire valoir ses problèmes de santé, ses besoins de santé, sa volonté de participer au développement de sa prise en charge avec l'IPA et son souhait de participer à l'évaluation de sa prise en charge. Plus des liens positifs sont établis entre ces critères et le recours éventuel à l'IPA, plus l'implication est significative.

C) Des notions de l'implication des professionnels à la grille des critères

A l'instar des professionnels, ces éléments sont développés dans une grille de lecture de l'implication des usagers, afin de nous aider à identifier les contenus du discours correspondants⁴².

⁴⁰ Ibid.

⁴¹ Agence for Healthcare Research and Quality, [visité le 23 mai 2018], disponible sur internet : <https://www.ahrq.gov/research/findings/final-reports/ptfamilyscan/index.html> (Traduction française par translate Google).

⁴² ANNEXE V.

2 METHODE ET ANALYSE

2.1 LA METHODOLOGIE D'ENQUETE

2.1.1 Population ciblée

Le choix de l'échantillonnage est lié à un critère de diversité des principaux acteurs et à la probabilité de voir se développer ce projet dans une discipline ciblée par la politique nationale. Pour cette raison, nous choisissons d'enquêter dans un service de cancérologie et auprès de médecins, d'IDE et de patients de ce service. Nous nous sommes fixés l'objectif de 5 personnes pour chaque groupe, soit 15 personnes au total.

2.1.2 Méthode de recueil de données et de restitution

Il s'agit d'une enquête qualitative. Nous choisissons ainsi la méthode par entretiens. Le sujet interroge un large champ conceptuel et les *verbatim* doivent répondre à de nombreux critères. Nous optons pour la création d'une trame de questions de relance permettant de solliciter l'ensemble des notions de représentation, de motivation et d'implication. Chaque question est ainsi justifiée⁴³. Il s'avère que celles-ci sont devenues, au cours des entretiens, indispensables pour tous les répondants en difficulté pour répondre à la question ouverte « *Que connaissez-vous et comment voyez-vous la collaboration et la prise en charge en cancérologie, avec l'intervention de l'Infirmière en pratique avancée ?* » En lien avec le caractère abstrait des concepts développés, nous choisissons des critères d'objectivation afin de mesurer les représentations, les motivations et l'implication nécessaire pour répondre aux hypothèses formulées plus haut. Dans un souci de visibilité et de compréhension des données interprétées, nous faisons le choix d'utiliser des tableaux et des schémas d'analyse des critères. Ceux-ci sont annexés.

2.1.3 Critères d'inclusion et d'exclusion

Nous excluons du groupe des usagers et pour des raisons morales et de biais émotionnel, tout patient en phase aiguë de prise en charge ou troublé dans son affect, du fait de l'expérience de la maladie. Pour cette raison, les usagers sont choisis par l'encadrement du service le plus à même de repérer cet état psychologique. Afin d'identifier le positionnement d'un patient impliqué dans sa participation directe au recours à l'IPA, en relation avec le médecin et les IDE, nous excluons les représentants des usagers.

⁴³ ANNEXE VI.

Il n'y a pas de critères d'exclusion pour les professionnels. Les IDE sont choisi(e)s au hasard en fonction des disponibilités, les médecins, moins nombreux sont tous requis.

2.1.4 Critères d'analyse

Les grilles de critères, présentées dans la partie conceptuelle, servent d'outils d'analyse pour évaluer la motivation⁴⁴ et l'implication⁴⁵. Les représentations nécessitent d'apprécier, à la fois, le contenu et l'organisation entre noyau central et éléments périphériques. L'identification des éléments périphériques et leurs liens avec les composants du noyau de la représentation est, nous l'avons vu, utile pour identifier les liens et les opportunités de transformation des représentations. Pour cela, il est indiqué d'utiliser la méthode de cooccurrences⁴⁶. Celle-ci consiste à identifier la redondance des notions indiquées par les personnes ayant exprimé des données discursives catégorisables selon un sens convergeant⁴⁷. Ainsi les thèmes naissent au fur et à mesure de l'analyse et de l'expression de chaque membre d'un même groupe. Ces thématiques sont associées par un score qui augmente selon que la fréquence et les répondants identiques évoquent les 2 thématiques dans leur discours. Le score correspond au nombre de réponses similaires multiplié par le nombre de répondants ayant exprimé deux thématiques. Plus le score de cooccurrence est élevé plus le lien est fort sur le plan représentationnel entre ces deux thèmes. Les propos non redondants sur plusieurs répondants ne sont pas retenus, il s'agit de représentations individuelles. Nous adoptons le postulat que les notions dont le total est inférieur à la moyenne des scores correspondent au système périphérique de la représentation et inversement, les thèmes dont les résultats sont supérieurs à la moyenne des scores, sont une composante du noyau de la représentation. Nous comparons ces résultats aux données recueillies sur une série de 11 questions proposant une hiérarchisation des idées, directement par le répondant⁴⁸. La confrontation de la structuration nous permet de corroborer ou modifier la répartition des thèmes entre système périphérique et système nodal. Les données ainsi recensées sont interprétables en termes de lien et de structuration de la représentation. Des rapprochements sont ensuite réalisés par comparaison entre les résultats relatifs aux représentations et à la motivation pour répondre à la première hypothèse, puis entre ces derniers et le lien d'implication cité dans la seconde hypothèse.

⁴⁴ ANNEXE II.

⁴⁵ ANNEXE IV et ANNEXE V.

⁴⁶ NEGURA L, 2006, « L'analyse de contenu dans l'étude des représentations sociales », *Sociologies*, Théories et recherches, [consulté le 25 mai 2018] disponible sur internet : <http://journals.openedition.org/sociologies/993>

⁴⁷ ANNEXE VII

⁴⁸ ANNEXE VIII.

2.1.5 Les biais de l'enquête et de l'analyse

Nous souhaitons limiter le biais de désirabilité qui consiste à répondre selon des convenances sociales par crainte de jugement. Pour cela, avant la prise de rendez-vous, nous informons chaque personne de l'anonymisation au moment du traitement d'enquête. Pour autant, notre position d'élève directeur impliqué dans le traitement des réponses, nous expose à un risque de biais de désirabilité résiduel.

Compte tenu d'un biais lié à l'avantage informationnel sur le sujet par les professionnels, nous avons dû prendre un temps pour lire le projet de décret et l'expliquer objectivement aux usagers avant de les interviewer. En lien avec un délai de maturation nécessaire entre l'acquisition de l'information et la construction d'une représentation, les usagers peuvent avoir une représentation moins développée par rapport aux professionnels.

Enfin, même si les critères de catégorisation des éléments de langage sont argumentés à travers chaque concept, les liens de cause à effet entre concepts sont réalisés selon une appréciation de sens commun relatif. Malgré des efforts d'objectivation, des liens peuvent être discutés et nécessiter des compléments. Les liens de causalité entre éléments de représentation, de motivation et d'implication, pourraient être améliorés si l'analyse était complétée d'une analyse contradictoire.

Cette enquête est réalisée sur un petit échantillon et une spécialité circonscrite. Ainsi, les résultats ne sont pas généralisables. Les résultats sont probants pour ce groupe de répondants, la méthode se veut néanmoins reproductible auprès d'autres groupes. Précisons ici que 4 patients sur 5 pouvant être sollicités ont accepté d'être interviewés. Sur les 5 médecins concernés, 4 ont pu se libérer pour un entretien. Enfin, la totalité des IDE s'est rendue disponible pour l'enquête.

2.2 ANALYSE DES DONNEES

2.2.1 De la représentation et la motivation à l'intégration de l'IPA au parcours de soins en oncologie

Dans notre première hypothèse, nous supposons un lien entre représentations et motivation à intégrer l'IPA dans le parcours patient en oncologie. Il s'agit d'apprécier dans quelle propension les représentations des professionnels et des usagers interfèrent avec leur motivation. C'est-à-dire : Comment les représentations influencent-elles la motivation ? (1). Et comment pouvons-nous intervenir pour modifier ces représentations et motivations ? (2)

Nous comparons les résultats des représentations pré analysés selon la méthode des cooccurrences et de la hiérarchisation spontanée, avec les résultats d'interprétation de la motivation.

A) Les représentations favorisent le modèle de motivation dominant

Les valeurs du travail d'équipe, le rapprochement au patient et le développement des pratiques motivent intrinsèquement les infirmières.

Grâce aux données de cooccurrences relatives à la représentation des IDE au sujet de l'IPA⁴⁹, nous observons la place centrale, accordée au développement des connaissances et des compétences ainsi qu'à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Au vu des données relatives à la motivation, les IDE sont partagé(e)s entre une motivation à régulation intégrée et une motivation intrinsèque⁵⁰. Leur motivation à régulation intégrée se caractérise par un besoin de reconnaissance et une opportunité de voir diversifier leur pratique. Leur motivation intrinsèque s'illustre par la quête d'un bien-être rattaché à des valeurs collaboratives, une envie de s'épanouir, de voir progresser à la fois le métier et la prise en charge des usagers. Cette progression de la prise en soins est attribuée à l'amélioration de l'observance, du suivi et de l'autonomisation du patient.

La conception de la fonction d'IPA et de son intégration dans l'organisation montre que tous les thèmes caractérisant la représentation des IDE sont contributifs à leur motivation intrinsèque⁵¹. En effet, le développement des connaissances et des bonnes pratiques, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, la collaboration et le partage des tâches, le plaisir, l'approche centrée sur le patient, la formation de l'IPA, la reconnaissance et la quête d'une collaboration bienveillante avec les médecins ont un effet positif sur l'épanouissement, le dévouement à l'intérêt du patient, l'amélioration de la prise en charge et l'évolution du métier. Parallèlement, 6 des 8 thèmes constituant la représentation alimentent la motivation à régulation intégrée. En ce sens, le plaisir dans l'effort au travail et le centrage sur les besoins et l'expérience du patient sont 2 acceptions davantage orientées vers la motivation intrinsèque (le bien être lié à la finalité et au projet en lui-même) que vers la motivation à régulation intégrée (une réponse aux attentes et besoins identitaires).

⁴⁹ ANNEXE IX.

⁵⁰ ANNEXE X.

⁵¹ ANNEXE XI.

Les compétences infirmières, leur disponibilité et leurs rôles entretiennent la motivation médicale axée vers la qualité de vie au travail et la sécurité des patients.

Pour les médecins⁵², le nœud représentationnel de l'intégration de l'IPA repose sur un sens prononcé pour l'interopérabilité de l'IPA, l'amélioration de la qualité, de la sécurité et continuité des soins ainsi que l'effet palliatif de son intervention face à la carence médicale. La motivation médicale est plus orientée vers une motivation intrinsèque qu'une motivation à régulation intégrée⁵³. Trois d'entre eux sont partagés par des éléments de motivation relevant d'une motivation à régulation intégrée et d'une motivation intrinsèque. Le médecin n°1 est exclusivement porté par une motivation intrinsèque. La motivation à régulation intégrée, lorsqu'elle est exprimée, est marquée par un attachement au rôle ascendant du médecin sur l'IPA, à l'utilité de son métier, de par ses missions exclusives, et à une conception de l'IPA « *assistant* » le médecin et s'adaptant à celui-ci. En revanche, les 4 médecins manifestent des signes de motivation intrinsèque reposant sur un état de confiance et de bien-être de par les compétences et la disponibilité des IDE, une vision positive du travail collaboratif et une finalité axée sur un suivi qualitatif des patients. L'interrelation entre représentation et motivation des médecins concernant l'IPA, met en exergue le concours de 5 composantes sur 6 de la représentation au bénéfice de la motivation intrinsèque⁵⁴. En effet, les éléments représentatifs de l'IPA reposant sur la collaboration et la coordination, l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins, les carences en médecins, les compétences infirmières et des rôles délimités sont cohérents avec la motivation des médecins. Cette motivation intrinsèque s'exprime par un intérêt pour les compétences de l'IPA, un suivi performant des usagers, un travail complémentaire et une qualité de vie au travail au bénéfice de tous y compris du patient. Les liens entre représentations et motivation chez les médecins montrent une proportionnalité entre le faible niveau de motivation à régulation intégrée et les 3 seuls attributs des représentations concourant à cette motivation. Effectivement, seule l'importance donnée à la coordination et collaboration, aux rôles respectifs puis à la charge de travail alimentent l'attachement au pouvoir de supervision des médecins et à leurs missions « *réservées* ».

⁵² ANNEXE XII.

⁵³ ANNEXE XIII.

⁵⁴ ANNEXE XIV.

Le besoin d'assistance des usagers, dans la gestion de la vie quotidienne favorise une motivation basée sur les attentes, au détriment de l'autodétermination dans le soin.

Les usagers ont une représentation dont le noyau est constitué de notions d'accompagnement et d'assistance dans une prise en charge individualisée, soutenue par une écoute active et une disponibilité de l'IPA⁵⁵. La motivation est orientée selon un profil de motivation à régulation intégrée identifiée par des attentes fortes en matière d'information, de réactivité, de coordination des professionnels et de support aux aidants. Tous ces éléments concourent à un confort de vie légitime sur le plan personnel. La finalité de participation et d'autonomisation du patient par l'intermédiaire de l'IPA, illustrant une motivation intrinsèque semble donc contrariée par un besoin de soulagement et de substitution face aux difficultés organisationnelles liées à la pathologie. L'analyse des éléments de motivation intrinsèque fait émerger un positionnement d'usagers consommateurs de soins au détriment d'une posture d'acteur dans la co-construction et la pérennisation de l'intégration de l'IPA⁵⁶. Cette motivation intrinsèque est donc partielle pour deux raisons. La proportion des verbatim en faveur de la motivation à régulation intégrée est significative et la motivation intrinsèque est focalisée sur le bien-être généré par l'accessibilité à des prestations de soins, sans pour autant envisager une influence sur sa mise en œuvre et ses ajustements. Ainsi, nous observons qu'intrinsèquement, les usagers sont surtout motivés par les conditions d'information et d'accessibilité à ce nouveau professionnel. L'intérêt pour le partage de l'expérience de la maladie et de l'évaluation de la qualité de prise en charge fait défaut pour parler d'une motivation intrinsèque à part entière. Même si les critères de satisfactions sont communiqués dans les attentes individuelles signifiant une motivation à régulation intégrée « *délais* », « *éviter de me déplacer* », « *accessible* », « *adapter mon traitement* », l'idée d'exprimer cette insatisfaction pour contribuer à l'amélioration du parcours de soins intégrant l'IPA, n'est pas évoquée. Seule la sanction d'un retour à une prise en charge médicale est exprimée « *revoir le médecin* ». Les liens entre représentations et motivation mettent en relief une large proportion des éléments constituant la représentation au service d'une motivation à régulation intégrée⁵⁷. Ainsi, les nombreuses attentes exprimées dans le cadre de cette motivation sont alimentées par l'ensemble des attributs de la représentation de l'IPA : l'accompagnement et l'adaptabilité, la disponibilité et l'accessibilité, la réactivité, la qualité et la sécurité des soins, l'information et la qualité des relations entre professionnels. L'élargissement de la représentation par des notions de compétences expérientielles

⁵⁵ ANNEXE XV.

⁵⁶ ANNEXE XVI.

⁵⁷ ANNEXE XVII.

spécifiques à l'usager, permettrait sans doute, une prise de conscience du positionnement nécessaire de l'usager dans l'intégration de l'IPA, en tant que co-concepteur et co-évaluateur, au-delà d'une satisfaction dans l'utilisation ou non du nouveau parcours de soins proposé grâce à l'intégration de celle-ci.

La responsabilisation dans la qualité des soins et le sens de la collaboration sont les principaux leviers de la motivation intrinsèque des acteurs.

Fort de cette analyse, nous pouvons formuler que les médecins ont une représentation axée sur des compétences de l'IPA pour coordonner et collaborer efficacement dans le parcours patient. La collaboration est exprimée dans le sens de la réalisation d'actes sous contrôle médical, dans une finalité d'amélioration de la qualité des soins et de vie au travail, concernant les médecins. Les IDE ont une représentation construite autour du développement professionnel, de la reconnaissance, et enfin de la collaboration et l'amélioration de prise en charge des patients en cancérologie. Pour finir, les usagers ont une représentation structurée autour de la proximité, de la disponibilité, de l'accessibilité, du soutien explicatif et opérationnel de l'IPA.

L'ensemble des liens établis entre les représentations professionnelles ou sociales et le modèle de motivation identifié démontre que plus la représentation s'enrichit de cognitions portant sur la qualité et sécurité des soins, la collaboration, la valeur ajoutée de celle-ci dans la prise en charge, plus la motivation est intrinsèque. A contrario, plus la représentation signifie une réponse à une carence ou un manque d'autonomie, à la valorisation de l'estime de soi et à la hiérarchisation des rôles, plus les individus s'inscrivent dans une motivation à régulation intégrée.

B) Quatre éléments périphériques représentationnels déterminent le fonds de ces représentations et la motivation à intégrer l'IPA en cancérologie

Les fonctions de régulation, de défense et de concrétisation du système périphérique des représentations constituent une opportunité pour faire évoluer et cohabiter des représentations différentes.

La motivation intrinsèque orientée sur le projet d'IPA est le niveau de motivation le plus abouti. Elle fait l'objet de cette partie d'analyse. Notre objectif est d'appréhender dans quelle mesure, outre les liens entre représentations et motivations identifiés, ci-dessus, des jeux d'influences sont possibles à l'intérieur même de la représentation, mais également des représentations vers la motivation.

La structure de la représentation permet, comme évoqué dans le cadre conceptuel, des ajustements de la représentation en s'appuyant sur les fonctions de régulation, de défense et de concrétisation du système périphérique.

La fonction de régulation permet par les éléments périphériques d'opérer des adaptations de la représentation aux contraintes immédiates. La fonction de défense implique de renforcer l'explicitation et la cohérence des contextes et représentations afin d'éviter les contradictions. La fonction de concrétisation induit un effort d'opérationnalisation mentale de l'organisation avec l'IPA pour intégrer une nouvelle représentation. Ainsi, notre attention est portée sur les composantes périphériques des représentations de chacun des trois groupes interrogés.

Il ne s'agit pas de rechercher des similitudes ou une représentation sociale commune entre les trois groupes. En effet, les principes organisateurs issus des travaux de DOISE, traités en première partie, justifient la diversification des représentations par les positions sociales, les attentes et les enjeux différents entre ces groupes. C'est au contraire leur confrontation qui permet l'ancrage social, dans un second temps. Cette partie de l'analyse se veut donc adaptée à chacun des trois groupes pour identifier finalement ce qui favorise l'ancrage psychosocial au sein du même groupe. Nous nous servons pour cela des liens établis entre représentations et motivation⁵⁸ et des liens de cooccurrence les plus importants entre les groupes de *verbatim* caractérisant la représentation⁵⁹.

Développer l'approche centrée sur le patient facilite l'enrichissement des représentations et de la motivation des infirmières focalisées sur la qualité des soins et le développement professionnel.

Pour les IDE⁶⁰, la composante périphérique de la représentation identifiée sous le thème de l'approche centrée sur le patient (répondre au besoin du patient, proximité, partir de son expérience) est celle dont l'impact est le plus fort (score 16) sur les contenus nodaux signifiant une démarche collaborative (collaboration, partage et répartition des tâches) et un développement professionnel (développement des connaissances et des bonnes pratiques). Le lien entre les thématiques de l'approche centrée sur le patient, et la qualité et sécurité des soins est moindre (score 9). Aucun autre élément constitutif périphérique ne présente de corrélation plus forte. La qualité et la sécurité des soins étant l'objectif de cette modalité de prise en charge, nous retenons ce lien, bien que relatif entre ces deux notions périphériques et nodales. Nous en déduisons que la confrontation des idées sur les besoins des usagers, sur l'organisation de la disponibilité et l'utilisation de l'expérience des patients,

⁵⁸ ANNEXES XI, XIV et XVII.

⁵⁹ ANNEXES XVIII, XIX et XX.

⁶⁰ ANNEXE IX et XVIII.

caractérisant ici l'approche centrée sur le patient, contribuent à l'ancrage psychosocial de nouvelles données dans la représentation de la place de l'IPA. Cet exercice impacte positivement le noyau des représentations infirmières, orienté sur le développement professionnel ainsi que la qualité et la sécurité des soins. Nous identifions un lien de cohérence entre l'ensemble des thèmes du nœud de la représentation des IDE et leur motivation intrinsèque⁶¹. L'intervention sur l'approche des besoins du patient contribue simultanément aux représentations et à la motivation intrinsèque, relatives au développement des soins avec l'IPA.

La réflexion sur les compétences de l'IPA et la charge de travail participe à l'évolution des représentations et de la motivation des médecins mobilisés par la sécurité des soins et la qualité de vie au travail.

Nous nous intéressons aux attributs périphériques de la représentation des médecins, dont les scores illustrant les liens avec la partie nodale de la représentation, sont les plus élevés⁶². Ces scores sont moins significatifs que pour les IDE mais le calcul dépend du nombre de réponses et de répondants (fréquence de réponse x nombre de répondants). Ceci explique donc cette relativité. Nous retiendrons donc les scores atteignant la valeur 9, la plus haute. Alors que les critères de motivation nous amènent à reconnaître l'impact de la charge de travail médicale sur la motivation à régulation intégrée et non sur la motivation intrinsèque, cette composante reste néanmoins la seule à avoir un lien récurrent avec l'élément nodal de la qualité et de la sécurité des soins. Il est donc pertinent de reconnaître l'effet positif de la mobilisation des rôles et des notions de compétences de l'IPA sur la motivation intrinsèque et sur l'évolution de la représentation médicale relatives à l'IPA ; sans négliger pour autant, la notion de charge de travail liée à la qualité et à la sécurité des soins selon les médecins. Cette dernière considération est d'autant plus intéressante que nous notons un lien indirect entre la motivation intrinsèque et la charge de travail. Cette dernière contribuerait indirectement à la motivation intrinsèque, par sa corrélation avec la perception de la qualité et de la sécurité des soins (score 9), laquelle influe sur la motivation intrinsèque.

La prise de conscience des savoirs expérientiels par le patient facilite l'évolution des représentations et de la motivation intrinsèque des usagers.

Nous avons précédemment identifié un phénomène particulier aux représentations et à la motivation des usagers. En effet, la finalité de l'intégration de l'IPA dans l'offre de soins est

⁶¹ ANNEXE XI

⁶² ANNEXES XII et XIV

partiellement déviée de son sens originel d'amélioration de la prise en charge des patients. L'amélioration s'entend au sens d'un processus vertueux et comprend des retours d'expériences et d'évaluation des usagers utiles aux ajustements. Or, les usagers envisagent leur prise en charge par l'IPA comme un service de prestation, sans volonté affichée de participer à l'élaboration et à l'évaluation conjointe avec les professionnels. Ainsi, les représentations exprimées en termes d'attentes relatives à l'organisation, à la réactivité et à l'information, et l'élément de discours répété qui consiste à « essayer » ce modèle de soins sous-tendent, pour seule alternative, un retour à une prise en charge par le médecin en cas d'insatisfaction.

Par conséquent, soit la représentation reste orientée dans cet objectif de consommation-sanction du nouveau parcours de soins, soit la notion de compétence expérientielle, légitimant la co-construction et la co-évaluation du mode de prise en charge, vient compléter la représentation. De cette manière, les attentes peuvent devenir des facteurs de motivation à la participation de la mise en œuvre et à la pérennisation du modèle de soins avec l'IPA. Nous pouvons acter que la compétence expérientielle peut être développée en réorientant les composantes périphériques de la représentation des usagers, vers une attente supérieure aux précédentes. C'est ainsi que l'attente d'autodétermination pourrait, couplée au développement d'une compétence expérientielle, impacter une motivation intrinsèque aboutie⁶³.

Nous avons mis en évidence l'effet moteur d'éléments périphériques propres à chaque groupe sur l'évolution de leur représentation et de leur motivation. Nous retiendrons que les thématiques relatives à l'approche centrée sur le patient (ses besoins, une proximité, son expérience), la charge de travail des médecins de cancérologie, l'identification des compétences professionnelles de l'IPA, du savoir expérientiel des usagers sont des déterminants efficaces pour faire évoluer les représentations et motivations intrinsèques de ces groupes.

2.2.2 De la motivation et l'implication dans l'intégration de l'IPA au parcours de soins en cancérologie

La motivation est, nous l'avons vu plus haut, un état psychologique moteur pour passer à l'action. L'implication est un lien psychologique entre le projet d'IPA et la personne. Nous avons émis une seconde hypothèse qui lie la motivation à l'implication : « *Les motivations des professionnels et des usagers quant à l'intégration de l'IPA influencent les parties prenantes dans leur implication à développer le recours à l'IPA.* »

⁶³ Ce raisonnement est illustré dans l'ANNEXE XVII, sous la forme de liens en pointillés.

Le postulat revient à évaluer dans quelle mesure la valeur donnée au projet dans la représentation interagit avec l'implication (A), comment les motivations et implications des IDE et médecins interfèrent pour intégrer l'IPA à l'organisation de cancérologie (B) et de quelle manière la motivation et l'implication des usagers contribuent à la pérennisation de l'intégration de l'IPA dans leur prise en charge (C). Afin de compléter l'approche par groupe, il est indiqué de prolonger l'analyse par les perspectives d'une confrontation constructive des éléments moteurs de la motivation intrinsèque et de l'implication pour l'ensemble des acteurs, au bénéfice de l'intégration de l'IPA en cancérologie (D).

L'analyse de l'implication des professionnels est le résultat d'observations à travers une grille de critères issus des précédents concepts et retenus pour les professionnels⁶⁴ ou les usagers⁶⁵ en première partie. Nous obtenons ainsi un diagramme en forme d'étoile illustrant les dimensions de l'implication individuellement⁶⁶ et pour chaque groupe⁶⁷. Plus les *verbatim* utilisés sont nombreux sur un des axes, plus le score est élevé. Celui-ci est calculé en pourcentage, sur la base du nombre total de *verbatim* exprimés par le groupe. Dans un souci de pertinence des données analysées, seuls les critères atteignant une proportion moyenne par rapport aux 6 critères pour les professionnels et aux 4 critères pour les usagers sont analysés. Ainsi chaque critère est exploitable s'il comptabilise, à minima, un sixième de données discursives exprimées pour les professionnels (16% minimum) et un quart des éléments de langage pour les usagers (25% minimum). Toutefois, pour les professionnels, si un critère est suffisamment exprimé pour l'un des deux groupes, nous comparons systématiquement la tendance exprimée par rapport au second groupe.

Nous avons vu en première partie, que plus la motivation est intrinsèque et plus l'implication est affective. A contrario, plus la motivation est extrinsèque, plus l'implication est instrumentale. Pour cette raison, nous nous intéressons uniquement aux liens possibles entre les caractéristiques de la motivation intrinsèque observées et l'implication mesurée pour chaque groupe.

⁶⁴ Critères d'implication des professionnels : la volonté, le dévouement, le sens du projet, la responsabilité vis-à-vis de ce projet, les repères utilisés en références et le contrôle.

⁶⁵ Critères d'implication des usagers : l'expression des problèmes de santé, des besoins de santé, la volonté de participer, celle d'évaluer.

⁶⁶ ANNEXES XXI, XXII et XXIII.

⁶⁷ ANNEXES XXIV, XXV et XXVI.

A) La valeur positive du projet est un critère commun à la motivation et à l'implication

La capacité à exprimer le « *sens* » quand une personne est impliquée, renseigne sur la valeur (positive ou négative), l'orientation et la signification du projet d'intégration de l'IPA dans le parcours de soins en cancérologie.

Nous avons vu dans la motivation, que la valeur positive du projet est un préalable à la motivation intrinsèque. Nous avons d'ailleurs constaté que les IDE, les médecins et les usagers interviewés manifestent tous une vision positive de cette évolution de l'offre de soins. Cette valeur appréciée dans la motivation impacte donc positivement l'implication.

B) L'implication et la motivation des professionnels de santé

L'implication des infirmières et des médecins se structure autour du sens donné au projet.

Les données sur les critères de l'implication montrent une structuration comparable entre médecins et IDE⁶⁸. Pour les deux groupes professionnels, nous notons une prédominance du critère relatif au « *sens* » donné à l'intégration de l'IPA en cancérologie (62,2% pour les médecins et 48,8% pour les IDE). Pour les IDE, l'implication semble également organisée autour des notions de « *contrôle* » (17,47%) et de la « *volonté* » (16,27%). Les autres caractéristiques de l'implication sont exprimées, chez les médecins et les IDE de manière moins significative (moins de 16%).

La signification du projet rassemble les professionnels sous l'acceptation de la coordination et de la proximité au patient, sans nécessairement mettre les mêmes mots sous ces deux termes.

Des similitudes de sens portent sur les grandes lignes du projet d'intégration de l'IPA, à savoir sa signification. Les professionnels sont dans une représentation emblématique de leurs relations réciproques et envers le patient. Les IDE et les médecins partagent le *verbatim* en termes d'alternatives dans l'offre de soins et de complémentarité entre professionnels. Le terme « *coordination* » représente plus de la moitié de éléments de langage attribués au sens. De plus, la « *proximité* » avec le patient présentée comme un avantage de l'intégration de l'IPA, est utilisé 1 fois sur 4 dans le langage des deux groupes. Si l'importance de la coordination et de la proximité est partagée entre les deux groupes, il

⁶⁸ ANNEXES XXIV et XXV.

n'en demeure pas moins que nous ne pouvons pas assurer qu'IDE et médecins entendent les mêmes définitions sous ces termes.

Selon eux, la définition de ce que doit être une IPA et ses tâches méritent une étape de clarification. Une IDE évoque « un concept à développer, pas clair » ; Un médecin parle de « tâches pas claires ». Derrière des mots identiques et des attentes de clarification sur ce qu'est l'IPA et ce qu'elle peut concrètement réaliser, la confrontation des représentations et la mesure des compétences apportées par la formation des IPA sont probablement un moyen pour faire converger les professionnels sur la signification de la place de l'IPA dans le parcours de soins.

L'intérêt pour le développement de la coordination et de la proximité de l'IPA dans le soin, prend racine dans la motivation intrinsèque, à partir de mobiles différents.

Les IDE et les médecins s'appliquent à livrer une importance à la coordination et à la proximité de l'IPA pour donner sens à leur implication dans le projet d'intégration de ce nouveau métier. C'est dans la motivation que l'on retrouve les mobiles de la coordination et de la proximité. Les IDE voient en la coordination, un moyen pour améliorer la qualité des soins et enrichir leur champ de compétence. Leur motivation est ainsi ancrée sur le besoin de compétences comme le conçoivent les théories de l'évaluation cognitive et de l'autodétermination développées par RYAN et DECI. Les médecins expliquent voir dans la coordination, une chance pour éviter les ruptures de prise en charge, alléger leur charge de travail tout en sécurisant la prise en charge de l'IPA sous l'effet de leur contrôle. En cohérence avec la théorie de l'autodétermination de la motivation, c'est le besoin d'affiliation sociale au groupe des médecins qui domine sur le besoin d'identification au binôme médecin-IPA. Ce nouveau groupe, et plus précisément s'identifier à celui-ci, est un processus à développer concernant les médecins.

La motivation infirmière exprimée par un leadership, des facultés à se spécialiser et à interagir favorise l'implication vers l'émancipation infirmière en confrontation avec l'autorité médicale défendue par les oncologues.

Le sens de l'intégration de l'IPA⁶⁹ s'oriente préférentiellement vers la qualité et le développement de l'autonomie des IDE. L'IDE parle de développement de compétences et de développement de la qualité 2 fois plus que les médecins. Ceux-ci privilégient un langage tourné vers la prévention du risque d'erreurs évoqué, à l'inverse, 2 fois plus souvent que les IDE. Les IDE utilisent régulièrement le terme de « *collaboration* » avec le « *binôme médical* », avec une vision horizontale des relations au médecin, alors que les médecins

⁶⁹ Le sens est le critère d'implication développé par les deux catégories professionnelles, 62,2% pour les médecins et 48,8% pour les infirmières.

expriment préférentiellement la terminologie d'une « aide » et d'une « vigilance » couplée d'une « communication exhaustive » à leur adresse, signifiant ainsi une relation plus verticale et moins autonome. Les IDE parlent de prescriptions et de validation de chimiothérapies, alors que les médecins font abstraction de cette terminologie prescriptive en limitant leurs propos aux « consultations », au suivi et à l'orientation. Les IDE s'orientent vers un nécessaire développement de chaque activité (prescriptions, consultations, temps d'échanges avec son binôme médical), voire l'investissement dans les sciences cliniques infirmières, tandis que les médecins estiment devoir limiter les actes délégués. Le contrôle⁷⁰ exprimé par les IDE diffère également de celui des médecins. Alors que celles-ci l'envisage de par l'influence de l'IPA sur la qualité des soins grâce à l'information et au savoir qu'elle partagerait ; les médecins imaginent leur contrôle par leur légitimité à superviser l'activité de l'IPA en oncologie. La vision du contrôle, exprimée par les médecins renforce une relation d'autorité sur la validation des compétences de l'IPA. Les médecins parlent de leur « responsabilité » vis-à-vis du patient. Les précisions réclamées sur le contenu des tâches et de la formation énoncées plus haut ne dispenseraient pas d'un contrôle de compétences au départ pour rassurer les médecins et ajuster une relation d'autorité en relation de collaborateurs. Alors que les IDE s'orientent vers une signification circonscrite le plus souvent à certains patients, en collaboration avec les IDE « généralistes » et en fonction de la complexité de l'état de santé des patients, les médecins définissent le champ d'intervention élargi à l'ensemble des patients. Pour eux, il est question de « repérage des patients à risque » à tout moment de la prise en charge, d'assurer un suivi permanent et une prise en charge globale, l'IPA doit être présente à « tous les moments de la prise en charge » des patients. Ils expriment une compétence exclusive aux IPA pour ce repérage, sans y intégrer une collaboration avec les IDE du service.

Nous observons par cette analyse une cohérence entre la motivation et l'implication des deux catégories professionnelles marquée par le sens prononcé pour l'autonomie, l'autorité ou le contrôle. Ceci corrobore la théorie vue plus haut, selon laquelle plus la motivation est intrinsèque, plus celle-ci est guidée par un besoin de compétences et d'autonomie. C'est la coordination de cette autonomie qui s'impose.

⁷⁰ Le contrôle est le deuxième critère de l'implication le plus investi par les infirmières : 17,47% contre 8,54% chez les médecins.

La volonté, composante de l'implication infirmière, s'oriente vers une argumentation et une démonstration des compétences opportunes avec l'ouverture à l'acculturation exprimée par les médecins.

Les IDE manifestent leur volonté d'intégration de l'IPA⁷¹, par l'impatience rapportée à l'égard des textes d'application, en attente de publication au moment de l'interview. Elles démontrent également leur résolution en formulant ce qui reste à faire selon elles, par rapport à des médecins pour lesquels il conviendra peut-être encore de « *convaincre* » de l'intérêt de l'IPA. La direction et l'encadrement sont cités comme des partenaires dans cette démarche. Elles illustrent leurs propos en évoquant l'enjeu de la « *pérennité de ce nouveau métier* », en décrivant des « *mentalités à faire évoluer* », et en projetant de faire la preuve par l'expérience, par « *l'opérationnel* ». La volonté des médecins, bien que moins exprimée (12 *verbatim* des médecins contre 27 éléments de langage des IDE), renvoie à une volonté par une déclaration d'intention de participer aux groupes de travail sur le sujet, voire à des formations communes avec l'IPA.

La motivation mobilisée autour du développement professionnel pour les infirmières et d'une solution palliative pour les médecins influence, quand il s'agit de s'impliquer, la volonté pour les premières et le contrôle pour les seconds.

La motivation des IDE sur son versant intrinsèque, nous l'avons vu, est caractérisée par une forte attente en termes d'épanouissement professionnel et d'évolution du métier comparativement aux médecins qui attendent un soulagement, un mieux-être par rapport à un actuel exercice sous tension. Les IDE sont dans une perspective de bien-être par des compétences à valeur ajoutée, lesquelles doivent encore évoluer. Les médecins se projettent dans une amélioration face à un mal-être lié à la pénurie de médecins en plaçant l'IPA en position de coordonnateur de parcours et de veille sur l'état de santé avec peu de référence à d'autres actions que l'alerte au médecin. La recherche du bien-être inhérente à la motivation intrinsèque part d'un état de bien-être actuel différent entre les IDE et les médecins. Même si cette recherche de bien-être dans le projet et le modèle de soins avec IPA vise un même objectif, la qualité des soins, elle passe par des conceptions différentes de la place de l'IPA et de l'exercice de ses compétences.

Ainsi, la motivation repose, pour l'essentiel, sur l'opportunité de répondre à un besoin de reconnaissance pour les IDE alors qu'elle apparaît sous le jour de la contrainte et de la frustration à ne pas pouvoir faire face pour les médecins oncologues. La volonté et le libre choix, lesquels sont des critères de l'implication amènent les IDE à considérer une

⁷¹ La volonté est le troisième critère d'implication le plus exprimé par les infirmières, 16,27% contre 14,63% chez les médecins.

situation tolérable visant une évolution positive de leur profession et de la prise en charge des patients en oncologie ; Parallèlement, les médecins renvoient un contexte de souffrance et l'objectif de l'amélioration de la qualité des soins par un compromis conjoncturel : une cession partielle de leur activité. Ceci explique certainement une vision plus pondérée de la volonté dans l'implication chez les oncologues. Les médecins expriment que le manque de temps et les risques perceptibles chaque jour sous forme d'incidents dommageables (patient perdu de vue après une déprogrammation...) sont source de leur motivation. Cette préoccupation dominante chez les médecins par rapport aux IDE est cohérente avec la différence du contrôle envisagé dans l'implication au projet. Cela peut expliquer que les médecins soient davantage impliqués, à ce stade du projet, dans un contrôle par la vérification des compétences de l'IPA, plutôt qu'un exercice collaboratif immédiat.

Les critères sous-représentés dans l'implication professionnelle ne sont pas valorisés dans la motivation.

Les autres critères de l'implication professionnelle sont sous représentés dans l'expression des médecins et des IDE (inférieurs à 16%). Les repères sont rares et souvent liés à l'attente des textes officiels et à un comparatif avec la coopération entre professionnels de santé. Concernant le dévouement, nous avons observé que celui-ci est peu verbalisé dans le cadre de l'expression de la motivation. Enfin, la responsabilité n'est pas un élément de motivation intrinsèque. En effet, la motivation intrinsèque, orientée vers le rapport hédonique au travail ou au projet, favorise selon ses 4 critères, le bien-être lié à la valeur de la mission ou la tâche, à sa finalité, à sa mise en œuvre et à sa plus-value.

C) L'implication et la motivation des usagers

En matière d'implication, 81,82% des propos des usagers appartiennent au champ des besoins de santé⁷². La volonté de participer représente 10,39% des éléments de langage. Vient ensuite la volonté d'évaluer l'intégration de l'IPA au parcours de soins en oncologie et enfin, l'expression du problème de santé à proprement parler à 2,6%. Pour les raisons évoquées au paragraphe précédent, nous apporterons une analyse uniquement des *verbatim* représentant au moins 25% des propos, c'est-à-dire les besoins de santé.

⁷² ANNEXE XXVI

L'implication des usagers se limite aux besoins de soutien psychologique et fonctionnels dans la vie quotidienne.

Les besoins de santé visent à permettre au patient de bénéficier de toutes les fonctions fondamentales nécessaires à la vie quotidienne⁷³. Nous pouvons donc considérer que l'implication de l'utilisateur s'oriente sur les conditions mentales et fonctionnelles pour une qualité de vie en période de soins, davantage que sur la maladie⁷⁴ ou sa propre interaction dans le parcours de soins⁷⁵.

Nous constatons que les besoins sont exprimés essentiellement en termes de suivi et de coordination à l'hôpital et à la maison (35 *verbatim*). Les usagers expriment ensuite un besoin d'information (15 *verbatim*), puis un besoin relationnel (10 *verbatim*) et enfin un besoin médico-social (3 *verbatim*).

Plus en détail, les besoins de suivi et de coordination se caractérisent par une forte attente en termes de qualité et de simplification de la coordination (30 *verbatim*) et de suivi (5 *verbatim*). En termes de coordination, il s'agit le plus souvent de besoins de relai pour organiser les soins à domicile avec le médecin traitant et l'IDE à domicile, en appui auprès de la famille aidante en cas de fragilité ou d'incapacité (24 *verbatim*). Les autres éléments exprimés (6 *verbatim*) portent sur la coordination des soins à l'hôpital, ici les usagers évoquent essentiellement la validation des injections de chimiothérapies et la gestion des rappels pour les rendez-vous ou séances de traitements programmées.

Les besoins de suivi, quant à eux, sont verbalisés dans le sens d'une surveillance de l'état de santé général à distance, d'un suivi plus réactif permettant de limiter les déplacements, de réduire les délais de traitements et d'éviter les annulations de séances ou de mieux suivre les reprogrammations.

Le besoin d'information est avancé dans le sens de l'explicitation des informations médicales et de conseils techniques ou pratiques. La simplification de l'information est sollicitée au moyen de traduction par un référent identifiable et des communications plus fréquentes.

Enfin, les besoins relationnels sont exclusivement soulignés par une écoute active, une disponibilité, une proximité facilitant ce qui est traité en besoin médico-social, c'est-à-dire une prise en charge médicale plus personnalisée. Un usager s'exprime : « *l'infirmière spécialisée saura certainement mieux prendre en compte mes habitudes et les contraintes* ».

⁷³ Banque de Données en Santé Publique, Glossaire, [visité le 2 juin 2018], disponible sur internet : <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>.

⁷⁴ Compte tenu du faible score de l'item « problèmes de santé évoqués ».

⁷⁵ Etant donné les items « participation » et « évaluation » sous représentés dans le *verbatim*.

La motivation basée sur les attentes contribue au sous-investissement de la participation et de l'évaluation, dans le champ de l'implication des usagers.

La motivation à régulation intégrée orientée sur les attentes favorise l'implication par les besoins de santé. Le critère de rôle propre à l'utilisateur, non investi par ce dernier, bloque l'évolution vers une motivation intrinsèque et pénalise l'implication par la participation et l'évaluation.

La dominance des éléments de discours décrivant des attentes de soutiens informationnels, psychologiques et organisationnels, nous l'avons vu précédemment, repose sur une vision consumériste de l'utilisateur. L'identification au statut de malade passif et consommateur de services dans la motivation de ces usagers renforce la place du professionnel « sachant » cohérent avec le profil du patient « dépendant » et non-inscrits dans un processus d'autonomisation. C'est ainsi que nous observons dans l'implication, l'absence d'éléments de langage signifiant une volonté de participer et d'évaluer la prise en charge par l'IPA. Or, comme vu dans l'approche conceptuelle, l'autodétermination est entretenue par l'autonomie et les responsabilités confiées. Alors que les professionnels sont, selon la théorie de l'autodétermination et des résultats analysés plus haut, dans une recherche de contrôle de l'environnement, les usagers sont dans un schéma d'intégration de soi. En effet, ils interprètent le contrôle externe (le contexte et l'implication des professionnels) comme un contrôle interne. Ce processus s'apparente à une implication par asservissement faute d'avoir pris conscience et de se voir valorisé dans un rôle de participant doté d'une compétence expérientielle.

D) La motivation et l'implication de l'ensemble des acteurs dans l'intégration de l'IPA dans le parcours de soins en cancérologie est favorable à un travail de valorisation des compétences de tous les collaborateurs

Nous avons fait le constat, ci-dessus, que les IDE et médecins sont animés par une représentation ouverte à la confrontation des concepts de compétences, de risques dans la prise en charge et de prise en charge centrée sur le patient (besoins et ressources du patient).

Les motivations propres à chaque groupe sont exprimées autour des compétences propres en vue d'une autonomie et donc d'une interaction performante avec les autres parties. Les attentes et besoins caractérisant la motivation à régulation intégrée des usagers, constituent le socle d'exigences de leur satisfaction du moment. Celles-ci ouvrent la possibilité à un nouveau besoin, celui d'exprimer les critères de satisfaction et d'insatisfaction pour être pris en compte de façon optimale. Il s'agirait d'une alternative

constructive par rapport à la menace de voir les usagers abandonner la prise en charge par l'IPA, comme l'y autorise le décret d'application relatif à l'IPA. Ainsi, à partir de la motivation basée sur les attentes des usagers, d'un développement de l'implication intrinsèque de tous les acteurs et d'un besoin d'autodétermination légitime, il serait pertinent d'envisager une coordination des compétences entre médecins, IPA, IDE « *généralistes* » et usagers.

3 PRECONNISATIONS EN FAVEUR DE L'INTEGRATION DE L'IPA DANS LE PARCOURS DU PATIENT EN CANCEROLOGIE

Nous avons vu, sur le plan conceptuel et au cours de l'analyse des entretiens réalisés, que les représentations, la motivation et l'implication sont aussi déterminants pour l'implantation de l'IPA en oncologie que multi-facteurs dépendants. Il s'agit pour le DS en institut, à travers sa politique d'institut, de se coordonner avec le DS en établissement afin de créer des conditions de collaboration paramédicales favorables à ces trois processus incontournables au démarrage et à la pérennisation du projet.

Le rôle du DS d'institut s'élargi, dans le cadre de l'équipe de direction et de la politique institutionnelle, à une collaboration avec les directeurs en charge des ressources humaines (DRH), des relations aux usagers et des affaires médicales notamment.

Sous la notion d'implication, il est attendu de la part des médecins une adhésion au transfert des compétences autorisées ainsi qu'une coopération avec l'IPA. Les IDE, au-delà de leur coopération avec l'IPA dans la gestion des patients complexes, doivent également s'inscrire dans l'acquisition de nouvelles pratiques. Les usagers, quant à eux, s'impliquent en ayant recours à l'IPA. Toutes les parties prenantes doivent participer à la mise en œuvre ainsi qu'à l'évaluation de cette prise en charge pour lui permettre d'évoluer et de se développer, en répondant aux besoins des patients sur le bassin de vie.

3.1 La diversité des représentations, motivations et implications et le champ d'intervention stratégique du DS

Les médecins, IDE et usagers se distinguent par leurs représentations et les enjeux mesurés dans l'intégration de l'IPA en oncologie. Les médecins s'orientent vers une sécurisation des pratiques et le contrôle de celles-ci. Les IDE voient dans cette évolution, une évolution des compétences dans leur exercice⁷⁶, les patients se projettent quant à eux, dans un appui informationnel et organisationnel hospitalier et ambulatoire. L'ensemble de ces représentations alimente une conception qualitative de la prise en charge grâce à l'IPA, selon des critères d'expertise pour les IDE, de sécurité pour les médecins et de simplification cohérente du parcours de soins pour les usagers. Il en résulte des perceptions

⁷⁶ Précisons ici que le développement des pratiques infirmières est identifié par les infirmières comme le développement de la pratique avancée, elle-même, mais aussi des pratiques des infirmières généralistes grâce au leadership de l'IPA et aux données scientifiques probantes.

complémentaires au développement de la qualité des soins en cancérologie avec des discussions d'ancrage des représentations sociales et professionnelles pour aboutir à une vision partagée.

Des conflits d'intérêts sont perceptibles en lien avec les mobiles de motivation propres à chaque partie prenante. La propension à élargir les compétences de l'IPA pour les IDE sur une population pré-identifiée « complexe » ; la tendance à occulter le pouvoir de prescription et d'examen clinique de l'IPA et à élargir son champ d'intervention sur l'ensemble des patients pour les médecins ; et enfin l'intérêt pour le patient de l'accessibilité et de la personnalisation des soins et de l'information, constituent des mobiles motivationnels dont les contradictions doivent être accompagnées pendant le pilotage de projet. Ce pilotage vise à faire converger les intérêts vers l'intérêt collectif et l'utilité de chacun pour le bien-être de tous. Nous avons mesuré que le bien être concerne aussi bien celui perçu au travail par les professionnels, que celui vécu pendant les soins, par les patients, avec une relation d'interdépendance entre ces deux ressentis.

Le besoin de valorisation des compétences et d'autodétermination, la richesse de l'expérience au long cours des patients et l'ouverture à l'acculturation des professionnels, constituent des leviers pour la confrontation des représentations et des intérêts relatifs à l'intégration de l'IPA en cancérologie.

Nous avons vu l'importance portée au sens du projet d'IPA pour les professionnels et aux besoins en santé pour les usagers afin de se sentir motivés et impliqués dans ce projet. Par ailleurs, le patient peut légalement choisir de ne pas être pris en charge par l'IPA. Il s'agit donc pour le DS de piloter le projet, avec ses collaborateurs, en communiquant sur le sens et la prise en compte de ces besoins en priorité. Il est question de définir le point de départ et le résultat attendu dans un consensus sociétal, social et professionnel. Les résultats de notre investigation démontrent qu'il est essentiel de compléter l'étape de clarification des missions et compétences de l'IPA par une valorisation simultanée des compétences de chaque partie prenante dans le cadre de l'intégration de l'IPA. Nous parlons de compétences individuelles et de compétences collectives, de compétences professionnelles et expérientielles. L'identification des compétences et rôles respectifs et leurs interactions sont déterminants pour accompagner l'implantation de l'IPA.

Parallèlement, dans la conduite de projet, nous avons vu que l'implication des professionnels dépend du sens mais également du sentiment de responsabilité, de contrôle, de l'attachement aux repères, de la volonté et du dévouement à la mission. Ces aspects restent à développer pour parler de pleine implication. Pour les usagers, nous avons vu que l'implication repose pour l'instant sur l'expression des besoins en santé. Pour

autant, sur les problèmes de santé, la volonté de participer et celle d'évaluer le mode de prise en charge, sont à développer pour que l'implication soit pérenne. La motivation, quant à elle, s'appuie sur le plaisir d'une interaction juste, valorisante et les bénéfices directs en termes de confort, d'autonomie et de compétences. Le DS doit ainsi œuvrer au pilotage du projet d'IPA, en facilitant l'expression des besoins, des repères, des compétences et des rôles de chacun afin de formaliser un consensus sur la coordination de tous autour de l'IPA.

3.2 Comment la prise en compte de facteurs psychosociaux s'intègre-t-elle dans le pilotage du projet d'IPA en cancérologie ?

La méthode PEPPA⁷⁷, citée par AGUILARD et al, développée au Canada par BRYANT LUKOSIUS et DI CENSO, en 2004, décrit un processus participatif, axé sur les données probantes et centré sur le patient pour la PA et le développement des rôles infirmiers. Cette méthode représente la référence internationale en matière de méthodologie pour accompagner l'implantation de l'IPA dans l'offre de soins. Elle se décline en 3 grandes étapes : l'introduction, la mise en œuvre et la pérennisation de l'implantation de l'IPA. C'est à travers ces 3 phases que la stratégie collaborative du DS d'institut, avec l'établissement, peut être présentée.

L'analyse précédente impose d'intégrer l'approche des représentations, de la motivation et de l'implication, à la méthodologie PEPPA pour développer l'implantation de l'IPA en cancérologie. Nous avons mesuré la dimension personnelle de ces trois notions psychosociales intervenant dans l'intégration professionnelle et sociale de l'IPA en cancérologie. Nous faisons le choix de ne pas investir les mécanismes psychologiques, bien qu'indispensables à la compréhension du jeu des acteurs, mais en dehors du champ de compétence du DS. Nous privilégions ici, les modalités d'échanges et les conditions de travail favorables au développement des représentations, de la motivation et de l'implication. Il s'agit de piloter le projet selon des conditions déterminantes repérées dans notre cadre conceptuel et notre analyse. Les préconisations qui suivent s'inscrivent donc dans le pilotage de projet d'intégration d'IPA en cancérologie selon un principe intégratif, un climat de confiance, une confrontation constructive, des compétences distinctes valorisées et des intérêts collectivement recherchés et partagés.

⁷⁷ LECOQ D, MENGAL Y, et PISON M, 2015, « Comment développer la pratique infirmière avancée dans des systèmes de soins de santé complexes ? », Santé Publique, vol. s1, n° HS, pp. 105-110. [Consulté le 23/08/18], accessible sur internet : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-HS-page-105.htm>

3.3 La stratégie collaborative du DS d'institut avec le DS d'établissement de santé

Dans un souci d'engagement, de cohérence et de performance, le pilotage de l'intégration de l'IPA en cancérologie nécessite d'être inscrit au projet médico-soignant partagé. Ainsi, un co-pilotage par le président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) et le DS contribue à rendre crédible et cohérent le projet via une complémentarité des orientations stratégiques médicales et paramédicales.

Compte tenu des enjeux différents des acteurs et de leurs marges d'autonomie respectives, la participation de tous les professionnels de cancérologie (médicaux et non médicaux), des patients ainsi que de la direction est indiquée. La direction est à minima représentée par le directeur des affaires médicales, le DS et le DRH. Le directeur général est systématiquement invité et tenu informé, en Comité de Direction, des étapes pour valider les décisions successives et les porter à la connaissance de l'ensemble des directeurs. Le directeur des affaires logistiques et le directeur des affaires financières doivent se sentir sollicités et consultés pour les questions relatives au développement de moyens.

La collaboration entre DS de l'établissement de santé et DS des instituts renforce le sens et la cohérence du projet sur les axes relatifs au développement des compétences et de l'attractivité dans la filière cancérologie. Le DS en charge d'institut est donc invité à participer aux réunions de travail traitant de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences dans ce projet. De manière concomitante, un axe dédié à la PA dans le projet d'institut et le projet pédagogique donne les orientations et les moyens dédiés. Les ressources octroyées appartiennent aux domaines de l'ingénierie pédagogique en formations initiale et continue paramédicale. La formation d'IPA en institut est envisageable si une co-accréditation avec l'université, pour le Master d'IPA avec « mention cancérologie » est possible. La proximité des compétences universitaires et la présence des paramédicaux de grade Master ou Doctorat sont déterminants dans cette orientation. Par ailleurs, le projet d'institut prévoit plus largement des mesures de participation à des actions de santé publique et de communication au grand public lors de journées portes ouvertes, en termes d'évolution de métiers et de modèles de prise en charge en santé (télémédecine, coopération entre professionnels, IPA...). Ces axes sont inscrits au projet partagé des instituts, déclinés dans les projets d'instituts, et des liens sont énoncés avec le projet médico-soignant partagé.

3.3.1 Le rôle du DS à l'étape d'introduction de l'IPA

A) Le projet d'institut en soutien au projet d'établissement pour la promotion de la santé en cancérologie

A cette étape, il est convenu de définir le rôle et les compétences de l'IPA et son adéquation par rapport aux besoins des patients, en complémentarité avec l'offre de soins existante. Comme l'évoquent le *Livre blanc de l'infirmier(e) de pratique avancée en cancérologie*⁷⁸ et le *Guide d'intégration des infirmiers de pratique avancée dans les équipes de soins*⁷⁹, la prise en charge globale du patient et le Projet Personnalisé de Soins (PPS) doivent servir de fil conducteur pour fédérer les acteurs autour de l'implantation de l'IPA. Ce principe trouve également sens dans l'intérêt manifesté par les professionnels et usagers interrogés, pour une approche centrée sur le patient et une meilleure qualité et sécurité des soins. Le PPS s'intègre dans l'organisation globale du parcours patient dans la filière de cancérologie.

Il s'agit de confronter les points de vue relatifs à l'IPA à partir des besoins locaux, en s'appuyant sur les textes réglementaires pour respecter les champs de responsabilités. L'approche réglementaire, non suffisante au vu des différents niveaux d'intérêts (les mobiles de la motivation et de l'implication) des parties prenantes, nécessite de comparer les représentations relatives aux modalités de prise en charge actuelles en cancérologie, les problèmes rencontrés et les besoins perçus par chacun. Cette approche des problèmes et des besoins, nous l'avons vu s'impose selon deux axes prioritaires tant pour les professionnels que pour les usagers interviewés. Il s'agit des besoins et problèmes relatifs à la santé et à la qualité de vie, puis des besoins et problèmes en lien avec les compétences et l'autonomie de chacun.

Ainsi, les étapes d'échanges relatifs aux besoins et aux problèmes liés à la santé, à la qualité de vie, aux compétences et à l'autonomie, doivent être prévues dans l'élaboration du parcours patient en cancérologie. Des procédures déclineront comment reconsidérer la personnalisation de ces dimensions dans les situations rencontrées lors de l'élaboration et de la mise en œuvre de chaque PPS. Le savoir professionnel et expérientiel analysé plus haut est ainsi partagé.

Le DS d'institut à travers la formation des étudiants en soins infirmiers et dans le cadre du service sanitaire⁸⁰, apporte un soutien et une cohérence dès la formation initiale des professionnels, en intégrant un axe « actions de promotion à la santé » dans le projet

⁷⁸ Association Française des Infirmières de Cancérologie, 2018, *Livre blanc de l'infirmier(e) de pratique avancée en cancérologie*, p. 10

⁷⁹ ARS Ile de France, 2015, Guide : *Intégration des infirmiers de pratique avancée dans les équipes de soins*, p.8

⁸⁰ MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, Arrêté du 12 juin 2018 relatif au service sanitaire pour les étudiants en santé, JORF n°0134 du 13 juin 2018.

partagé des instituts du Groupement hospitalier de territoire (GHT). Cet axe se veut contributif à la politique d'établissement de santé. En effet des actions croisées peuvent être développées, à titre d'exemple, avec un axe « filière cancérologie et coopération interdisciplinaire » du projet médico-soignant partagé.

Des actions peuvent ainsi prévoir l'implication des étudiants de deuxième année dans la conduite d'entretiens semi dirigés, en collaboration avec l'équipe médicale et l'IPA. Il s'agirait de recenser les besoins et problèmes de santé perçus par les patients de cancérologie et proposer, pour validation par l'IPA, des actions de promotion et d'éducation à la santé personnalisées. L'intérêt se veut formatif pour l'étudiant en voie de professionnalisation, contributif pour les professionnels et aidant pour le patient et sa famille.

Le DS d'institut peut développer d'autres actions, en lien avec le parcours patient élaboré par l'établissement de santé support et les autres structures partenaires en cancérologie. Il s'agit notamment de développer une politique de stage proposant un parcours de stage calqué sur le parcours du patient et non plus sur un service. D'autre part, l'organisation des enseignements doit intégrer des séquences d'échanges sous formes de tables rondes avec l'IPA, un(e) IDE, un médecin et un patient volontaire afin de témoigner et partager les expériences et définir les axes d'amélioration possibles en fin de séances.

Pour faciliter le pilotage entre DS d'établissement et d'institut, des réunions de coordination sont utiles, selon une fréquence semestrielle en lien avec l'activité et les disponibilités.

B) Un intérêt partagé pour l'encadrement des étudiants en stage

La première promotion des IPA sortira diplômée en septembre 2020. Les étudiants actuels de deuxième année en soins infirmiers sortiront diplômés au moment de la prise de poste de ces nouveaux professionnels. Il est donc essentiel que l'institut prépare le positionnement des futures IDE généralistes dans une collaboration avec l'IPA et les professionnels prévus dans le parcours proposé. La collaboration entre DS d'établissement et DS d'institut facilite l'identification, par les futurs professionnels, des situations de prise en charge complexes emblématiques et les compétences relevant de la collaboration interdisciplinaire à développer en stage, dans cette filière. Il est donc question de créer un groupe de travail entre formateurs, maîtres de stage et tuteurs pour identifier les situations complexes types, les compétences et activités en regard de celles-ci. C'est une méthode qui permet l'ancrage et la concrétisation mentale des rôles respectifs, en lien avec les mécanismes représentationnels vus plus haut. Ces situations, compétences et activités peuvent ainsi être précisées dans le livret d'accueil des étudiants, en concertation avec le DS d'établissement. Cette démarche apporte une plus-value dans l'encadrement et

l'évaluation des stagiaires, par les professionnels pour le moins déstabilisés au début de l'intégration de l'IPA dans l'organisation. Le sens du projet est ainsi développé dans une orientation conjointe de formation des futurs infirmiers généralistes, facilitant ainsi l'intégration à long terme de l'IPA en oncologie. Il s'agit également d'une démarche favorable à l'attractivité du service et des activités d'IDE généraliste en oncologie et d'IPA dans la perspective d'un éventuel projet de spécialisation. De manière concrète, le DS d'institut prévoit une organisation de cadres de santé formateurs, référents de pôles cliniques, chargés d'accompagner les services du pôle dans la réactualisation des livrets d'accueil à partir des situations apprenantes. Les compétences, notamment collaboratives y sont décrites. Pour faciliter l'intégration de la PA en oncologie, il s'agit d'identifier avec l'IPA, les situations apprenantes des patients en situation complexe, pour les intégrer au livret d'accueil dédié aux étudiants. Cette partie du livret d'accueil pourrait, dans le cadre de la politique de la direction des soins d'établissement, être réexploitée pour l'adapter à l'intégration des nouveaux arrivants. Les patients peuvent être accompagnés pour formuler dans chaque situation complexe, leurs difficultés qui deviendront des points de vigilance pour l'équipe et les ressources qu'ils se sentent en mesure de mobiliser pour participer à leur prise en charge (auto-soins, auto-surveillance, évaluation des soins...) Cette démarche d'explicitation utile aux étudiants et futurs professionnels devient ainsi utile aux professionnels et patients eux-mêmes, dans leur organisation et l'intégration de la PA en oncologie.

C) L'identification conjointe des activités et compétences inhérentes aux situations apprenantes des étudiants facilite l'actualisation des fiches de postes

Le travail de préparation avec des soignants habituellement encadrants et l'IPA constitue parallèlement une démarche intégrative pour les professionnels en exercice, par l'expérience d'explicitation des relations de collaboration formalisée pour les étudiants. Cette démarche répond à un principe de réalité et de contraintes de moyens. En effet, il est ainsi permis de mettre à profit les activités et compétences individuelles et collectives inscrites au livret d'accueil des étudiants, pour les intégrer dans les fiches de postes des IDE généralistes et de l'IPA. Cette démarche doit être validée par le DS d'établissement, en concertation avec le DRH.

D) Des critères d'inclusion et d'exclusion des patients destinés à une prise en charge par l'IPA au service d'un positionnement des futurs professionnels, des professionnels et des usagers

Les situations de collaboration et d'intervention de l'IPA induisent la définition des critères d'inclusion et d'exclusion de patients, ainsi que les étapes auxquelles ces critères se posent. Cette identification se réalise sous le pilotage du DS et en concertation avec le président de CME, en organisant un groupe de travail réunissant l'équipe médicale, l'IPA, des IDE et des patients volontaires. Ce travail collectif formalisé dans le protocole de PA facilite le positionnement de l'étudiant stagiaire autant que le positionnement des professionnels. Par ailleurs, cette production peut être optimisée en proposant qu'elle intègre un livret d'accueil des usagers, les rendant également plus autonomes dans la sollicitation de l'IDE généraliste, du médecin ou de l'IPA selon la situation rencontrée.

E) L'autoévaluation des étudiants est transposable à l'autoévaluation des professionnels et des usagers en adaptant le niveau d'exigence

Des indicateurs de compétences et de qualité des soins sont à développer pour faciliter l'encadrement et l'évaluation des étudiants en stage. Ceux-ci sont réfléchis et rédigés en concertation avec un tuteur de stage, l'IPA et un usager. Ils sont validés par l'encadrement, le chef de service et le DS d'établissement. Les critères déclinés en indicateurs de qualité de prise en charge, de compétences professionnelles ou expérientielles développées témoignent du niveau et de la qualité de l'implication de chaque acteur. Cette déclinaison peut se matérialiser à travers un questionnaire ou une grille adapté à chaque acteur (professionnels paramédicaux, médecins, usagers, étudiants) pour lui permettre de s'autoévaluer et se positionner par rapport aux compétences propres et aux compétences des autres acteurs (médicaux, paramédicaux, usagers). Les outils déclinés et adaptés peuvent devenir des outils de dialogue au moment des entretiens d'évaluation annuelle pour les agents, des entretiens d'évaluations des stagiaires ou lors d'entretiens d'éducation thérapeutique avec le patient. Ils font, dans ce cas, l'objet d'une présentation en CSIRMT et en instance compétente pour les orientations générales de l'institut (ICOGI). Après quoi, les représentants de la communauté professionnelle et des usagers peuvent intégrer les guides d'autoévaluation dédiés aux étudiants, aux professionnels et aux usagers dans l'organisation des stages d'étudiants, de l'encadrement du personnel et du parcours patient.

3.3.2 Stratégie des Directeurs de soins à l'étape de mise en œuvre

La méthode PEPPA prévoit ici la mobilisation de la politique territoriale promouvant l'implantation de l'IPA dans l'offre de soins. Cela peut prendre la forme d'un soutien au financement de la formation d'IPA et au remplacement de l'IDE sur cette période. Un rapprochement avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) facilite la communication de notes mentionnant un engagement financier ou matériel. La politique institutionnelle doit également assurer la compréhension à tous les niveaux, des impacts positifs de l'IPA sur la santé des patients, sur la pratique des soins et sur la qualité de la coordination des professionnels et de l'entourage du patient. Une IDE citée dans l'analyse, parle de la preuve de la plus-value de l'IPA par « *l'opérationnel* ».

A) Un projet commun de formation continue

Dans sa politique, le DS d'institut prévoit un axe de formation continue. Dans sa stratégie d'offre de formation, il peut demander à être invité en commission de plan de formation pour repérer les besoins en formation du personnel et se positionner pour une ou plusieurs actions de formation. Le DS d'institut s'appuie également sur les besoins signifiés durant les réunions de pilotage et de travail pour l'intégration de l'IPA, mais aussi lors de bilan réguliers pouvant être organisés entre le DS d'établissement et le DS d'institut. L'IPA est un interlocuteur privilégié dans le cadre de ses propres préconisations de formation continue à l'intention de l'équipe non médicale. Les propositions de formations du DS d'institut sont formalisées à l'intention des professionnels non médicaux, en concertation avec la Direction en charge de la formation continue au sein de l'établissement. Il s'agit également de se coordonner avec les autres instituts et les besoins de l'ensemble des établissements du GHT pour une offre de formation cohérente et complémentaire. Un rapprochement avec le conseil départemental de l'ordre infirmier, en lien avec l'IPA, est opportun pour évaluer les besoins en formation pour les infirmières libérales. Le DS d'institut peut ainsi proposer, en termes de modalités, l'usage des ressources propres à l'institut. Le laboratoire de simulation en santé et le e-learning font partie de ces équipements. Les formations-actions et le débriefing sont des modalités pédagogiques adaptées également proposées par l'institut de formation. La proposition est d'autant plus pertinente que des formateurs sont formés et titulaires de diplômes universitaires facilitant l'usage de ces modalités et technologies. Un bénéfice secondaire est exploité en termes de réutilisation des séquences filmées par exemple en formation initiale, en inter filières et avec la collaboration de l'IPA.

B) Le suivi des indicateurs de qualité et de sécurité des soins et leur communication forment un axe mutualisable

Dans le cadre des enseignements relatifs à l'unité d'enseignement « *qualité des soins, évaluation des pratiques* », les étudiants en soins infirmiers peuvent être amenés à construire, avec les professionnels et l'encadrement, des grilles d'observation et de recueil de données, pour participer à l'évaluation de la qualité des pratiques et des soins durant leur stage. Cette pratique est déjà amorcée dans certains instituts. Il revient au DS d'institut, en concertation avec le DS d'établissement, de faire valider l'outil et la méthode d'enquête par l'encadrement et l'équipe médicale. L'analyse des données permet la validation de l'unité d'enseignement pour les étudiants concernés. La communication des résultats contrôlés et complétés préalablement par le service qualité et l'IPA, permet de rendre compte régulièrement de l'évolution de la prise en charge des patients de cancérologie ayant recours à l'IPA. Ces données sont réutilisables en CSIRMT et dans le bilan annuel de l'activité de l'IPA et de la filière de cancérologie. La contribution des étudiants dans ce domaine contribue à l'acculturation des futurs professionnels à la qualité et la sécurité des soins dans ce modèle de prise en charge et produit des données probantes communicables.

C) La collaboration des DS dans la recherche clinique investiguée par l'IPA et le médecin volontaire

Dans l'axe du projet d'institut dédié à la recherche paramédicale, le DS d'institut développe des axes de recherche éligibles au Programme Hospitalier de Recherche Infirmière et Paramédicale (PHRIP). Certains axes de type recherche-action, peuvent faire l'objet de publications professionnelles. Cette politique est pilotée dans le cadre d'une cellule d'appui « recherche et innovation en formation » créée dans le cadre de la coordination des instituts. Ces actions sont mutualisables avec le DS d'établissement. Des thématiques relatives au leadership et à la pédagogie de l'IPA en faveur de l'amélioration des pratiques, de la qualité et sécurité des soins peuvent être conjointement soutenues par la DS d'établissement et DS d'institut. L'objectif peut consister à mesurer l'impact de l'implication de l'IPA sur l'observance au traitement des patients en cancérologie ou sur la continuité des soins. L'appui médical, les liens avec le centre d'investigation clinique et l'université, dans le cadre du laboratoire de recherche, sont des partenaires privilégiés en termes de méthodologie et d'expertise scientifique en recherche. Il s'agit d'une opportunité pour intégrer des cohortes de patients pris en charge par plusieurs IPA, sur différentes structures. La mesure des impacts est d'autant plus pertinente que la population ciblée

dans la recherche est représentative de parcours en cancérologie. Il s'agit de favoriser la recherche paramédicale dans le cadre de la PA, ainsi que la collaboration avec le corps médical, l'université et les écoles paramédicales dans cette démarche. D'autre part, le réseau des IPA est ainsi développé et entretenu sur des projets de recherche mutualisables.

Les conclusions de recherches paramédicales peuvent faire l'objet de communications. Les congrès d'associations professionnelles, les conférences organisées par l'Institut, les journées « portes ouvertes » d'écoles, la semaine de la sécurité des patients et la journée de soins de support en cancérologie dédiée aux usagers et leurs familles, sont de réelles opportunités dans lesquelles les DS peuvent mobiliser les professionnels, usagers et étudiants. Il s'agit de communiquer sur la plus-value et le rôle de l'équipe, de l'utilisateur, de son entourage et de l'IPA afin de favoriser l'adaptation des pratiques dans le cadre du parcours de soins en cancérologie.

3.3.3 La collaboration des DS dans l'étape de durabilité

Il est question d'évaluer l'impact et l'atteinte des objectifs à long terme sur l'organisation et la qualité des soins. L'organisation doit permettre d'intégrer l'évolution des besoins au parcours de soins intégrant l'IPA. A cette étape, les indicateurs, leur analyse et leur déclinaison opérationnelle dans l'organisation doivent être formalisés.

A) Certains objectifs liés à l'intégration de l'IPA en cancérologie concernent conjointement les DS d'établissement et d'institut

La pérennisation de l'implantation de l'IPA est conditionnée par le suivi du projet. Les objectifs inscrits au projet médico-soignant partagé sont co-pilotés par le DS d'établissement et le président de CME. Pour autant, certains objectifs sont conjointement inscrits au projet d'établissement et au projet d'institut.

Il peut s'agir d'objectifs organisationnels.

L'adaptation de l'encadrement des étudiants en cancérologie est un axe de travail. L'organisation de stage sur la filière plutôt que sur le service peut être contractualisée. Les modalités d'encadrement par l'équipe et l'IPA sont à formaliser dans le livret d'accueil et la convention de stage, en concertation avec le DS d'établissement.

Il est aussi question d'objectifs liés à la qualité des soins.

L'institut est une ressource, à travers sa politique de formation et l'unité d'enseignement (UE) dédiée à la qualité et à la gestion des risques (UE 4.8). Nous avons développé

plusieurs axes de coopération relatifs à la qualité ci-dessus dans le champ de l'évaluation des pratiques, le suivi d'indicateurs et la recherche. La coresponsabilité des DS d'institut et d'établissement dans la qualité des soins implique d'autres orientations communes aux deux DS en matière de gestion des compétences et de formation. Nous pouvons, dans ce domaine, prévoir le développement de la formation continue des professionnels sur des thématiques de positionnement et de responsabilités des acteurs, dans le cadre de la coordination des soins organisée par l'IPA. Un autre objectif peut viser la formation au Master des IPA si la co-accréditation université-institut le permet. Un rapprochement avec le doyen universitaire par le DS d'institut est à envisager. Enfin l'objectif de développement de l'éducation en santé, ouverte aux usagers, peut aussi faire l'objet d'un partenariat entre DS d'établissement et d'institut. La mise à disposition d'équipements et la mutualisation des compétences entre cadres formateurs et IPA détenteurs de Masters et de compétences complémentaires⁸¹ constituent un atout aux actions de formation en santé spécifiquement dans le domaine de la prévention et du parcours en cancérologie. Il est ainsi permis de construire, en collaboration, des séquences de formation ouvertes et adaptées aux patients et aux soignants. Dans la perspective du développement et de l'optimisation des compétences professionnelles et expérientielles décrites dans l'analyse, le parrainage d'un patient par un soignant pour s'inscrire à ces actions de sensibilisation ou de formation est facilitateur d'auto-ajustements dans les pratiques et les recours à l'IPA. De la sorte, le sentiment de contrôle, de responsabilité et d'autonomie dans le parcours de soins est développé, pour répondre aux principes théoriques et aux besoins identifiés dans notre analyse. La représentation incomplète de la fonction de l'IPA, exprimée par certains médecins⁸² et des usagers⁸³, encourage des actions de sensibilisation et de formation visant à illustrer et expérimenter (simulations, *serious game*...) les autres dimensions du métier telles que l'éducation, la prévention, le dépistage, l'évaluation, la conclusion clinique et la prescription. Afin de répondre aux contraintes organisationnelles, les séquences de sensibilisation ou de formation peuvent être programmées sur site. Le DS d'institut organise la consultation du DS d'établissement, de l'encadrement et de l'IPA pour construire l'offre de formation en fonction d'un cahier des charges formalisé en lien avec le responsable de formation de l'établissement. L'ouverture des formations aux médecins est souhaitable, pour répondre au besoin d'acculturation soulevé dans l'analyse, sous réserve d'une concertation et validation de la part du directeur des affaires médicales et du président de CME. Ceux-ci sont invités soit comme bénéficiaires de formation, soit en tant

⁸¹ Par exemple, un cadre formateur peut être titulaire d'un Master d'éducation à la santé, complémentaire aux connaissances et compétences développées en Master en PA avec mention cancérologie.

⁸² L'analyse des entretiens avec les médecins met en évidence la fonction de suivi et d'orientation prêtées à l'IPA.

⁸³ L'analyse des entretiens menés auprès des usagers soulève une représentation limitée à un rôle d'information et d'organisation du parcours.

qu'observateurs ou encore intervenants, selon les expertises et les niveaux d'implication. Une communication concertée entre les DS d'institut et d'établissement, en CME, est nécessaire avec l'appui du président de cette instance, afin de mobiliser les médecins concernés par ces actions de formation liées au parcours du patient atteint d'un cancer (urgentistes, oncologues, gériatres...).

L'intérêt porté dans la politique nationale de santé et l'attente des usagers pour le développement d'une prise en charge ambulatoire en oncologie induisent une ouverture à la formation et sensibilisation des partenaires libéraux. Le réseau professionnel entretenu dans le cadre des terrains de stage facilite l'activation d'une stratégie de communication pour la formation des partenaires libéraux. Les actions de formations-actions sont ainsi envisageables et à coordonner avec les médecins responsables de maisons de santé impliquées et les IPA exerçant en libéral.

Les indicateurs d'activité identifiés avec le médecin responsable du département d'information médicale sont à compléter par des indicateurs de soins liés à l'IPA. Ces derniers ont fait l'objet de travaux précédents par KLEINPELL en 2013⁸⁴. L'auteur classe ces indicateurs en 3 catégories : les indicateurs d'impact, les indicateurs de satisfaction et de qualité et les indicateurs de performance. Un travail de revue de littérature est réalisable dans le cadre des missions de veille documentaire et de recherche de l'institut. Quelques soient les indicateurs retenus, il est important que ces derniers soient co-validés par les parties prenantes : représentant des usagers, oncologues du service, principaux médecins libéraux partenaires, IPA. Cette précaution renforce la valeur et la crédibilité des données recueillies nécessaires aux ajustements de pratiques si besoin.

Les indicateurs sont formulés de manière différente selon qu'il s'agisse de mesurer l'impact, la performance ou la qualité des soins. Les premiers peuvent être formulés ainsi, « *le nombre de recours à l'IPA de la part des patients* », « *le nombre de recours à l'IPA de la part des professionnels de santé* ». Les indicateurs de performance peuvent être « *le nombre de ruptures dans le parcours du patient* », « *le nombre de patients suivi par l'IPA* », « *le nombre de PPS complété par l'IPA* », « *les délais d'attente entre l'obtention des paramètres vitaux de validation et le début de séance de chimiothérapie* ».

Enfin, les indicateurs de qualité consistent, par exemple, à évaluer « *le niveau de satisfaction du patient pris en charge par l'IPA* », « *les pratiques nouvelles appuyées sur les données scientifiques et cliniques probantes* », « *le nombre d'événements indésirables liés à un défaut de prise en charge en ambulatoire* ». Les critères d'éligibilité de ces indicateurs sont à considérer en s'appuyant notamment sur les recommandations officielles

⁸⁴ DEBOUT P, 24 juin 2015, Colloque CEFIEC « pratiques avancées en soins infirmiers », Paris [consulté le 23/08/18], accessible sur internet : https://www.cefiec.fr/Document/JourneesNationales/SaintMalo/Diaporamas/Jeu/Presentation_PratiqueAvanc%C3%A9e.pdf

de la HAS⁸⁵ dans ce domaine. Ces critères sont la pertinence, la faisabilité, la qualité métrologique et l'ajustement des indicateurs.

Le DS d'institut peut proposer et suivre certains critères afférents aux champs des compétences et de la formation, notamment en assurant le suivi d'impact de la formation sur le changement de pratiques. Il s'agit là d'une mesure liée aux formations labélisées « Développement Professionnel Continu » (DPC).

⁸⁵ Recommandations de la HAS, *Validation des indicateurs de qualité et de sécurité des soins*, [consulté le 22/08/18], accessible sur internet : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1456647/fr/validation-des-indicateurs-de-qualite-et-securite-des-soins

Conclusion

Les orientations nationales en santé publique relative au cancer, les décrets et arrêtés relatifs à la PA donnent le cadre dans lequel cette dernière peut désormais se développer en France. Les différents écrits relatifs aux recommandations pour l'implantation de l'IPA (ARS, livre blanc en cancérologie, Méthode PEPPA), donnent des orientations sur la méthodologie en conduite de projet pour implanter l'IPA, particulièrement en cancérologie. L'implantation de ce métier intermédiaire, non consensuelle au niveau national, en lien avec des transferts de compétences médicales, expose aux risques de résistance et de sous valorisation de l'IPA dans les déclinaisons opérationnelles territoriales. L'adhésion et le consensus au projet dans le parcours de prise en charge du patient cancéreux pose la question de l'intérêt du patient et de l'intérêt professionnel dans cette démarche, au sein de chaque territoire. En interrogeant l'état actuel des représentations, des motivations et de l'implication dans un service de cancérologie, les professionnels et les patients expriment leurs préoccupations en matière de coordination, d'utilité, d'autonomie et de contrôle de la qualité et du risque lié aux pratiques. Le développement des échanges interprofessionnels et la valorisation des compétences des médecins, des IDE et des usagers sont identifiés comme des conditions préalables à la reconnaissance de l'IPA, en référence au concept de motivation.

Le DS exerçant en établissement de santé, en lien avec le président de CME, est au centre du dispositif de développement de ce projet à travers la politique du projet médico-soignant partagé. L'approche systémique augure un accompagnement plus large du changement de paradigme professionnel et de soins à l'horizon 2020 en lien avec la première diplomation des IPA. Ce changement passe par un processus de professionnalisation, de responsabilisation et de sensibilisation dans une approche prospective des nouveaux métiers et des organisations émergentes. Le DS d'institut de formation, par le projet partagé des instituts, pilote la politique en formation initiale, en formation continue, en recherche et en actions de formation par la promotion de la santé. Il répond ainsi, en intégrant les professionnels, les étudiants et les usagers aux dispositifs, au processus de professionnalisation et d'appropriation sociale de l'IPA dans le nouveau modèle de soins. L'enjeu stratégique pour les DS d'établissement et d'institut est important en lien avec l'effet d'expérience attendu de la PA en cancérologie sur la dynamique des futurs projets.

Le DS en institut coordonne les axes du projet d'institut avec le projet médico-soignant et adapte les formations initiales et continue dans une approche prospective des métiers et organisations.

L'analyse des représentations, des motivations et de l'implication des médecins, IDE et usagers en contact régulier dans un service de cancérologie permet d'identifier les orientations favorables à l'intégration de l'IPA dans ce service de cancérologie. La conduite

du projet, selon une méthode intégrative, une approche centrée sur les besoins du patient et la formalisation des compétences respectives, sont les principaux points de vigilance à intégrer à chaque étape du pilotage de ce projet afin de lui donner un sens acceptable pour les parties prenantes. Le DS d'institut est directement impliqué par ses missions, ses compétences et les ressources dont il dispose, pour accompagner le projet de mise en œuvre de l'IPA en cancérologie. En support d'une politique territoriale, le DS d'institut développe une politique de formation selon trois orientations : la communication, la formation puis la recherche.

- La communication repose sur un discours d'institut cohérent avec le DS d'établissement en faveur d'une vision claire et partagée du projet d'IPA en cancérologie et des modalités de pilotage et de partenariat. Tous deux s'appuient sur le projet régional de santé et les orientations de l'ARS. Une stratégie commune de communication vise à objectiver et communiquer les besoins des patients sur le territoire en termes de suivi médical et paramédical dans la filière de cancérologie et de manière concomitante, les besoins en compétences et formations. Il s'agit de communiquer sur des objectifs de compétences collaboratives autour d'expertises à valoriser dans chaque catégorie professionnelle et chez les usagers.
- La politique de formation pilotée par le DS d'institut se veut adaptée aux expertises diversement développées. Le DS d'institut manage ce projet autour d'une pédagogie active basée sur la mobilisation de l'expérience des professionnels et des usagers et l'analyse de situations apprenantes. Le regard croisé et l'analyse conjointe de situations constituent un élément majeur dans l'appropriation d'un modèle de soins intégrant l'IPA en cancérologie.
- Le DS d'institut, dans une vision pragmatique et efficace pour les professionnels et patients, développe avec son équipe d'encadrement la recherche praxéologique. Celle-ci s'appuie sur la valorisation de la performance d'équipe par la mesure des conséquences des changements de praxis. Cette démarche vient en support à l'activité de recherche d'amélioration des pratiques de l'établissement de santé, en collaboration avec l'IPA et les partenaires universitaires.

Les contraintes liées au changement de pratiques par l'intégration de l'IPA en cancérologie, transposable aux autres spécialités, redonne sens à la l'organisation des soins apprenante. Il s'agit de coopérer en apprenant et d'apprendre en coopérant dans une relation d'interdépendance et une conception des soins processuelle.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

Lois

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, art 51, JORF n°0167 du 22 juillet 2009.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES, LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, article 119, JORF n°0022 du 27 janvier 2016.

Décrets

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée. JORF n°0164 du 19 juillet 2018

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, Décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée. JORF n°0164 du 19 juillet 2018

Arrêtés

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, Arrêté du 18 juillet 2018 fixant la liste des pathologies chroniques stabilisées prévue à l'article R.4301-2 du code de santé publique. JORF n°0164 du 19 juillet 2018

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, Arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de santé publique. JORF n°0164 du 19 juillet 2018

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, Arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée. JORF n°0164 du 19 juillet 2018

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, Arrêté du 12 juin 2018 relatif au service sanitaire pour les étudiants en santé, JORF n°0134 du 13 juin 2018.

Plans de stratégie nationale

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE et MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE, Plan cancer III, 2014-2019, objectif n°4, « faire évoluer les formations et les métiers de la cancérologie », deuxième édition, mars 2015, 55 pages.

Ouvrages

ABRIC JC, in VALENCE A, 2010, *Les représentations sociales*, Bruxelles : DeBoeck 174 p.

DOISE W, in VALENCE A, 2010, *Les représentations sociales*, Bruxelles : DeBoeck, 174 p.

LHEUREUX F., RATEAU P., GUIMELLI C., in VALENCE A., 2010, *Les représentations sociales*, Bruxelles : De Boeck, 174 p.

MIAS C, 1999, *L'implication professionnelle dans le travail social*. Paris : L'Harmattan, 320 p.

PIASER A., MIAS C., 2016, *Les représentations professionnelles*, dans LO MONACO G., DELOUVEE S., RATEAU P., *Les représentations sociales, Théories, méthodes et applications*, Bruxelles : De Boeck Supérieur, 656 pages.

PIASER, A., 2000, *La différence statutaire en actes : le cas des représentations professionnelles d'enseignants et d'inspecteurs à l'école élémentaire*, Les dossiers des Sciences de l'Education, Toulouse : Presses Universitaires du Mirail, N°4, 137 pages.

VALLERAND R.J. et THILL E.E., 1993, « *Introduction au concept de motivation* », in VALLERAND R.J. et THILL E.E. (dir.), *Introduction à la psychologie de la motivation*, Laval (Québec), Editions études vivantes, 674 pages.

Revue

AGUILARD S., COLSON S. et INTHAVONG K., 2017, « *Stratégies d'implantation d'un infirmier de pratique avancée en milieu hospitalier : une revue de littérature* », *Santé Publique*, vol.29, n°2, pp. 241-254.

CASSIGNOL-BERTRAND F., CONSTANT E., 2007, « *La norme de motivation intrinsèque : valorisation, utilité et désirabilité sociales* », Bulletin de psychologie, vol. n° 488, n°. 2, pp. 121-133.

DUPONT J-P., CARLIER G., DELENS C. et GERARD P., 2010, « *La motivation auto-déterminée des élèves en éducation physique : état de la question* », revue Staps, vol. 88, no. 2, pp. 7-23.

FORMARIER M., 2007, « *La relation de soin, concepts et finalités* », Toulouse : Association de Recherche en soins infirmiers, vol. 89, n°. 2, pp 33-42.

GILLET N., BERJOT S., PATY E., 2010, « Profils motivationnels et ajustement au travail : vers une approche intra-individuelle de la motivation », *Le travail humain*, vol. 73, n°2, pp. 141-162.

MEYER T., 2000, *Le modèle de Traitement Heuristique Systématique de l'information : motivations multiples et régulation du jugement en cognition sociale*, in L'année psychologique. Vol. 100, n°3, p.532.

PENNAFORTE A., 2011, « Le développement de l'implication organisationnelle par la formation en alternance, un impact durable sur le turnover dans le monde des services », *@GRH*, vol. 1, n°1, 2011, p 49.

PIANELLI C, ABRIC JC, et SAAD F, 2010, « *Rôle des représentations sociales préexistantes dans les processus d'ancrage et de structuration d'une nouvelle représentation* », Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale, Presse Universitaire de Liège, vol. n°86, n°. 2, p. 245.

RENARD E., BONARDI C., ROUSSIAU N., GIRANDOLA F., 2007, « *Soumission forcée, double soumission forcée et dynamique des représentations sociales* », Revue internationale de psychologie sociale, Presse universitaire de Grenoble, vol. Tome 20, n°2, p.80.

ROUSSEL P, octobre 2000, « *La motivation au travail, concepts et théories* », Laboratoire Interdisciplinaire de recherche sur les Ressources Humaines et l'Emploi, Université de Toulouse, Collection Note n°326, pp.14-15.

VENIARD A., 2011, « Implication et employabilité : un engagement réciproque entre salarié et employeur à construire », *Management & Avenir*, vol. 49, no. 9, p. 86.

Sites internet

AGENCE FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, [visité le 23 mai 2018], disponible sur internet : <https://www.ahrq.gov/research/findings/final-reports/ptfamilyscan/index.html> (Traduction française par translate Google).

ANFIIDE, *Plaidoyer pour le maintien de l'accès aux soins dans une approche collaborative innovante*, communiqué, 26 avril 2018, 1 page, [visité le 21 mai 2018], disponible sur le site internet : http://www.anfiide.com/Documents/Actualites/COMDEPRESSE_Plaider_IPA_2018_04_26.pdf

BERLAND Y, Rapport « *Transfert de Compétences* », octobre 2003, 57 p, [visité le 21 mai 2018], disponible sur le site internet : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000619.pdf>

BANQUE DE DONNEES EN SANTE PUBLIQUE, Glossaire, [visité le 23 mai 2018], disponible sur internet : <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>

BRYANT-LUKOSIUS D et MARTIN-MISENER R, 2016, Synthèse de politique du CII, « La pratique infirmière avancée, une composante essentielle des ressources humaines nationales pour la santé », ICN, 10 p, [visité le 21 mai 2018], disponible sur le site internet : http://www.anfiide-gic-repasi.com/wp-content/uploads/2016/05/Synthese_de_politique_du_CII_6.pdf

DEBOUT P, 24 juin 2015, Colloque CEFIEC « pratiques avancées en soins infirmiers », Paris [consulté le 23/08/18], accessible sur internet : https://www.cefiec.fr/Document/JourneesNationales/SaintMalo/Diaporamas/Jeuudi/Présentation_PratiqueAvanc%C3%A9e.pdf

DECI E.L., RYAN R.M., 2000, « The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior ». *Psychological Inquiry*, Vol.11, 4, pp.227-268, [visité le 22 mai 2018], disponible sur internet : https://selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/2000_DeciRyan_PIWhatWhy.pdf (Traduction française par translate Google).

HAS, Recommandations de la HAS, Validation des indicateurs de qualité et de sécurité des soins, [consulté le 22/08/18], accessible sur internet : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1456647/fr/validation-des-indicateurs-de-qualite-et-securite-des-soins

LECOQ D, MENGAL Y, et PISON M, 2015, « Comment développer la pratique infirmière avancée dans des systèmes de soins de santé complexes ? », Santé Publique, vol. s1, n° HS, pp. 105-110. [Consulté le 23/08/18], accessible sur internet : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-HS-page-105.htm>

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES, projet de loi de santé, dossier de presse, 15 octobre 2014, 18 p., [visité le 21 mai 2018], disponible sur le site internet : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/151014_-_Dossier_de_Presse_-_Loi_de_sante.pdf

NEGURA L, 2006, « L'analyse de contenu dans l'étude des représentations sociales », *Sociologies*, Théories et recherches, [consulté le 25 mai 2018] disponible sur internet : <http://journals.openedition.org/sociologies/993>

Congrès

CHARLES-PAUVERS B., 2012, « Implication (ou engagement ?) au travail : quoi de neuf ? », Nancy : *Congrès de l'AGRH*.

MORIN D., 5 juin 2018, « La pratique infirmière avancée : vers un consensus au sein de la francophonie », Bordeaux : *7ème congrès du Syndicat International des Infirmiers et infirmières de l'Espace Francophone*.

Rapports, recommandations et communiqués :

ARS ILE DE FRANCE, 2015, Guide : *intégration des IPA dans les équipes de soins*, 39 p.

ASSOCIATION FRANÇAISE DES INFIRMIERES DE CANCEROLOGIE, 2018, *Livre blanc de l'IPA en cancérologie*, 26 p.

Conseil International des infirmières, 2008, « Domaine de pratique, normes et compétences pour l'infirmière de pratique avancée », Genève : *Série du CII sur la réglementation*, 34 p.

Liste des annexes

ANNEXE	LIBELLES
I	Les 32 items de mesure de la motivation au travail (Gagné et Forest, 2008)
II	Grille d'éléments de langage de motivation
III	Continuum des liens - dont l'implication – (Klein et al, 2012)
IV	Grille de lecture de l'implication professionnelle
V	Grille de lecture de l'implication des usagers
VI	Questions de relance et extrait du tableau d'interprétation des questions
VII	Modèle d'exploitation des représentations par cooccurrences
VIII	Questions de hiérarchisation par les répondants
IX	Tableau de cooccurrence de la représentation des IDE
X	Typologie de la motivation des IDE
XI	Schéma des liens « représentation - motivation des IDE »
XII	Tableau de cooccurrence de la représentation des médecins
XIII	Typologie de la motivation des médecins
XIV	Schéma des liens « représentation - motivation des médecins »
XV	Tableau de cooccurrence de la représentation des usagers
XVI	Typologie de la motivation des usagers
VII	Schéma des liens « représentation - motivation des usagers »
XVIII	Schéma de structuration de la représentation des IDE
XIX	Schéma de structuration de la représentation des médecins
XX	Schéma de structuration de la représentation des usagers
XXI	Typologie de l'implication de chaque IDE
XXII	Typologie de l'implication de chaque médecin
XXIII	Typologie de l'implication de chaque usager
XXIV	Typologie de l'implication du groupe des IDE
XXV	Typologie de l'implication du groupe des médecins
XXVI	Typologie de l'implication du groupe des usagers

ANNEXE I

Liste des 32 items utilisés pour mesurer la motivation au travail

(Gagné et Forest, 2008).

Liste issue de la revue de littérature : Gillet, Nicolas, Sophie Berjot, et E. Paty. « Profils motivationnels et ajustement au travail : vers une approche intra-individuelle de la motivation », Le travail humain, vol. 73, n°. 2, 2010, pp. 141-162.

Pourquoi faites-vous ou feriez-vous des efforts au travail ?

1. Parce que ce que je fais dans ce travail a beaucoup de sens pour moi.
2. Parce que certains (ex. : supérieur, collègues, famille, clients...) me mettent de la pression pour que je le fasse.
3. Parce que ce travail représente bien qui je suis fondamentalement.
4. Parce que j'aime vraiment ce travail.
5. Parce que je dois me prouver à moi-même que j'en suis capable.
6. Parce que, personnellement, je considère qu'il est important de faire des efforts dans ce travail.
7. Je n'en fais pas parce que j'ai vraiment l'impression de perdre mon temps à faire ce travail.
8. Parce que ce travail reflète qui je suis.
9. Parce que quelque chose en moi me force à m'investir au travail.
10. Parce que certains (ex. : employeur, superviseur...) ne me récompenseront financièrement que si je fais assez d'efforts au travail.
11. Pour éviter d'être critiqué par certains (ex. : supérieur, collègues, famille, clients...).
12. Parce que, autrement, je me sentirais coupable.
13. Honnêtement, je fais peu d'efforts dans ce travail.
14. Pour les moments de plaisir que ce travail m'apporte.
15. Pour répondre aux attentes de certains (ex. : supérieur, collègues, famille, clients...).
16. Parce que je risque de perdre des avantages monétaires si je ne fais pas assez d'efforts au travail.
17. Parce que ce travail me permet d'atteindre mes objectifs de vie.
18. Honnêtement, je fais le strict minimum dans ce travail.
19. Parce que faire des efforts dans ce travail concorde avec mes valeurs personnelles.
20. Parce que certains (ex. : supérieur, collègues, famille, clients...) m'obligent à le faire.

21. Parce que j'ai du plaisir à faire ce travail.
22. Parce que certains (ex. : employeur, superviseur...) m'ont promis des opportunités de progression ou de promotion si je fais assez d'efforts au travail.
23. Parce qu'il est de mon devoir vis-à-vis de mon employeur de faire des efforts au travail.
24. Parce que ce travail me permet de répondre à d'autres valeurs qui sont importantes pour moi dans la vie.
25. Parce que ce travail correspond bien à mes intérêts.
26. Pour obtenir l'approbation de certains (ex. : supérieur, collègues, famille, clients...).
27. Parce que, plus je fais d'efforts au travail, plus je me sens digne.
28. Parce que faire des efforts dans ce travail a une signification personnelle pour moi.
29. Honnêtement, j'investis peu d'énergie dans ce travail.
30. Parce qu'autrement, j'aurais honte de moi.
31. Parce que certains (ex. : employeur, superviseur...) menacent de me congédier si je ne fais pas assez d'efforts au travail.
32. Pour éviter de décevoir certains (ex. : supérieur, collègues, famille, clients...).

Codification

Motivation intrinsèque : items 4, 14, 21, 25

Régulation intégrée : items 3, 8, 17, 24

Régulation identifiée : items 1, 6, 19, 28

Régulation introjectée : items 5, 9, 12, 23, 27, 30

Régulation externe : items 2, 10, 11, 15, 16, 20, 22, 26, 31, 32

Amotivation : items 7, 13, 18, 29

ANNEXE II

Adaptation des 32 items de mesure de la motivation selon Gagné et Forest (2008).

Grille d'éléments de langages pouvant librement être exprimés au cours d'un entretien.

Motivation intrinsèque :

1. J'aime vraiment ce modèle de prise en charge / ce projet (préjugé positif).
2. Ce changement peut m'apporter des moments de plaisir/de bien-être (plaisir, bien être lié à la finalité).
3. J'ai du plaisir à essayer ce mode de prise en charge / participer à ce projet (plaisir, bien être dans la mise en oeuvre).
4. Je trouve des intérêts à m'impliquer dans cette évolution de prise en charge (le but apporte à la profession, aux usagers).

Le profil de motivation intrinsèque est donc identifiable à travers des mots signifiants le plaisir, la vision positive des choses et un intérêt pour le projet, en lui-même.

Régulation intégrée :

1. Ce nouveau modèle de prise en charge représente bien qui je suis fondamentalement (met en valeur mon identité) ;
2. Ce modèle de prise en charge reflète qui je suis (met en valeur mon rôle, mon utilité)
3. Cette prise en charge me permet de répondre à mes priorités de vie (répond à mes attentes) ;
4. Ce type de prise en charge me permet de répondre à d'autres valeurs qui sont importantes pour moi (répond à mes valeurs).

Pour reconnaître le profil de régulation intégrée, il est attendu des termes traduisant une attache forte à la congruence des valeurs, attentes, et normes identitaires.

Régulation identifiée :

1. Ce changement de prise en charge a beaucoup de sens pour moi (le but m'apporte personnellement).
2. Je considère qu'il est important de faire des efforts dans cette transition de prise en charge (la mise en oeuvre, la participation m'apporte personnellement).
3. M'investir dans ce modèle concorde avec mes valeurs personnelles (mes valeurs sont confortées).

4. Faire des efforts dans le sens de l'intégration de l'IPA a une signification personnelle pour moi (renvoie une image de soi positive).

Pour caractériser la régulation identifiée, nous recueillons les éléments de valorisation personnelle et d'importance personnelle.

Régulation introjectée :

1. Je dois me prouver à moi-même que je suis capable de participer à ce nouveau parcours de soins (compétences).
2. Quelque chose en moi me force à m'investir dans ce parcours de soins (autocontrôle).
3. Je me sentirais coupable de ne pas participer (culpabilité).
4. C'est mon devoir vis-à-vis de mon employeur (professionnel) / en tant que citoyen (usager) de faire des efforts dans ce nouveau mode de prise en charge (lien de loyauté).
5. Plus je ferai des efforts pour participer à ce nouveau mode de prise en charge, plus je me sentirai digne (estime de soi et récompense interne).
6. Ne pas intégrer cette évolution, ce serait honteux pour moi (éviter la désapprobation d'autrui ; limiter le sentiment de honte).

Pour reconnaître le profil à régulation introjectée, nous retenons comme indicateurs toute expression appartenant au registre de la valorisation de l'estime de soi, de la récompense interne, du lien de loyauté, de l'autocontrôle et de la compétence. Nous devons également identifier les attitudes d'évitement de culpabilité, de honte et de désapprobation.

Régulation externe :

1. Le système de santé français (usagers), la hiérarchie (professionnel) met la pression, je dois m'y résoudre (contrainte sociale secondaire).
2. En m'inscrivant dans ce type de prise en charge, je tirerai des avantages économiques (coûts des déplacements pour les usagers, rétributions pour les professionnels...) (calcul financier en gains).
3. Ne pas participer, c'est quand même critiquable (rapport à la norme sociale approbatrice).
4. Je dois répondre aux attentes de mes proches (usagers), de mes collaborateurs (professionnels) (pression des orientations sociales).
5. Je risque de perdre des avantages économiques si je ne suis pas assez investi dans ce modèle (calcul financier en pertes).
6. Des proches m'obligent à m'intégrer dans cette organisation (contrainte sociale primaire).
7. J'espère profiter d'opportunités professionnelles / d'avantages sociaux si je m'implique dans ce modèle de soins (calcul de gains matériels).
8. L'approbation de mon entourage professionnel/personnel est importante dans ce nouveau modèle de soins (recherche d'approbation).

9. Je ne veux pas perdre mon poste (professionnel) / mes droits d'assurés sociaux (usager) si je ne m'implique pas dans cette adaptation (calcul de pertes matérielles, peur de la "punition").
10. Je ne veux pas décevoir (peur du rejet, de l'isolement).

Il s'agit ici de repérer le vocabulaire traitant de contraintes ou orientations sociales, de calculs de pertes ou de gains, de peur de "punitions", de recherche d'approbation, et de recherche de conformisme.


Amotivation :

1. Je ne ferai pas d'effort car c'est perdre du temps (perception d'incompétence, dévalorisation).
2. Honnêtement, je ferai peu d'efforts dans ce projet/travail (manque d'intérêt, de mobiles).
3. Je ferai le strict minimum dans ce nouveau modèle de soins (économie de l'implication).
4. J'investirai peu d'énergie dans cette nouvelle organisation des soins (inertie).

Pour cet état d'amotivation, il est utile de recueillir les termes relatant un sentiment de dévalorisation, un manque d'intérêt et de mobile, une économie de l'implication et une certaine inertie.

ANNEXE III

Continuum des liens d'après KLEIN et al. (2012).

Types de liens	Consentement	Instrumental	Implication	Identification
Caractéristiques	Perception d'absence d'alternative	Enjeu en termes de coût ou de perte	Volonté, dévouement et responsabilité	Fusion de soi-même avec la cible
Expérimentation du lien	Résignation à la réalité du lien	Acceptation calculée du lien	Adoption du lien	Définition de soi dans les termes du lien
Corollaires	Faible internalisation Indifférence Retrait psychologique Faible signification de la tâche Intérêt pour la prévention Motivation de contrôle Effort minimal	 Investissement psychologique		Internalisation élevée Préoccupation importante Investissement psychologique Importante signification de la tâche Intérêt pour la promotion Motivation autonome Effort important

Continuum de liens d'après KLEIN et al. (2012)

ANNEXE IV

GRILLE DE LECTURE DE L'IMPLICATION PROFESSIONNELLE.

Inspirée des travaux de KLEIN, MALLOY et BRINSFIELD (2012) et MIAS (1998).

La lecture comparative des critères énoncés dans notre cadre conceptuel, permettent de catégoriser les critères selon une proposition cohérente avec les derniers travaux relatifs aux théories de l'implication :

- La volonté : le professionnel exprime le choix et l'envie de s'investir et de participer (exemple : en tant que médecin, j'aimerais participer à former les IPA) ;
- Le dévouement : le professionnel verbalise de l'intérêt pour la cause publique. Il se dit prêt à consacrer de son temps, à sacrifier de l'énergie, à donner dans un sentiment de gratitude ou de loyauté vis à vis de l'organisation, du projet, des usagers (exemple : la qualité et la satisfaction des patients est à évaluer) ;
- La responsabilité : le professionnel manifeste le sentiment de devoir participer activement et d'assumer son rôle et les difficultés éventuelles du projet (exemple : ce n'est pas parce que l'IPA réalise des soins jusqu'ici réservés au médecin, que je ne suis plus responsable) ;
- Le sens : le professionnel donne un sens au projet, à son investissement, une signification, une orientation, une valeur (exemple : l'IPA permettra de...participer permet de ...) ;
- Les repères : le professionnel fait référence à des repères professionnels passés, actuels ou nouveaux (exemple : les bonnes pratiques, les règles, les textes réglementaires en attente) ;
- Le contrôle : le professionnel exprime les effets attendus de l'investissement sur les décisions, sur les résultats (exemple : j'espère que certaines tâches attribuées à l'IPA correspondent à ce que j'aurai défendu).

ANNEXE V

GRILLE DE LECTURE DE L'IMPLICATION DES USAGERS

Inspirée des travaux de l'AHRQ et des données de la BDSP.

Les critères énoncés dans notre cadre conceptuel permettent de catégoriser les *verbatim* selon une proposition cohérente de 4 critères auxquels l'utilisateur peut s'exprimer :

Pendant l'entretien, l'utilisateur est amené à :

- nommer ses **problèmes de santé** (exemples : sa maladie, les complications...);
- verbaliser ses **besoins en santé** (exemples : information, prévention, hygiène de vie, éducation, accompagnement, difficultés...);
- exprimer la **volonté de participer** à l'exécution du nouveau mode de prise en charge par l'IPA (exemple : il évoque les modalités de sa participation au projet, il interroge les modalités pour partager ses connaissances et son expérience, il questionne son rôle dans ce nouveau modèle de prise en charge ...);
- évoquer la **volonté d'évaluer** les nouvelles modalités du parcours de soins.

ANNEXE VI

Questions de relance et extrait du tableau d'interprétation des questions.

- 1/ Si vous deviez associer la notion de pratique avancée à **3 mots clés**, lesquels choisiriez-vous ? Hiérarchisez-les.
- 2/ Tentez de regrouper ces 3 mots clés sous un même **titre**.
- 3/ Comprenez-vous (Pensez-vous que) les besoins (sont clairement) identifiés par les institutions et les pouvoirs publics pour développer la PA ?
- 4/ Avez-vous identifié des besoins propres (personnels pour les usagers ou professionnels si vous exercez dans la santé) en faveur du développement de la PA ? Hiérarchisez-les.
- 5/ Citez les éléments de satisfaction ou d'exigence que vous identifieriez comme incontournables pour parler d'une IPA performante. Hiérarchisez-les.
- 6/ La PA est une chance, un pis-aller nécessaire ou une contrainte que vous aimeriez éviter ? Pourquoi ?
- 7/ Que savez-vous du contexte de la PA au niveau national ?
- 8/ Comment vous imaginez vous la journée type d'une IPA ?
- 9/ Comment vous imaginez vous la relation entre l'IPA et chaque catégorie de professionnels ?
- 10/ Quelle méthode vous paraît la mieux adaptée pour développer la PA ? Avez-vous des références ?
- 11/ Dans votre contexte, qu'est ce qui est favorable à la PA (ce qui est moteur), selon vous ? Hiérarchisez les éléments.
- 12/ Dans votre environnement, qu'est-ce qui vous paraît défavorable (ce qui est un frein) à la PA ? Hiérarchisez les éléments.
- 13/ Si vous aviez le choix, est ce que vous renonceriez à recourir à la PA ? Pourquoi ? Pour quel autre choix ?
- 14/ Si vous connaissez les textes en projet (décret et arrêté) quels sont les éléments que vous auriez souhaité voire précisés, ajoutés, supprimés ?
- 15/ Quels sont les avantages de la PA (ce que cela apporte de plus) ? Hiérarchisez-les.
- 16/ Quels sont les inconvénients de la PA (conséquences fâcheuses) ? Hiérarchisez-les.
- 17/ Quels sont, selon vous, les points forts du recours à la PA (ce qui la rend plus efficace qu'une autre alternative) ? Hiérarchisez-les.
- 18/ Quels sont, selon vous, les points faibles du recours à la PA (ce qui la rend plus fragile qu'une autre alternative) ? Hiérarchisez-les.
- 19/ La communication autour de la PA vous paraît-elle satisfaisante ? Pourquoi ?
- 20/ Concrètement, comment souhaiteriez-vous participer au développement de la PA ?
- 21/ Où sont les priorités de la PA selon vous ? Pathologies, compétences, activités.... (Hiérarchisez-les).

ANNEXE VI

GUIDE D'ENTRETIEN
"DEVELOPPEMENT DES PRATIQUES AVANCEES "

Merci par avance, d'avoir accepté de participer à cette enquête en lien avec mon mémoire d'élève directeur des soins.
 La totalité des questionnaires sera anonymisée. Vous pouvez répondre spontanément en sachant que je serai le seul à connaître vos réponses. Aucun jugement de valeur ne peut avoir lieu puisqu'il n'y a ni bonne, ni mauvaise réponse. L'idée est de faire une photographie à l'instant "T" de vos représentations. Si spontanément vous ne parvenez pas à répondre, écrivez "ne sais pas".

- Votre nom/prénom : variable indépendante.....
- Votre profil (patient, médecin, oncologue, infirmière...) : variable indépendante.....
- Votre lieu de vie (patient) ou de travail (professionnel) : variable indépendante.....
- Une expérience spécifique en lien avec le sujet : variable indépendante.....

QUESTIONS	Représentations	Motivation	Implication
1/ Si vous deviez associer la notion de pratique avancée à 3 mots clés, lesquels choisiriez-vous ? Hiérarchisez-les.	Contenu et organisation de la représentation spontanées + mobiles (besoins, attentes...), valeur, fonctions de la représentation (cognitive...)	Eléments d'influence sur la motivation : références, facteurs environnementaux et sociaux, performances passées, performances visées, attentes, besoins d'autonomie, de compétences, d'appartenance sociale = variables indépendantes agissant sur le niveau de motivation.	Les caractéristiques d'implication professionnelle peuvent être associées à la représentation de l'IPA (attributs de la volonté, du dévouement, de la responsabilité, du sens, des repères, du contrôle). Les caractéristiques de l'implication de l'utilisateur peuvent être associées à la représentation de l'IPA (partage et recherche de l'information, liens avec les problèmes de santé, avec les besoins de santé, place de l'utilisateur dans la mise en œuvre, évaluation du modèle de soin), les facteurs d'implication propres

- 22/ A quelles étapes du parcours de soins, l'IPA serait-il (elle) le (la) plus utile ? Hiérarchisez. Pourquoi ?
- 23/ Y a-t-il des choses que vous souhaiteriez compléter suite à cet entretien ?

ANNEXE VII

Modèle d'exploitation des groupes de *verbatim* dans les représentations exprimées.

	<i>Verbatim</i> A	<i>Verbatim</i> B	<i>Verbatim</i> C	<i>Verbatim</i> D
<i>Verbatim</i> A	23 ¹²³⁵ Score : 92	3 ¹²³	4 ¹²³⁵	3 ²³⁵
<i>Verbatim</i> B	3 ¹²³ Score: 9	14 ¹²³⁴ Score : 56	3 ¹²³	3 ²³⁴
<i>Verbatim</i> C	4 ¹²³⁵ Score : 16	3 ¹²³ Score : 9	13 ¹²³⁵ Score : 52	3 ²³⁵
<i>Verbatim</i> D	3 ²³⁵ Score : 9	3 ²³⁴ Score : 9	3 ²³⁵ Score : 9	13 ²³⁴⁵ Score : 52

Il faut lire : « il y a 4 cooccurrences entre le *verbatim* C et le *verbatim* A exprimées par 4 personnes (anonymisées 1, 2, 3 et 5) ». Cela revient à dire « il y 4 personnes qui en répondant le *verbatim* C ont également répondu A ».

ANNEXE VIII

Liste des questions de hiérarchisation des éléments de pensées par les répondants. Questions extraites des questions de relance.

Question 1

Si vous deviez associer la notion de pratique avancée à **3 mots clés**.

Lesquels choisiriez-vous ? Hiérarchisez-les.

Question 4

Avez-vous identifié des **besoins propres** (personnels pour les usagers ou professionnels si vous exercez dans la santé) en faveur du développement de la PA ? Hiérarchisez-les.

Question 5

Citez les éléments de satisfaction ou d'exigence que vous identifieriez comme incontournables pour parler d'une IPA performante. Hiérarchisez-les.

Question 11

Dans votre contexte, qu'est ce qui est **favorable** à la PA (ce qui est moteur), selon vous ? Hiérarchisez les éléments.

Question 12

Dans votre environnement, qu'est-ce qui vous paraît **défavorable** (ce qui est un frein) à la PA ? Hiérarchisez les éléments.

Question 15

Quels sont les **avantages** de la PA (ce que cela apporte de plus)? Hiérarchisez-les.

Question 16

Quels sont les **inconvenients** de la PA (conséquences fâcheuses)? Hiérarchisez-les.

Question 17

Quels sont, selon vous, les points **forts** du recours à la PA (ce qui la rend plus efficace qu'une autre alternative) ? Hiérarchisez-les.

Question 18

Quels sont, selon vous, les points **faibles** du recours à la PA (ce qui la rend plus fragile qu'une autre alternative) ? Hiérarchisez-les.

Question 21

Où sont les **priorités** de la PA selon vous ? Pathologies, compétences, activités...
(Hiérarchisez-les)

Question 22

A quelles **étapes** du parcours de soins, l'IPA serait-il (elle) le (la) plus utile ? Hiérarchisez.
Pourquoi ?

ANNEXE IX

Cooccurrence des composantes de la représentation qu'ont les infirmières au sujet de l'intégration de l'IPA en cancérologie.

	Former et développer les connaissances et bonnes pratiques	Améliorer la qualité et sécurité des soins	Collaborer, partager, se répartir les tâches	Envie, plaisir, passion	Référent expert, spécialisé	Répondre au besoin du patient, proximité, partir de son expérience	L'IPA se forme	Reconnaissance valorisation des compétences	Collaboration et climat de confiance médecin-IPA
Former développer les connaissances et bonnes pratiques	3 ¹²³ Score : 92	3 ¹²³ Score : 56	4 ¹²³⁵	3 ²³⁵	3 ²³⁵	4 ¹²³⁵	3 ¹²⁵	3 ¹³⁵	3 ¹³⁵
Améliorer la qualité et sécurité des soins	3 ¹²³ Score : 9	14 ¹²³⁴ Score : 56	3 ¹²³	3 ²³⁴	2 ²³	3 ¹²³	3 ¹²⁴	3 ¹³⁴	2 ¹³
Collaborer, partager, se répartir les tâches	4 ¹²³⁵ Score : 16	3 ¹²³ Score : 9	13 ¹²³⁵ Score : 52	3 ²³⁵	3 ²³⁵	4 ¹²³⁵	3 ¹²⁵	3 ¹³⁵	3 ¹³⁵
Envie, plaisir, passion	3 ²³⁵ Score : 9	3 ²³⁴ Score : 9	3 ²³⁵ Score : 9	13 ²³⁴⁵ Score : 52	3 ²³⁵	3 ²³⁵	2 ²⁵	3 ³⁴⁵	2 ³⁵
Référent, expert, spécialisé	3 ²³⁵ Score : 9	2 ²³ Score 4	3 ²³⁵ Score : 9	3 ²³⁵ Score : 9	14 ²³⁵ Score : 42	3 ²³⁵	2 ²⁵	2 ³⁵	2 ³⁵
Répondre au besoin du patient, proximité, partir de son expérience	4 ¹²³⁵ Score 16	3 ¹²³ Score : 9	4 ¹²³⁵ Score : 16	3 ²³⁵ Score : 9	3 ²³⁵ Score : 9	10 ¹²³⁵ Score : 40	3 ¹²⁵	3 ¹³⁵	3 ¹³⁵
L'IPA se forme	3 ¹²⁵ Score : 9	3 ¹²⁴ Score : 9	3 ¹²⁵ Score : 9	2 ²⁵ Score 4	2 ²⁵ Score 4	3 ¹²⁵ Score : 9	8 ¹²⁴⁵ Score : 32	3 ¹⁴⁵	2 ¹⁵
Reconnaissance, valorisation des compétences	3 ¹³⁵ Score : 9	3 ¹³⁴ Score : 9	3 ¹³⁵ Score : 9	3 ³⁴⁵ Score : 9	2 ³⁵ Score 4	3 ¹³⁵ Score : 9	3 ¹⁴⁵ Score : 9	9 ²³⁵ Score : 27	3 ¹³⁵
Collaboration et climat de confiance médecin-IPA	3 ¹³⁵ Score 9	2 ¹³ Score 4	3 ¹³⁵ Score : 9	2 ³⁵ Score 4	2 ³⁵ Score 4	3 ¹³⁵ Score : 9	2 ¹⁵ Score 4	3 ¹³⁵ Score : 9	6 ¹³⁴⁵ Score : 24

ANNEXE X

Typologie de la motivation des infirmières au sujet de l'intégration de l'IPA en cancérologie.

<p>Motivation avec régulation intégrée : met en valeur mon identité met en valeur mon rôle, utilité répond à mes attentes répond à mes valeurs</p>		<p>Motivation intrinsèque : Préjugé positif plaisir, bien être lié à la finalité plaisir, bien être dans la mise en oeuvre le but apporte à la profession, aux usagers</p>
<p>"c'est une évolution nécessaire (...) il est important d'assister aux réunions avec l'IPA (...) j'attends plus de communication sur le sujet (...) le concept est à développer (...) me faire expliquer les missions (...) c'est important de développer ses compétences (...) soutien pour moi, conseils". L'IPA est assimilée à une référence douleur. Vision restrictive, actualité réglementaires non acquise.</p>	<p>Infirmière 1</p>	<p><u>Motivation intrinsèque (tendance) :</u> vision positive, plaisir, épanouissement basé sur des compétences acquises et nouvelles, dévouement, valeurs professionnelles, qualité de prise en charge (observation, suivi, autonomisation), évolution du métier (sciences infirmières). Curiosité professionnelle sur le sujet (2 IDE).</p>
<p>"une évolution nécessaire (...) une opportunité pour faire d'autres activités : universitaires, interventions extérieures (...) j'attends d'être informé pour commencer (...) l'information sur le sujet ne m'est pas parvenue (...) métier à définir (...) Besoins identifiés au niveau national non connus, n'arrive pas identifié un besoin à partir de son expérience (...) diplôme valorisant". Ne connaît pas les missions de coordination de parcours, de prescription et d'interprétation de résultats.</p>	<p>Infirmière 2</p>	<p>"Ma priorité c'est le patient (...) apporter une expertise complémentaire au patient". "Envie de faire progresser le qualité des soins"</p>
<p>"Décharger mon activité en tant qu'infirmière généraliste". Besoins mal connus au niveau national. Besoin de reconnaissance professionnelle (répété). "diplôme gratifiant (...) valoriser l'expérience (...) fidéliser" Reste sur une représentation erronée "l'IPA travaille sous prescription médicale (...) est formée par le médecin dans le service (...) les fonctions et tâches de l'IPA sont décidées par le médecin"</p>	<p>Infirmière 3</p>	<p>"J'aime ma profession, cela me passionnerait de progresser (...) déontologie professionnelle (...) les qualités relationnelles avec le patient facilitent la coordination (...) aptitudes relationnelles avec les autres professionnels facilitent aussi la coordination (...) la coordination va éveiller de nouvelles compétences, une cohésion d'équipe (...) s'ajuster (...) cette alternative est passionnante professionnellement et pour le patient (...) lien ville - hôpital (...) améliorer l'observation, le suivi et l'autonomisation des patients atteints d'un cancer, c'est mon but (...) bonnes pratiques (...) envie de participer à l'écriture du projet pour défendre les valeurs et la place des infirmières généralistes aussi".</p>
<p>Motivation à régulation intégrée (tendance): Quête de reconnaissance, attentisme par rapport à l'informations, opportunisme pour sortir des pratiques routinières ou pour réduire sa charge de travail, connaissances erronées, défaut de curiosité professionnelle (3 IDE).</p>	<p>Infirmière 4</p>	<p>"Mes compétences sont au service de la qualité des soins (...) rigueur et réflexivité (...) renforce la collaboration médico-soignante (...) susciter une volonté forte chez les médecins, les directions et les infirmiers (...) une étape vers les sciences</p>

<p>"Il faut participer au projet, s'il y en a un, pour clarifier l'utilité de l'IPA mais aussi la mienne afin de ne pas être une simple exécutante (...) Ça me permettra de bénéficier de formations supplémentaires, c'est toujours utile (...) je ne suis pas sûr de trouver le temps de m'intéresser au sujet si on ne le planifie pas au travail"</p>	<p>Infirmière 5</p>	<p>infirmières à accompagner" Attente forte sur des précisions relatives à la liste des activités cliniques (orientation, surveillance clinique...), aux prescriptions autorisées. "participer au projet en partageant mon expérience et mes valeurs (...) faire évoluer le métier (...) les textes sont à paraître en juillet, je les attends avec impatience" A acquis des informations actualisées sur les missions pré-supposées (information évaluation, orientation, suivi, prescriptions...)</p>
		<p>"le sujet me passionne (...) correspond bien à ma vision de l'évolution du métier (...) Une opportunité supplémentaire pour susciter des vocations, des évolutions et surtout une meilleure collaboration entre professionnels" " une coordination qui suscitera de nouvelles compétences"</p>

ANNEXE XI

Liens entre la représentation des Infirmières relative à l'IPA et leur motivation à l'intégrer en oncologie

Représentation de l'IPA dans la prise en charge du patient

Motivation à l'intégration de l'IPA dans la prise en charge du patient

Former développer les connaissances et bonnes pratiques (score 52)

Améliorer la qualité et sécurité des soins (score 56)

Collaborer, partager, se répartir les tâches (score 52)

Envie, plaisir, passion (score 52)

Répondre au besoin du patient, proximité, partir de son expérience (score 40)

L'IPA doit se former (score 32)

Reconnaissance valorisation des compétences (score 27)

Collaboration et climat de confiance médecin-IPA (score 24)

Motivation intrinsèque (tendance):
vision positive, plaisir, épanouissement, dévouement, valeurs professionnelles, qualité de prise en charge (observance, suivi, autonomisation), évolution du métier (sciences infirmières). Curiosité professionnelle sur le sujet (2 IDE).

Motivation à régulation intégrée (tendance):
Quête de reconnaissance, attentisme par rapport à l'informations, opportunisme pour sortir des pratiques routinières ou pour réduire sa charge de travail, connaissances erronées, défaut de curiosité professionnelle (3 IDE).

ANNEXE XII:

Cooccurrence des composantes de la représentation qu'ont les médecins au sujet de l'intégration de l'IPA en cancérologie.

Interdisciplinarité, lien avec le professionnel adéquat, coordination, collaboration	18 ¹²³⁴ Score : 72	Amélioration de la qualité des soins, sécurité patient, traçabilité, continuité des soins, réduire délai	Pallier les carences médicales, pénurie médicale relai, aide	Compétences infirmières	Définition claire des rôles	Charge de travail des médecins
Interdisciplinarité, lien avec le professionnel adéquat, coordination, collaboration	3 ¹³⁴ Score : 9	3 ¹³⁴ Score : 9	3 ¹²⁴ Score : 9	3 ¹²³ Score : 9	3 ¹²³ Score : 9	3 ¹²³ Score : 9
Amélioration de la qualité des soins, des délais, sécurité patient, traçabilité, continuité des soins	3 ¹³⁴ Score : 9	11 ¹³⁴ Score : 33	2 ¹⁴ Score : 4	2 ¹³ Score : 4	2 ¹³ Score : 4	3 ¹³⁴ Score : 9
Pallier les carences médicales, pénurie médicale relai, aide	3 ¹²⁴ Score : 9	2 ¹⁴ Score : 4	7 ¹²⁴ Score : 21	2 ¹² Score : 4	2 ¹² Score : 4	2 ¹⁴ Score : 4
Compétences infirmières	3 ¹²³ Score : 9	2 ¹³ Score : 4	2 ¹² Score : 4	5 ¹²³ Score : 15	3 ¹²³ Score : 9	2 ¹³ Score : 4
Définition claire des rôles	3 ¹²³ Score : 9	2 ¹³ Score : 4	2 ¹² Score : 4	3 ¹²³ Score : 9	4 ¹²³ Score : 12	2 ¹³ Score : 4
Charge de travail des médecins	3 ¹²³ Score : 9	3 ¹³⁴ Score : 9	2 ¹⁴ Score : 4	2 ¹³ Score : 4	2 ¹³ Score : 4	4 ¹³⁴ Score : 12

ANNEXE XIII

Typologie de la motivation des médecins au sujet de l'intégration de l'IPA en oncologie.

Motivation avec régulation intégrée : met en valeur mon identité met en valeur mon rôle, utilité répond à mes attentes répond à mes valeurs		Motivation intrinsèque : Préjugé positif plaisir, bien être lié à la finalité plaisir, bien être dans la mise en oeuvre le but apporte à la profession, aux usagers
	MEDECIN 1	Apporte d'autres compétences, aisé de s'adapter, je connais les qualités professionnelles des infirmières, il faut délimiter le rôle de chacun pour éviter les glissements et ainsi la souffrance au travail des infirmières, une bienveillance mutuelle, pas utiliser l'infirmière uniquement pour pallier aux carences médicales, une relation de confiance, du respect, partager des valeurs, lutter contre l'égo de certains médecins, satisfaction au travail, la PA permettra sans doute une évaluation humaine sans doute plus performante que les solutions de télémédecine par exemple, je cherche les informations mais je ne dois pas lire les bonnes revues, participer à des formations en binôme.
Besoin de relai, c'est une chance en termes d'aide, un travail en collaboration, j'attends de découvrir les avantages de l'intégration de l'IPA en oncologie, il faut cadrer le rôle de chacun pour éviter que l'IPA déborde trop sur les missions médicales.	MEDECIN 2	Je suis intéressé par les compétences que développe l'IPA, besoin d'une coordination professionnelle.
Nous faire gagner du temps au médecin, l'IPA aura des qualités pour s'adapter à chaque professionnel et en particulier au médecin, assiste le médecin en réunions de concertation pluridisciplinaire, profil à adapter.	MEDECIN 3	J'utilise le réseau syndical médical pour avoir des informations sur l'évolution des textes relatifs à l'IPA efficient, de l'assurance dans sa pratique, des compétences en coordination, permet d'assurer une continuité des soins, évite les ruptures de soins, un suivi de qualité surtout pour les patients les plus fragiles après les avoir identifiés...en lien avec un

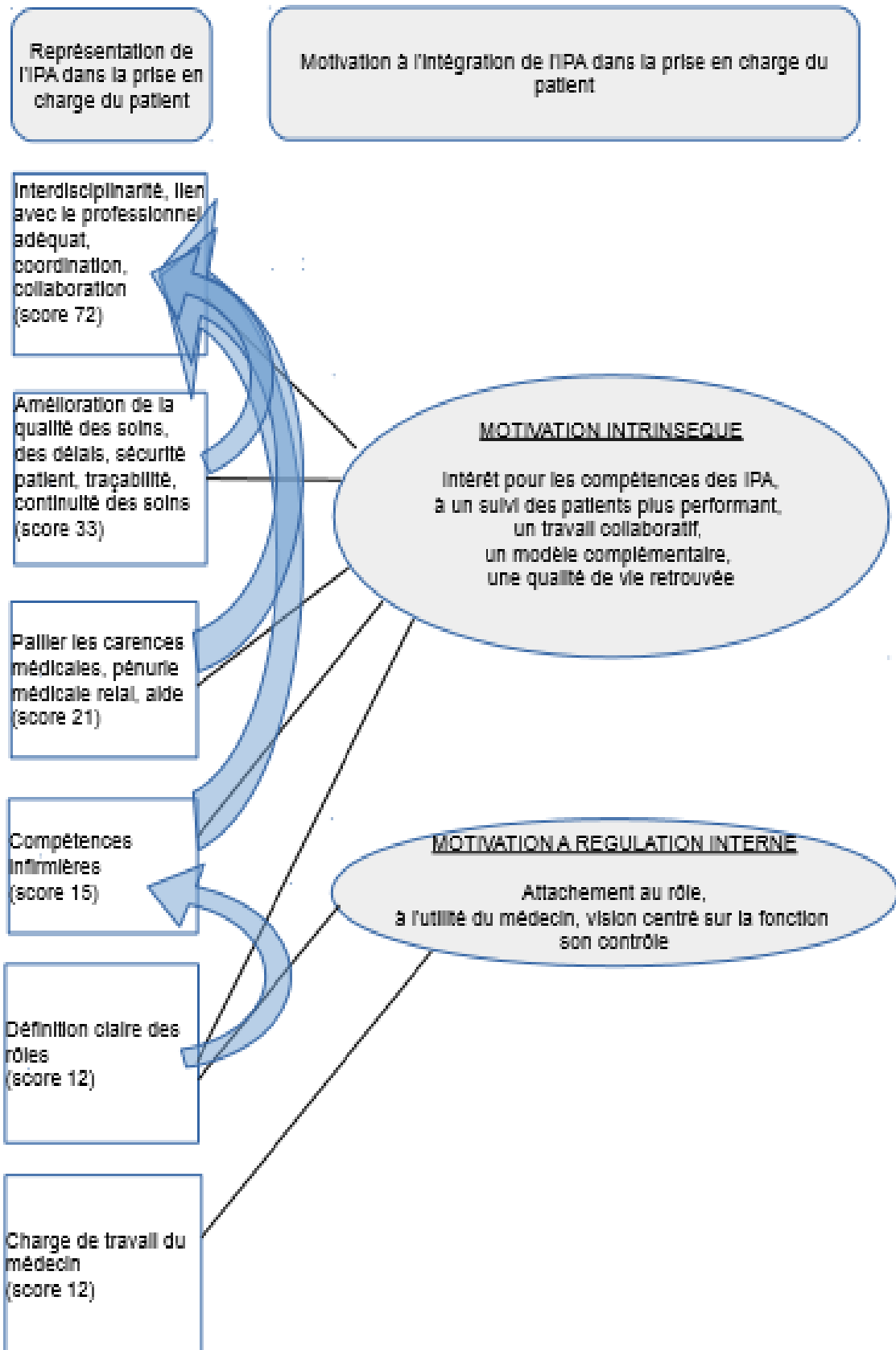
Intérêt pour les compétences à délimiter et à confirmer, un suivi des patients plus performant, Le mal-être de la charge de travail doit disparaître avant de parler de bien-être. Le mieux être grâce à un nouveau professionnel aidant et coordonnateur de parcours, le bien-être passe par la gestion de l'égo sur l'exercice médical exclusif.

Attachement au rôle, à l'utilité du médecin, son contrôle

	<p>Le médecin est concerné dans l'évaluation de l'IPA, il a son mot à dire.</p>	<p>MEDECIN 4</p>	<p>contrôle du médecin, c'est de sa responsabilité." Permet de répondre à une pénurie dans l'offre de soins, vise la sécurité des patients, permet de renforcer la traçabilité et l'évaluation clinique, une relation de confiance, s'investir à tous les niveaux (direction, médecins, infirmiers), la qualité de vie au travail de tous, un travail d'équipe, participer à l'annonce du diagnostic pour éviter des erreurs et développer ses compétences au contact du médecin</p>	
--	---	-------------------------	---	--

ANNEXE XIV

Liens entre la représentation des médecins relative à l'IPA et leur motivation à l'intégrer en oncologie




ANNEXE XV

Cooccurrence des composantes de la représentation qu'ont les usagers au sujet de l'intégration de l'IPA en cancérologie.

Accompagner, aider, organiser, faciliter, adapter le traitement à mon état, apporter des conseils pratiques et pas que théoriques	4 ¹²³⁴ Score : 92	Écoute, disponibilité, accessibilité, à l'hôpital et à la maison	4 ¹²³⁴ Score : 16	Informar, répondre aux questions, expliquer, traduire, comprendre mon traitement	4 ¹²³⁴ Score : 16	Plus réactif, réduire l'attente avant injection, quand on change de traitement, éviter déplacements inutiles	4 ¹²³⁴ Score : 16	Qualité et sécurité des soins, peur de l'erreur du débutant, du manque de temps pour contrôler	4 ¹²³⁴ Score : 16	Bonnes relations entre professionnels, liens avec médecin traitant, alerte en cas de besoin	4 ¹²³⁴ Score : 16
Accompagner, aider, organiser, faciliter, adapter le traitement à mon état, apporter des conseils pratiques et pas que théoriques	4 ¹²³⁴ Score : 16	Écoute, disponibilité, accessibilité, à l'hôpital et à la maison	17 ¹²³⁴ Score : 68	4 ¹²³⁴ Score : 16	4 ¹²³⁴ Score : 16	4 ¹²³⁴ Score : 16	4 ¹²³⁴ Score : 16	4 ¹²³⁴ Score : 16	4 ¹²³⁴ Score : 16	4 ¹²³⁴ Score : 16	4 ¹²³⁴ Score : 16
Accompagner, aider, organiser, faciliter, adapter le traitement à mon état, apporter des conseils pratiques et pas que théoriques	4 ¹²³⁴ Score : 16	Écoute, disponibilité, accessibilité, à l'hôpital et à la maison	4 ¹²³⁴ Score : 16	9 ¹²³⁴ Score : 36	4 ¹²³⁴ Score : 16	4 ¹²³⁴ Score : 16	4 ¹²³⁴ Score : 16	4 ¹²³⁴ Score : 16	4 ¹²³⁴ Score : 16	4 ¹²³⁴ Score : 16	4 ¹²³⁴ Score : 16
Accompagner, aider, organiser, faciliter, adapter le traitement à mon état, apporter des conseils pratiques et pas que théoriques	4 ¹²³⁴ Score : 16	Écoute, disponibilité, accessibilité, à l'hôpital et à la maison	4 ¹²³⁴ Score : 16	4 ¹²³⁴ Score : 16	8 ¹²³⁴ Score : 32	4 ¹²³⁴ Score : 16	4 ¹²³⁴ Score : 16	4 ¹²³⁴ Score : 16	4 ¹²³⁴ Score : 16	4 ¹²³⁴ Score : 16	4 ¹²³⁴ Score : 16
Accompagner, aider, organiser, faciliter, adapter le traitement à mon état, apporter des conseils pratiques et pas que théoriques	4 ¹²³⁴ Score : 16	Écoute, disponibilité, accessibilité, à l'hôpital et à la maison	4 ¹²³⁴ Score : 16	4 ¹²³⁴ Score : 16	4 ¹²³⁴ Score : 16	4 ¹²³⁴ Score : 16	8 ¹²³⁴ Score : 32	4 ¹²³⁴ Score : 16	4 ¹²³⁴ Score : 16	4 ¹²³⁴ Score : 16	4 ¹²³⁴ Score : 16
Accompagner, aider, organiser, faciliter, adapter le traitement à mon état, apporter des conseils pratiques et pas que théoriques	4 ¹²³⁴ Score : 16	Écoute, disponibilité, accessibilité, à l'hôpital et à la maison	4 ¹²³⁴ Score : 16	4 ¹²³⁴ Score : 16	4 ¹²³⁴ Score : 16	4 ¹²³⁴ Score : 16	4 ¹²³⁴ Score : 16	4 ¹²³⁴ Score : 16	4 ¹²³⁴ Score : 16	6 ¹²³⁴ Score : 24	4 ¹²³⁴ Score : 16

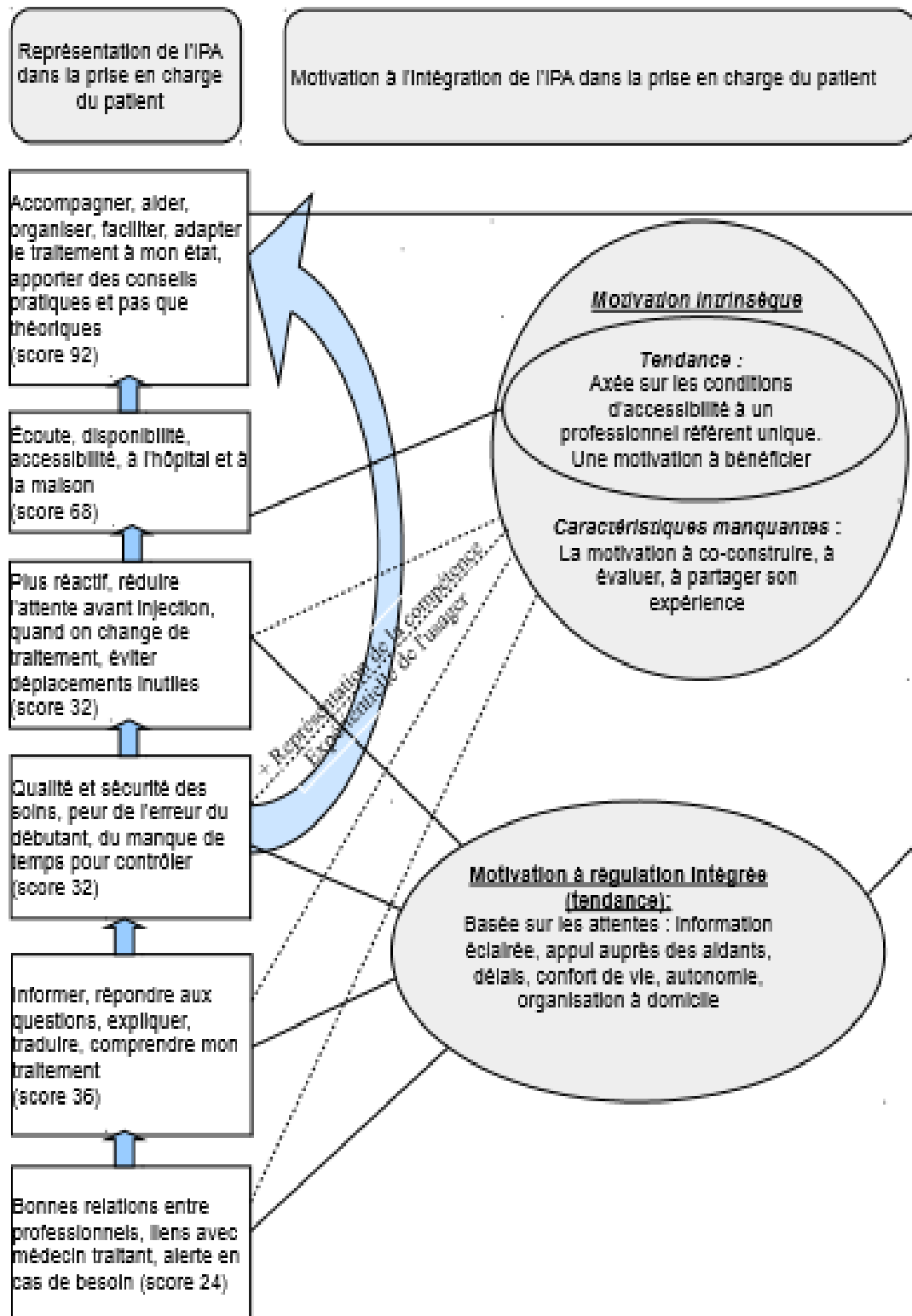
ANNEXE XVI

Typologie de la motivation des usagers au sujet de l'intégration de l'IPA en oncologie

<p>Motivation avec régulation intégrée : met en valeur mon identité met en valeur mon rôle, utilité répond à mes attentes répond à mes valeurs</p>	<p>Motivation intrinsèque : Préjugé positif plaisir, bien être lié à la finalité plaisir, bien être dans la mise en oeuvre le but apporte aux usagers</p>	 <p>Motivation intrinsèque (tendance): Axée sur l'accessibilité après l'élaboration du modèle de prise en charge : une référente joignable. Participation orientée vers le recours comme bénéficiaire vs co-construction du modèle de soins</p>	
<p>Motivation à régulation intégrée (tendance): Basée sur les attentes : information éclairée, appui auprès des aidants, délais, confort de vie, autonomie, organisation à domicile</p>	<p>Usager 1</p> <p>"il faudrait la médiatiser davantage pour le grand public", "en essayant une fois pour commencer", "une vocation", "de l'écouter, de la disponibilité, de l'information aux patients".</p>		<p>Usager 2</p> <p>"il faut communiquer sur les horaires et les moyens de la contacter", "je peux pas dire sans avoir essayé"</p>
<p>"une réponse plus rapides à mes attentes", "une réponse rapide, de qualité et aidante pour m'organiser et organiser le relai à la maison et les rendez-vous à l'hôpital", "m'aider à rester le plus longtemps possible à domicile".</p> <p>"m'éviter de faire les injections en séances", "répondre à mes questions quand je suis à l'hôpital ou par téléphone quand je suis à la maison", "ne pas attendre les soins", "adapter mon traitement quand je ne vais pas bien", "j'ai besoin d'organiser mes soins et c'est des fois compliqué", "je perdrais moins de temps et elle m'aidera à tout bien comprendre du premier coup", "surveiller mon état pour adapter mon traitement quand je perds trop de poids ou autre..."</p>	<p>Usager 3</p> <p>"se présenter aux patients lors de la première séance en expliquant comment la joindre ou la voir", "des médecins débordés qui ont déjà d'autres patients compliqués".</p>		<p>Usager 4</p> <p>"il faudra sûrement du temps pour que chacun comprenne qui fait quoi, y compris pour nous les patients", "il faudra nous guider", "au moins avec le médecin, si l'un des deux oublie quelque chose ou ne le voit pas, ça peut aider à ne pas passer à côté".</p>

ANNEXE XVII

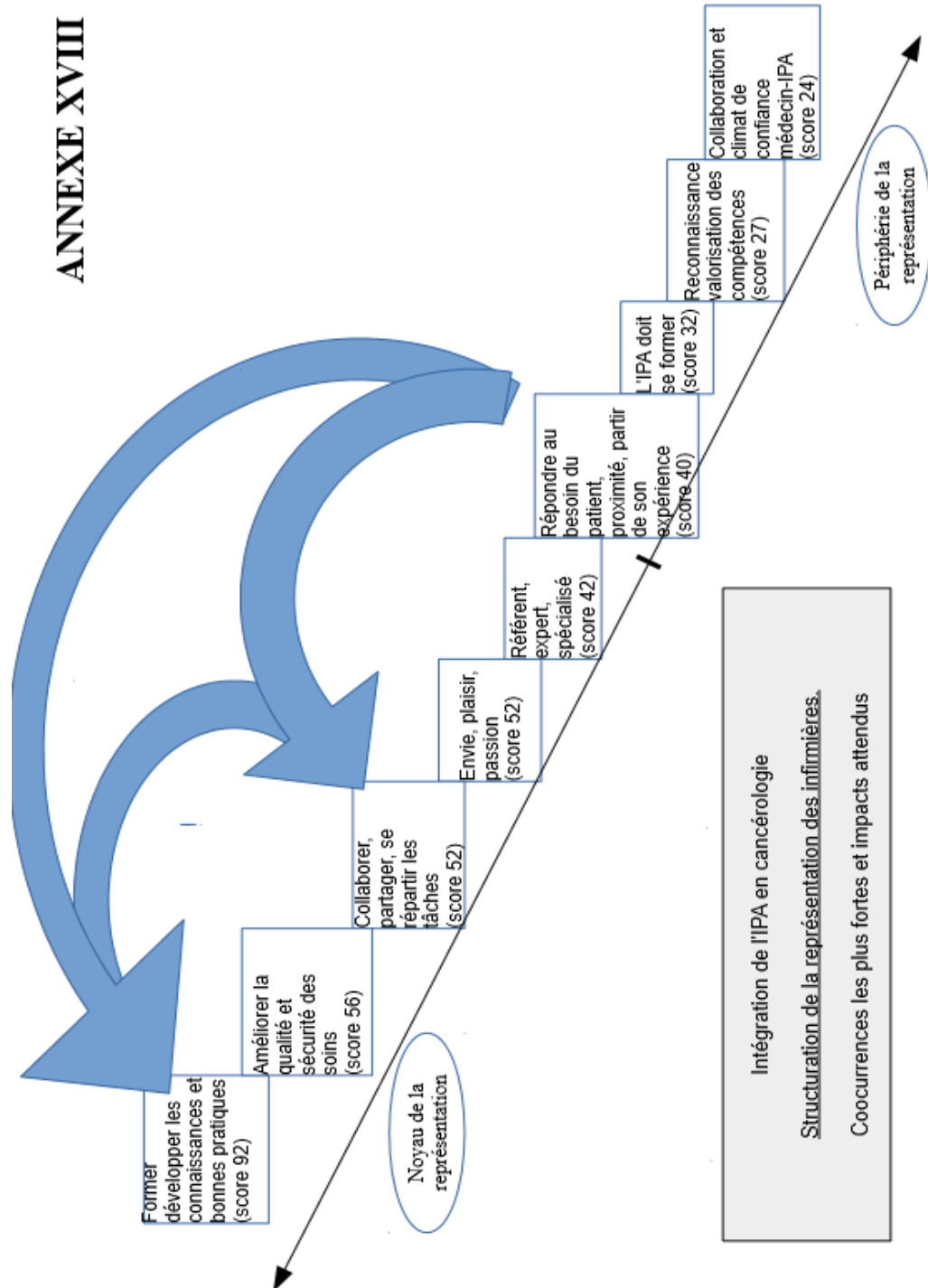
Liens entre la représentation des usagers relative à l'IPA et leur motivation à l'intégrer dans le parcours de soins en cancérologie.



Toutes les composantes de la représentation ont un effet direct sur la partie la plus centrale du nœud des représentations.

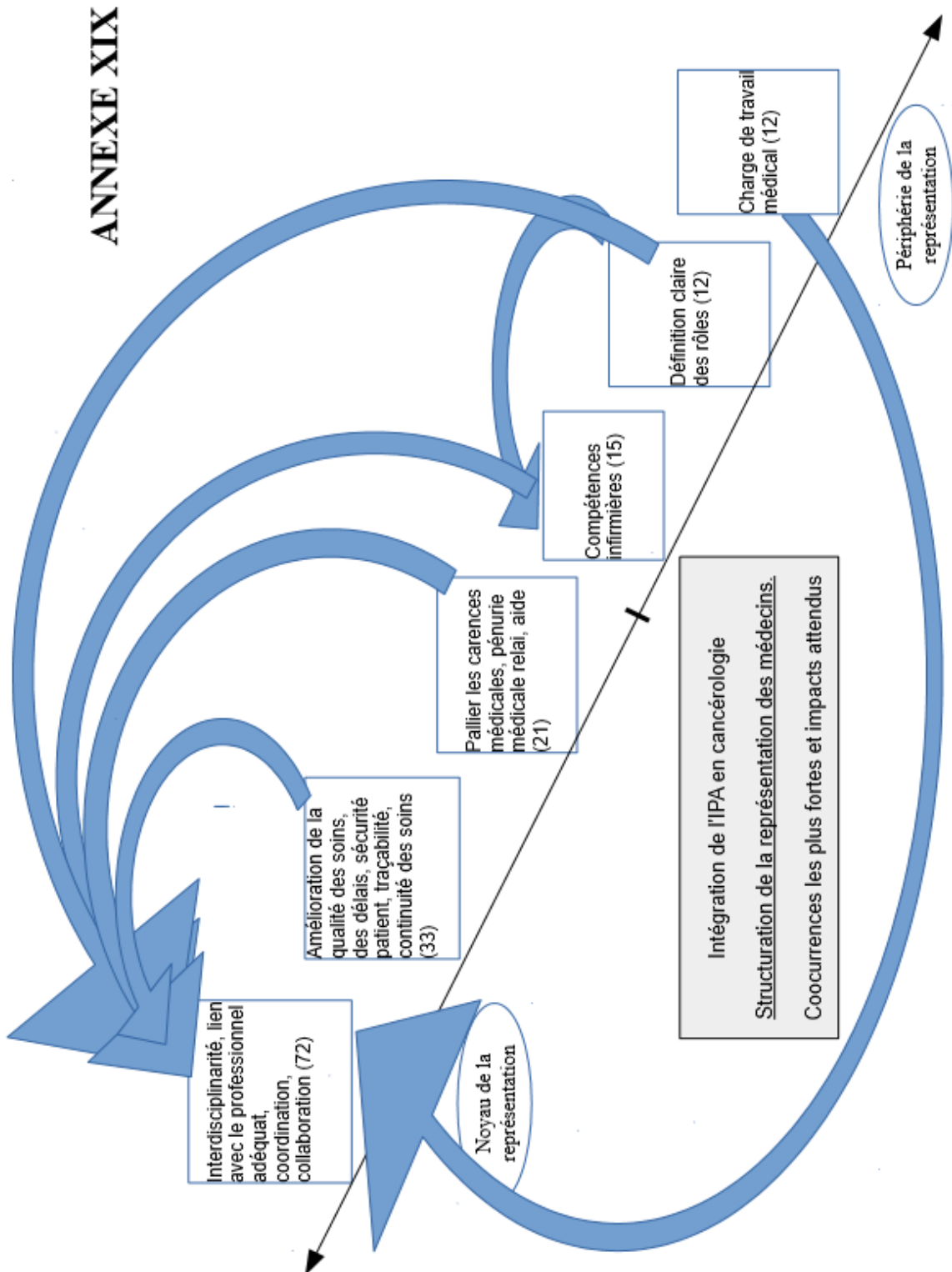
ANNEXE XVIII

Intégration de l'IPA en cancérologie Structuration de la représentation des infirmières. Cooccurrences les plus fortes et impacts attendus.



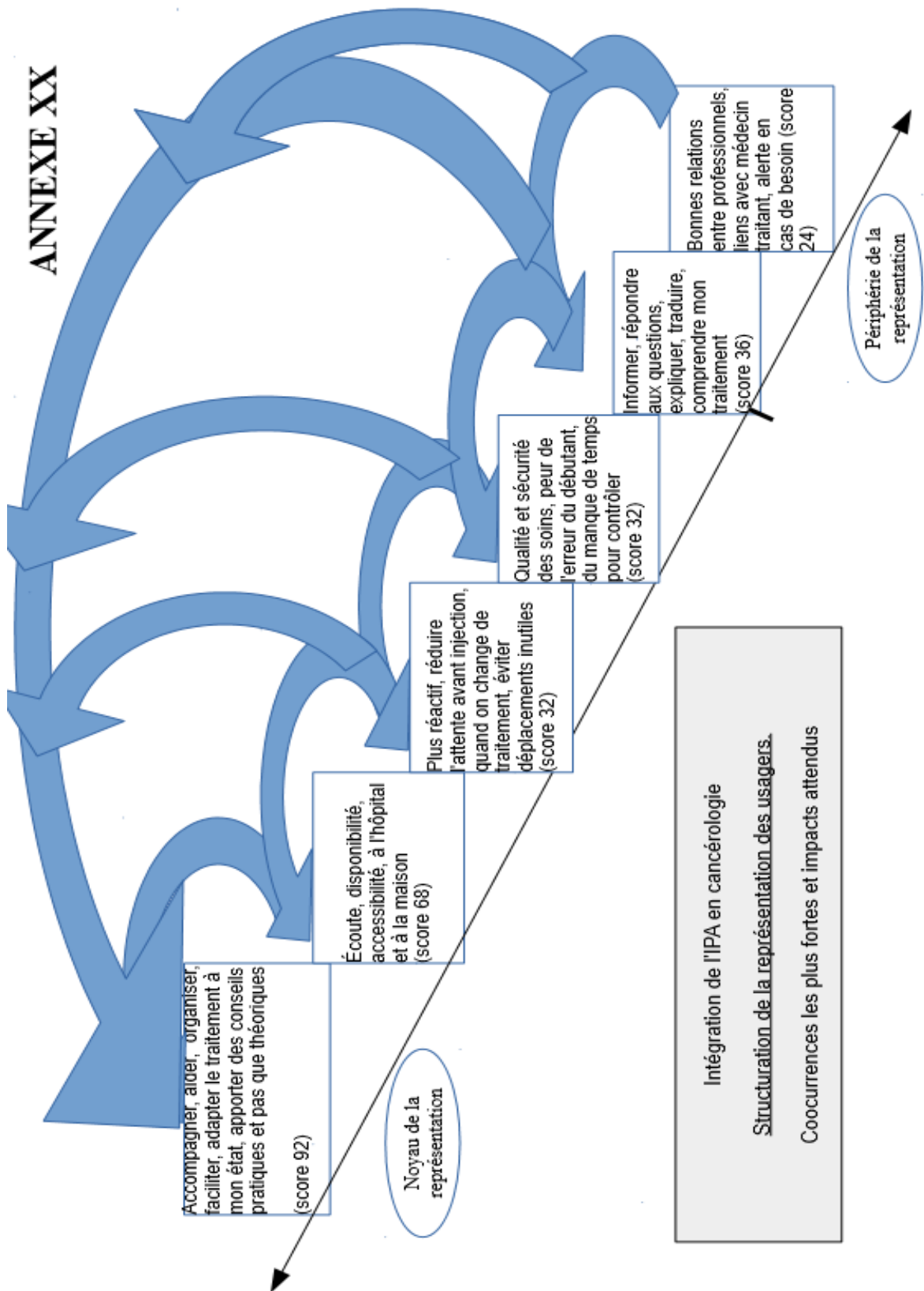
ANNEXE XIX

Intégration de l'IPA en cancérologie Structuration de la représentation des médecins. Cooccurrences les plus fortes et impacts attendus



ANNEXE XX

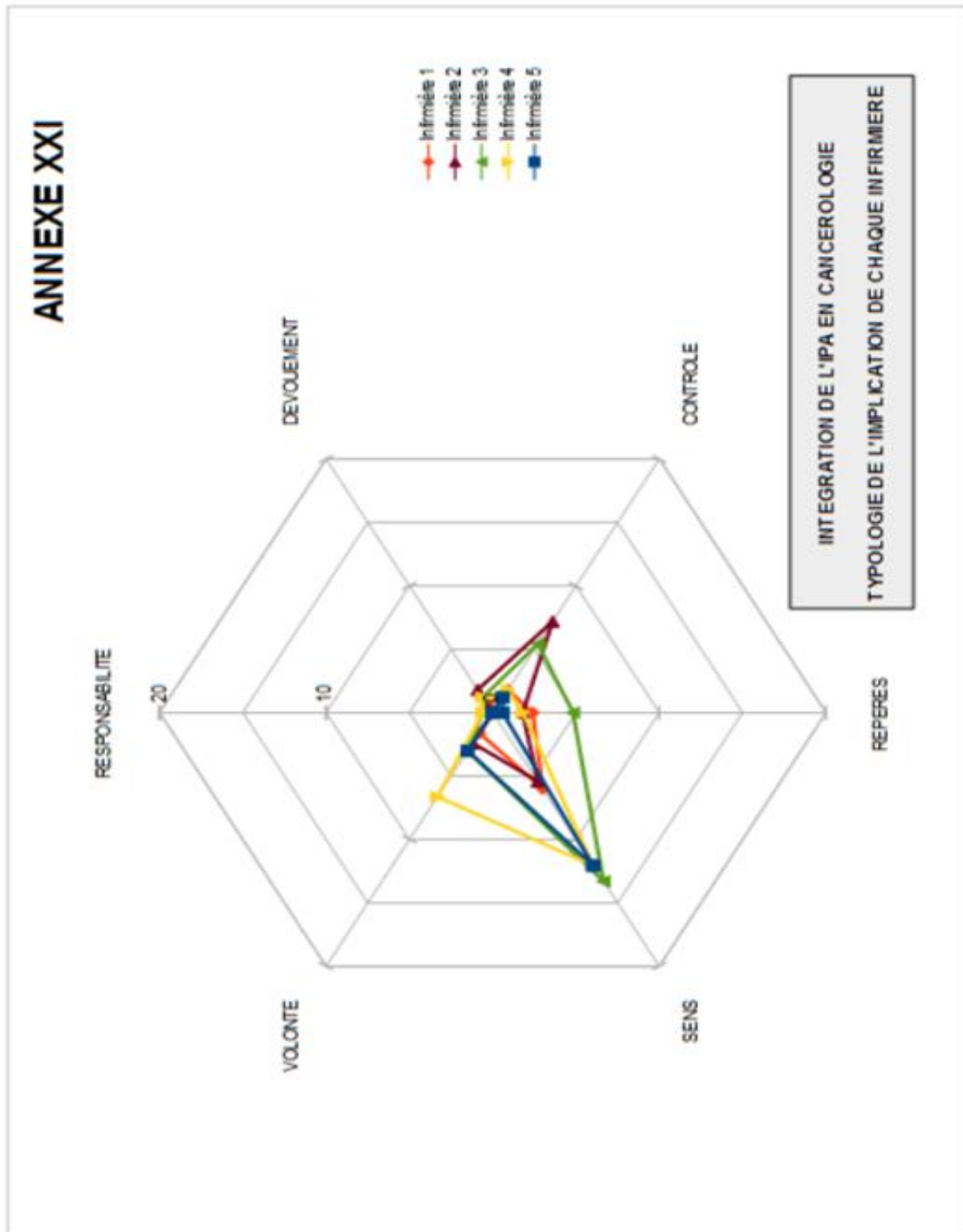
Intégration de l'IPA en cancérologie Structuration de la représentation des usagers. Cooccurrences les plus fortes et impacts attendus



ANNEXE XXI

Intégration de l'IPA en cancérologie

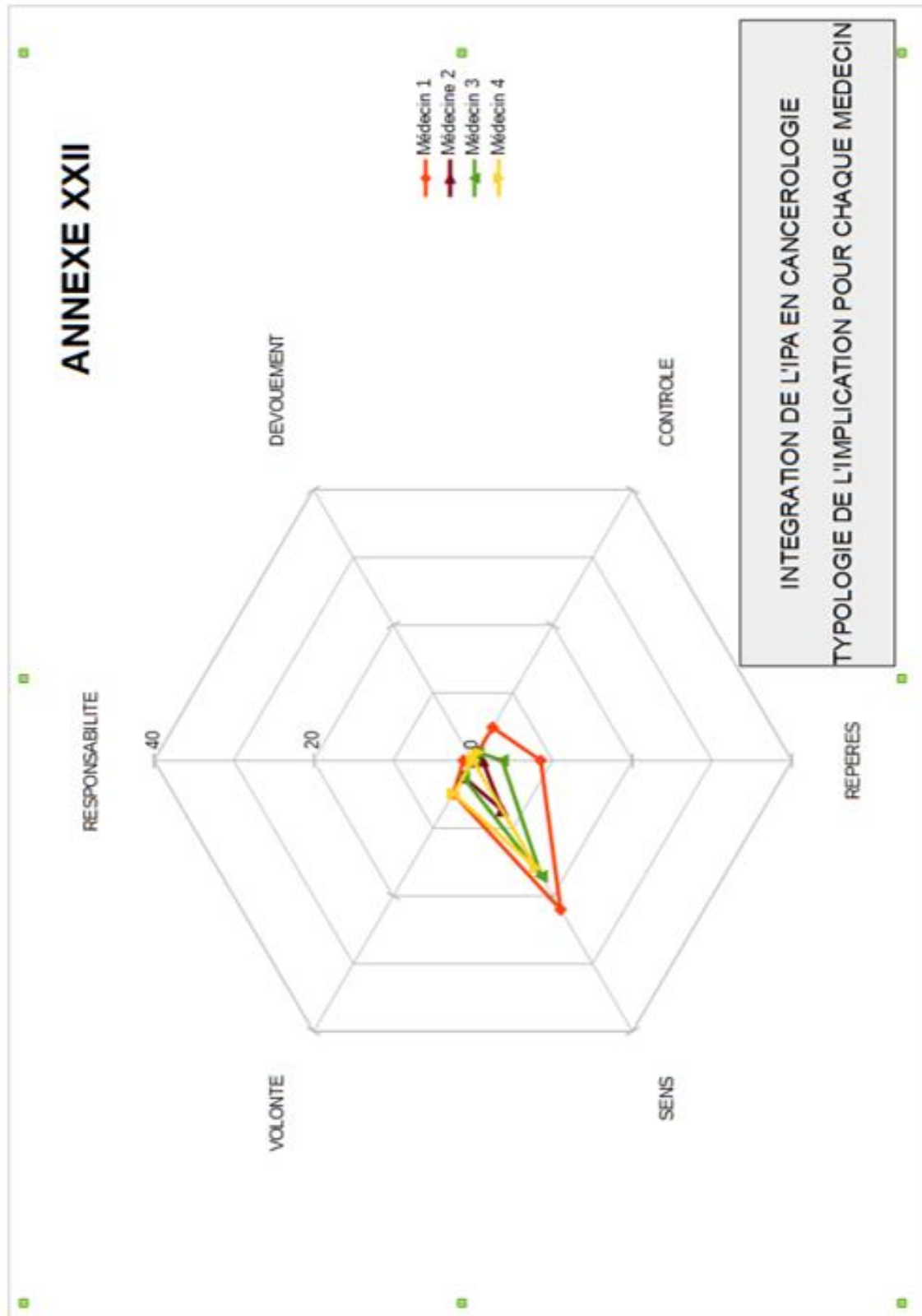
Typologie de l'implication de l'implication de chaque infirmière



ANNEXE XXII

Intégration de l'IPA en cancérologie

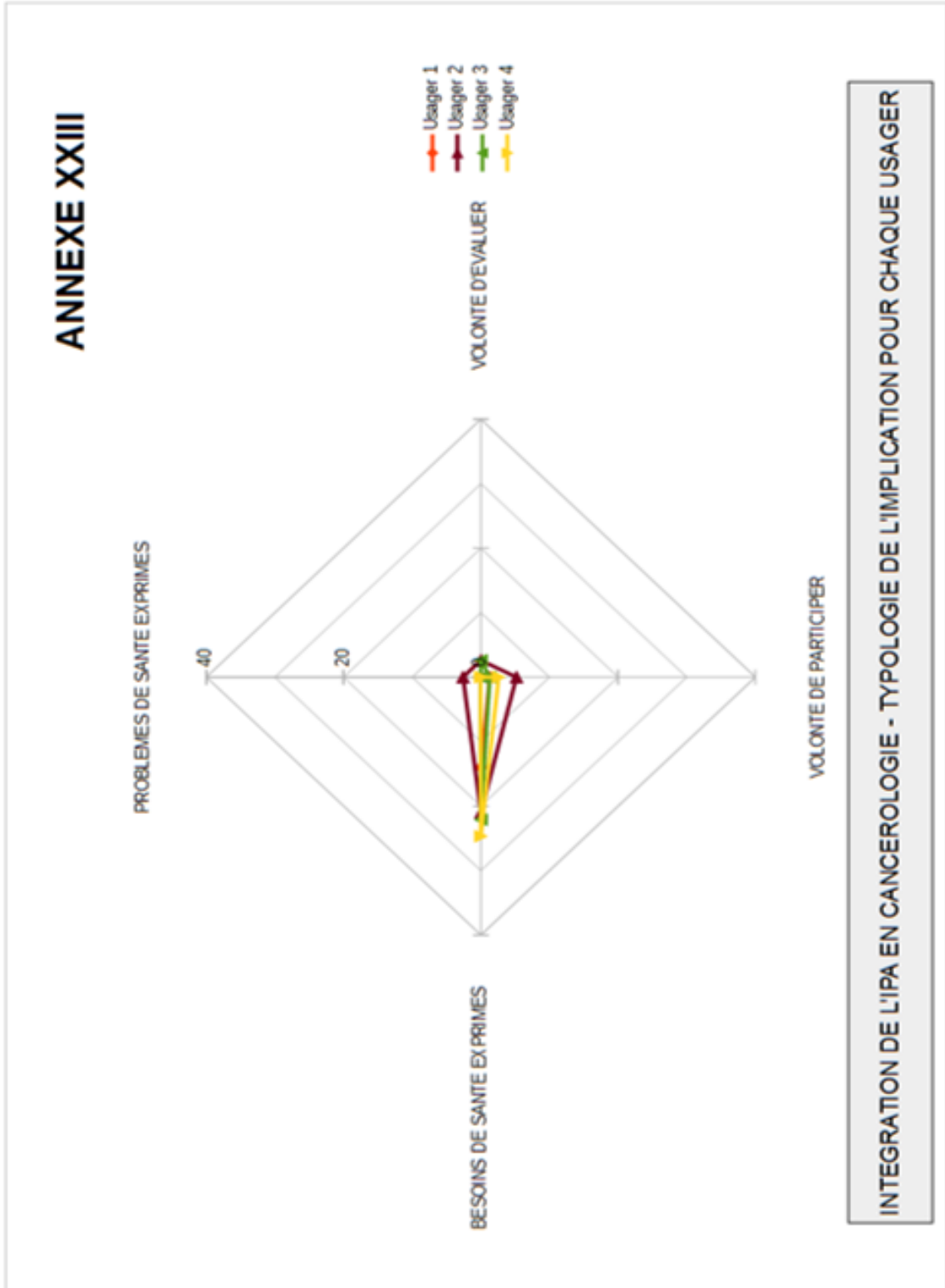
Typologie de l'implication de l'implication de chaque médecin



ANNEXE XXIII

Intégration de l'IPA en cancérologie

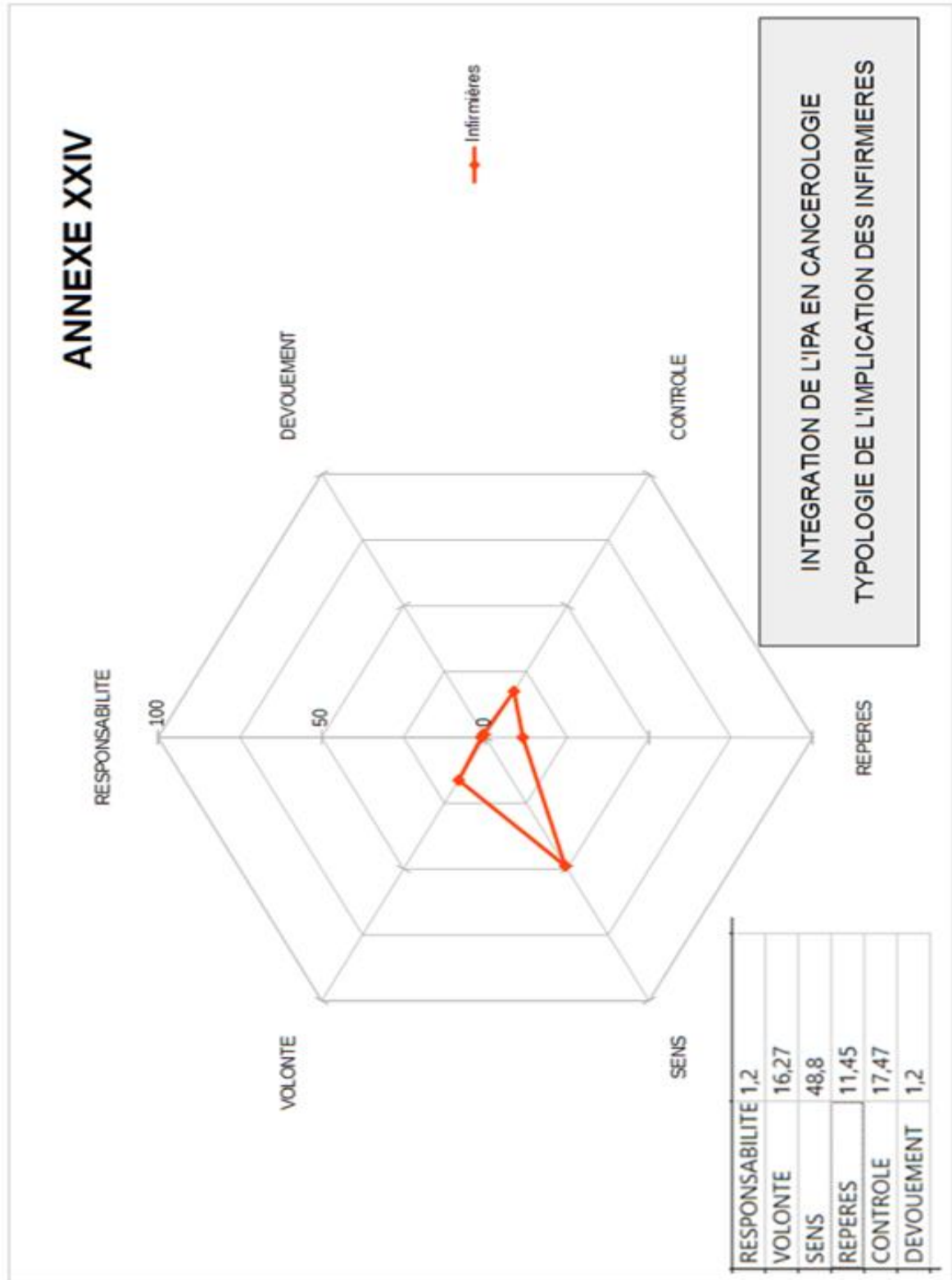
Typologie de l'implication de l'implication de chaque usager



ANNEXE XXIV

Intégration de l'IPA en oncologie

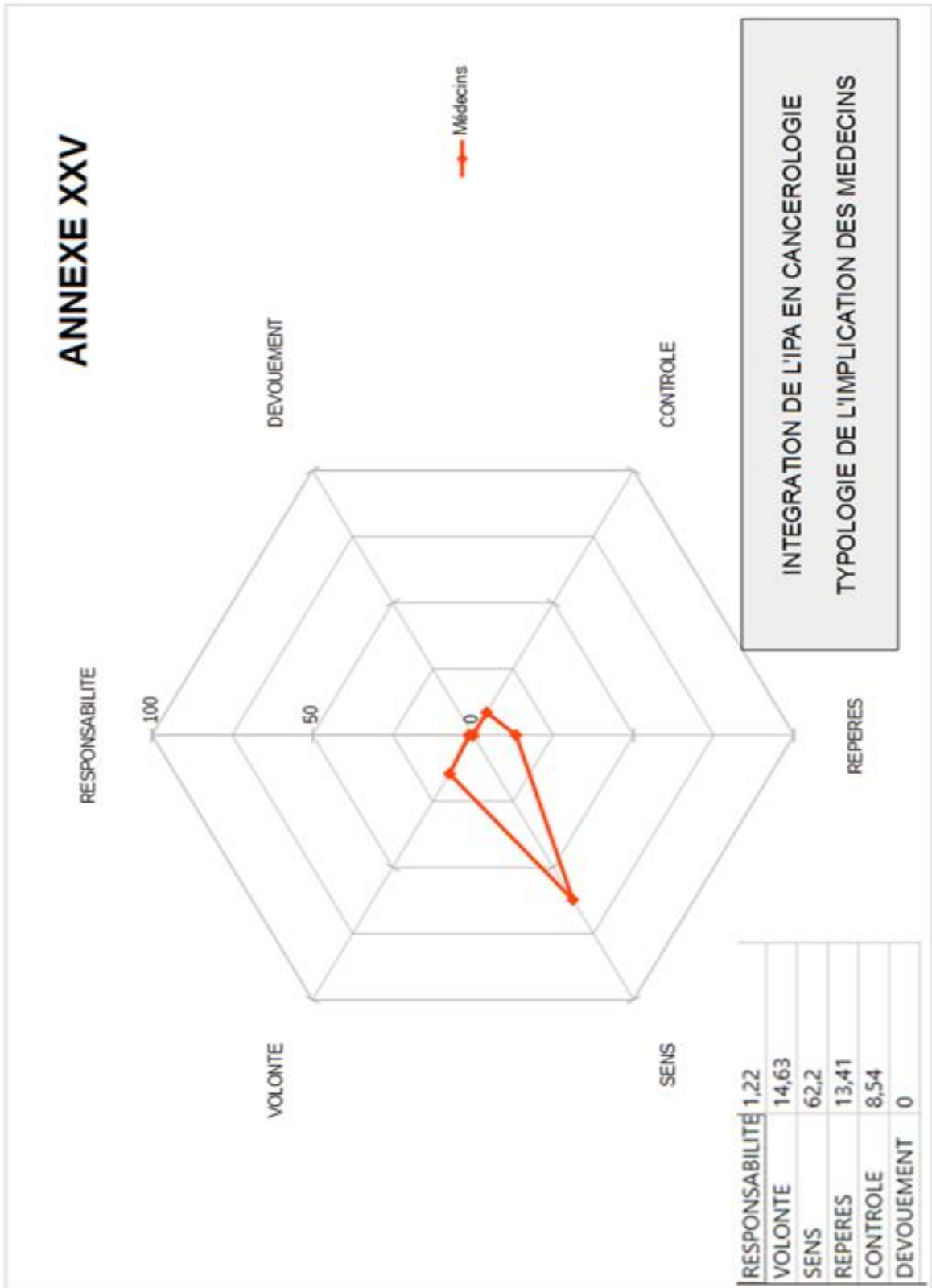
Typologie de l'implication de l'implication du groupe des infirmières



ANNEXE XXV

Intégration de l'IPA en cancérologie

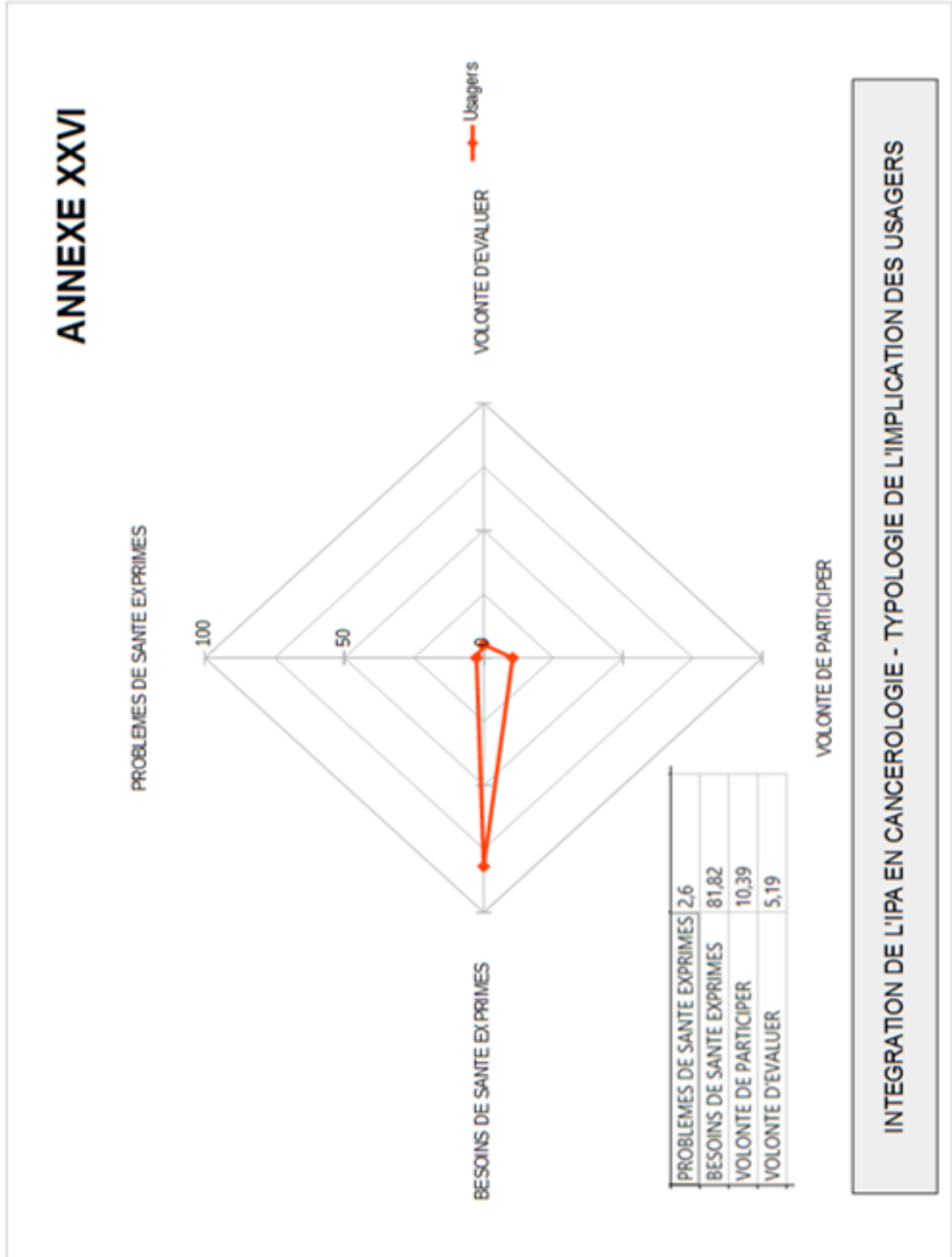
Typologie de l'implication de l'implication du groupe des médecins



ANNEXE XXVI

Intégration de l'IPA en cancérologie

Typologie de l'implication de l'implication du groupe des usagers



PETERS

Christophe

Décembre 2018

DIRECTEUR DES SOINS

Promotion 2018

Intégration professionnelle et sociale de l'infirmier(e) de pratique avancée en oncologie : *Stratégie du directeur des soins en institut.*

Résumé :

La pratique avancée (PA) en soins infirmiers est inscrite dans la Loi de Modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 (LMSS). La oncologie fait partie des spécialités ciblées par l'intégration de l'infirmier(e) en pratique avancée (IPA) pour la prise en charge des patients. La conduite de projets visant l'implantation de la PA relève du champ de compétences du directeur des soins. Le directeur d'institut a un rôle essentiel pour impulser cette transition de recours à l'IPA. Des axes menés de manière transversale avec le directeur des soins en établissement, dans la conduite globale du projet, permettent, à travers la formation des étudiants, d'accompagner l'appropriation du modèle de prise en charge par les professionnels et les usagers.

La promulgation des textes d'application de la LMSS, attendue lors de l'enquête, est corrélée à l'adhésion des médecins, infirmier(e)s et usagers du territoire. Ce préalable est d'autant plus prégnant que le consensus national, médical et paramédical, est incomplet. Dans cette conjoncture, la promulgation des textes d'application ne garantit pas, à elle seule, l'implication cohérente des professionnels et des patients.

L'approche conceptuelle de la représentation sociale, de la motivation et de l'implication des parties prenantes, permet d'orienter la stratégie de pilotage du directeur des soins en institut. La conduite d'entretiens et l'utilisation de la méthode des cooccurrences, l'usage de grilles d'interprétation des données, inspirées des travaux de Gagné et al., de Klein et al., de MIAS et de l'AHRQ, permettent d'établir des axes de vigilances que le directeur des soins en institut doit intégrer au projet d'implantation du nouveau métier.

Les préconisations s'orientent ainsi vers une stratégie intégrative, processuelle, centrée sur les besoins du patient, l'intérêt professionnel et la valorisation des compétences de chaque acteur pour susciter l'adhésion au projet d'implantation de l'IPA en oncologie.

Mots clés :

Stratégie, plan cancer, usager, métier intermédiaire, pratique avancée, infirmière, médecin, compétences, autonomie, représentations sociales, représentations professionnelles, motivation, implication, adhésion, besoins, transition, pilotage, directeur des soins.

L'École des Hautes Études en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.