

Nicolas MANZON
Promotion 2020-2023



Les protocoles = L'autonomie infirmier ?

UE 5.6 S6 Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

Rendu le : 30 mai 2023

Sous la direction de M^{me} BALLOIS Dorothée

Note aux lecteurs :

« Il s'agit d'un travail personnel et il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de ses auteurs ».

Remerciement :

Tout d'abord je tiens a remercier Madame Ballois Dorothée, formatrice a l'institut de formation en soin infirmier du GIPES d'Avignon qui m'a accompagné et soutenue en tant que directrice de mémoire. Je la remercie pour son écoute, ses conseils lors de la réalisations de mon travail de fin d'étude.

De plus je souhaite remercier les professionnels de santé :

Les infirmiers qui m'ont accordées de leurs temps pour pouvoir réalisées mes entretiens. Cet exercice a été très enrichissant.

Les formateurs pour leurs soutiens et leurs connaissances qu'ils ont su me transmettre durant ces trois années d'étude.

Enfin je tiens a remercié particulièrement mon épouse et mes enfants qui m'ont soutenues, encouragées, accompagnées, aider à réviser durant ces trois années d'études. Dans les mauvais moments comme dans les bons.

Sommaire

1	Introduction	1
2	Situation d'appel.....	1
2.1	Description de la situation	1
2.2	Analyse de la situation et questionnement.....	3
3	Question de départ.....	7
4	Cadre de référence	7
4.1	Les protocoles de soins	7
4.1.1	Exploration du champ lexical.....	7
4.1.2	Protocoles et réglementation professionnelle.....	11
4.1.3	Protocoles et organisation des soins.....	13
4.1.4	Protocoles et qualité des soins.....	14
4.2	L'autonomie professionnelle des infirmiers	16
4.2.1	Approche historique	16
4.2.2	Approche réglementaire	17
4.2.3	L'autonomie dans le métier infirmier.....	19
4.3	La relation singulière de soin.....	22
4.3.1	Le patient, un malade, acteur, partenaire.....	22
4.3.2	Le patient dans l'organisation des soins.....	23
4.3.3	La singularité au cœur de la relation soignant-soigné.....	24
4.4	Synthèse	26
5	Enquête exploratoire.....	27
5.1	Outil utilisé	27
5.2	Population choisie.....	27

5.3	Lieu d'investigation	28
5.4	Guide de l'outil	28
5.4.1	Entretiens	28
5.5	Grilles d'analyse	29
5.5.1	Entretiens	29
5.6	Analyse des entretiens	29
5.6.1	Analyse entretien par entretien	29
5.6.2	Analyse croisée des entretiens	35
5.7	Synthèse de l'enquête exploratoire	37
5.8	Limites de l'enquête.....	39
6	Problématique.....	40
7	Question de recherche	40
8	Conclusion.....	41
9	Bibliographie	42
10	Table des Annexes.....	44

1 Introduction

A ce jour dans la profession d'infirmière, nous devons mettre en place ou réalisé des protocoles. Durant notre exercice, dans n'importe quelle structure et service que se soit dans le soin somatique, psychique, libéral, infirmier scolaire ou en extrahospitalier. Ces protocoles vont permettre de sécuriser les soins. Assurer une qualité et une certification des soins au sein des institutions. Harmoniser les prises en charges et ce malgré les changements de personnel, ou de service. Par conséquent cela ma pousser a la réflexion de l'autonomie de l'infirmier. Tout au long de notre formation nous apprenons a réalise des démarches infirmier ce qui nous permet d'acquérir une certaine autonomie. Quid des protocoles pour laquelle il faut les réalisés car ils ont fait leur preuve. De plus face à cela prenons nous en compte la singularité du patient. Dans l'application des différents protocoles mis en place ? Dans un premier temps, je vais décrire la situation qui a fait naitre ma thématique et en ressortir ma question de départ. Dans un second temps, j'exposerai le cadre de référence que j'ai envisagé afin de s'approprier des notions pour favoriser la compréhension. Puis, pour confronter ma problématique avec le terrain, je décris l'enquête exploratoire choisie. Nous analyserons les différents entretiens, leurs interprétations et les résultats qui en ressortent. Pour conclure ce travail de fin d'étude, j'ai élaboré une problématique qui m'a mené à une question de recherche.

2 Situation d'appel

2.1 Description de la situation

Je suis étudiant infirmier en première année, j'effectue mon premier stage du semestre 2 durant 5 semaines dans un service de médecine.

Ma référente pédagogique, infirmière expérimentée, m'est présentée. Celle-ci encadre les étudiants en soins infirmiers depuis de nombreuse années ; je vais la nommer claire.

Le service dispose de 12 lits (chambre individuelle) de soins continus, de 3 lits en ambulatoire, de 4 lits en salle de surveillance post interventionnelle (SSPI) et de 10 lits en hôpital de semaine. La durée de séjour des patients varie entre quelques jours et quelques heures. L'équipe se compose de 3 infirmières diplômées d'état (IDE) et 3 aides-soignantes la journée et 2 infirmières la nuit. L'ensemble du personnel est en 12h.

Lors de mon deuxième jour de stage, je prends mon service à 7h. Je suis accueilli par l'infirmière référente des étudiants, Claire. Celle-ci s'avère bienveillante, prête à

m'accompagner durant mon stage. Elle est habituée et formée à l'encadrement des stagiaires et nous accompagne en prenant en compte nos objectifs, afin de nous aidez à les atteindre et à progresser dans nos apprentissages.

Durant la prise de service elle m'indique le secteur que nous devons prendre en charge tout au long de la journée. Alors que nous faisons le tour des chambres des patients aux alentours de 12h ; nous observons une agitation anormale dans le service.

Une aide-soignante a pris le chariot d'urgence dans le poste infirmier et se dirige rapidement vers la chambre d'un patient de l'autre secteur. A l'entrée de la chambre de ce patient se trouve une colonne avec le matériel nécessaire à l'isolement des patients atteints de la pathologie liée au coronavirus 19 (COVID 19). Cela signifie que le patient a été testé positif à la COVID. Avec Claire, nous nous y rendons aussitôt pour proposer notre aide. Lorsque je me présente devant la chambre, je vois un homme d'environ 85 ans dans son lit, inanimé, en arrêt cardiorespiratoire.

Une infirmière (je vais la nommer Gaëlle) réalise les insufflations avec un ballon auto-remplisseur à valve unidirectionnelle (BAVU) tandis qu'une autre infirmière que je vais nommer Caroline pratique un massage cardiaque. Je suis étonné de voir que Caroline porte un masque Filtering Face Piece 2 (FFP2) alors que l'autre soignante porte seulement un masque chirurgical ; le FFP2 étant le masque recommandé dans les soins rapprochés avec un patient atteint de COVID19.

J'échange alors avec Claire qui m'accompagne et avec son accord, je reste en renfort. De part mes différentes expériences professionnelles, je sais qu'une réanimation est une pratique fatigante, pouvant durer dans le temps et qu'il est indispensable de rester efficace dans ses gestes. En effet, je suis ambulancier SMUR depuis plus de 10 ans, formateur aux gestes et soins d'urgence (AFGSU), formateur de prise en charge de l'arrêt cardio-respiratoire en simulation, sapeur-pompier volontaire depuis 20 ans.

Je revêts les équipements de protection préconisés : sur-chaussures, blouse, gants, masque FFP2, lunettes, charlotte. Cela me prend quelques minutes de mettre ces équipements de protection individuelle (EPI). Puis, je pénètre dans la chambre du patient. Je prends le relai du massage cardiaque ce qui permet à l'infirmière de se libérer pour préparer une voie veineuse périphérique et des ampoules d'adrénaline. Nous alternons avec l'infirmière qui assure les insufflations au rythme de 30 compressions /2 insufflations. L'interne et le médecin de garde

se présentent dans la chambre du patient avec un masque chirurgical chacun comme unique moyen de protection. Nous réalisons pendant environ 30 minutes la réanimation cardio-pulmonaire avec tous les gestes et matériels nécessaires : Administration des drogues, massage cardiaque, insufflations avec administration d'oxygène à 15l/minute, pose de canule de guedel, pose du Défibrillateur Semi-automatique DSA, pose d'électrodes pour une surveillance de l'activité cardiaque instantanée, et matériel d'aspiration murale. Une aide-soignante se situe en permanence à l'entrée de la chambre si besoin d'aide (apport de renfort, matériel etc...). Au bout de 30 minutes, en l'absence de récupération d'une activité cardiaque efficace, le médecin décide d'arrêter la réanimation et déclare le patient décédé.

2.2 Analyse de la situation et questionnement

Ma première impression, en regard de cette prise en charge, est de m'être senti relativement à l'aise dans les gestes techniques requis dans la situation. Je n'ai pas été submergé par mes émotions susceptibles d'altérer l'efficacité de la prise en charge. Cette situation m'a aidé à gagner la confiance de l'équipe plus rapidement et aussi à prendre confiance en moi.

Malgré tout, dans cette situation, j'ai été frustré d'avoir à prendre beaucoup de temps à m'équiper avec le matériel de protection COVID. J'ai eu l'impression ne pas pouvoir intervenir assez rapidement et donc de perdre en efficacité, parce que l'on sait que chaque minute d'une réanimation d'urgence vitale est primordiale. La conduite à tenir et les premiers gestes de secours à réaliser en cas d'arrêt cardio-respiratoire sont codifiés et protocolisés depuis de nombreuses années, ils émanent d'études scientifiques reconnues et partagées de nos jours.

Néanmoins, dans la situation présente je me suis demandé si ce laps de « temps perdu » à m'habiller n'était pas délétère au regard de l'objectif de récupération du patient sans séquelles ou du moins avec le moins de séquelles possibles.

Par ailleurs, je sais aussi la nécessité de devoir se protéger du risque de contamination en tant que soignant.

J'ai été interpellé, dans la situation présente, par le fait que certains professionnels étaient équipés d'un simple masque chirurgical alors que le protocole prévoit un masque FFP2, et un habillage de protection complet.

Cela m'amène à m'interroger sur la pratique infirmier et l'obligation de respecter les

protocoles. Est-ce discutable ? Y a-t-il des situations de soins qui autorisent de déroger à cette règle ?

Pourquoi une infirmière, d'une vingtaine d'années d'expérience, n'applique t'elle pas les préconisations ? A-t-elle eu le temps d'analyser la situation dans son ensemble ? On peut se demander si c'était par inattention, fatigue, stress dans ce contexte d'urgence vitale ? Connait-elle le protocole et les risques qu'elle prend, pour elle même et pour les autres, à ne pas porter de masque FFP2 ? La situation d'urgence a peut-être joué sur le fait de ne pas mettre tous les équipements afin de mettre plus rapidement ses compétences au service du patient ?

En effet, dans la situation, il faut s'équiper avant d'intervenir auprès du patient, et cela implique une augmentation du délai d'intervention de l'équipe. Je me questionne sur le fait que cela puisse ou non diminuer les chances de survie du patient ou augmenter ses séquelles, si la prise en charge est retardée de quelques minutes.

D'une manière générale, les protocoles de soins permettent d'intervenir dans un cadre sécurisé dans l'intérêt du patient. Ils aident les professionnels de santé dans leur prise en charge. Ils ont un aspect normatif, d'uniformisation et d'harmonisation des pratiques de soins, dans une démarche de qualité des soins et de gestion des risques. Cela peut donc avoir un coté rassurant pour le soignant et les usagers. De ce fait, ils contribuent à la continuité des soins dans un contexte sécurisé. Ils entrent dans le cadre de la certification des bonnes pratiques des établissements de santé. Face à la difficulté de maintenir ou de recruter du personnel soignant et médical, les protocoles participent à une exigence de qualité des bonnes pratiques, en formalisant et harmonisant les pratiques de soins.

Dans cette situation, la conduite à tenir semble à première vue évidente. Le patient est inconscient en arrêt cardio-respiratoire, il n'y a aucun échange verbal ni physique possible entre le patient et le soignant. Pratiquer les gestes techniques requis paraît simple. Appliquer le protocole semble chose aisé. Cela m'amène à me demander s'il est toujours cohérent pour le soignant d'appliquer le protocole ? Un protocole est il applicable à toutes les situations de soin ? Dans la situation présente, mettre en œuvre ce protocole d'habillement et d'isolement a t il réduit les chances de survie du patient ?

Cela m'amène à me questionner sur d'autres situations de soin. Prenons l'exemple d'un patient conscient, dont l'état de santé se dégrade rapidement, et pour lequel des gestes invasifs techniques (par exemple : pose d'une voie veineuse périphérique, avec un soluté X et

branchement immédiat d'un médicament Y à administrer au pousse seringue électrique a une concentration donnée, une posologie donnée et telle vitesse) sont requis sur protocole pour améliorer au plus vite son état. Sachant qu'un protocole de soin existe, l'infirmier doit-il immédiatement le mettre en place, sans tenir compte de l'avis et du souhait du patient ? Peut-il et doit-il prendre le temps d'expliquer au patient et attendre sa décision, sachant que le protocole doit être appliqué le plus rapidement possible pour une efficacité optimale. Nous sommes ici confrontés au devoir de mettre en œuvre un protocole tout en respectant le droit à l'information et la recherche du consentement qui sont chronophage. Je pense que nous devons une écoute bienveillante du soignant à chacun des patients dont nous nous occupons, de manière individuelle et singulière ? Le soin est-il avant tout une relation entre un être rendu vulnérable par la maladie et un soignant formé à accompagner cette personne dans son parcours de soin ? Cette vulnérabilité de l'être malade réduit « son pouvoir d'agir ». (CF G. Canguilhem – Le normal et le pathologique)

Je pense d'autre part aux protocoles d'isolement des patients et résidents, mis en place en temps de COVID, en particulier des personnes âgées en institution. Ces protocoles, mis en place dans les établissements de soins ou de vie se voulaient protecteurs des populations vulnérables face à la contamination grave par la Covid. Il est apparu dans un deuxième temps, que cet isolement avait eu un impact social et psychique négatif sur les patients et résidents. En effet, privés de lien social et de visites, nombre d'entre eux auraient perdu tout élan vital. Fallait-il s'autoriser à ne pas appliquer un tel protocole pour le cas de patients totalement isolés ? Était-il envisageable d'agir au cas par cas sans risquer de nuire au respect des bonnes pratiques de soin ? Quels critères adopter pour agir de façon singulière auprès de chacun des patients, tout en restant dans le cadre institutionnel et le respect de la sécurité des soins ? Le cadre de référence des protocoles d'hygiène et de protection en vigueur en France aujourd'hui est scientifiquement professionnel. Ces protocoles sont proposés et diffusés par des instances scientifiques telles que la Haute Autorité de Santé (HAS) et le Comité National de Lutte contre les Infections Nosocomiales.

Les métiers du soin évoluent au grès des progrès de la science, de la technique, de la connaissance de l'Homme et de la société. La nécessaire sécurisation des soins est une des grandes avancées des dernières décennies. Nous assistons à une uniformisation des pratiques, déclarées alors bonnes pratiques car testées, reconnues et validées scientifiquement ou professionnellement, et donc pouvant être généralisées à tous, pour une égalité d'accès au

« meilleur » soin. La multiplication des protocoles et procédures dans le soin relève de cette réalité.

Toutefois, je m'interroge sur le fait que les protocoles ne limitent t'ils pas l'autonomie de l'infirmier dans sa pratique ? N'y a-t-il pas des situations particulières qui nécessitent parfois une intervention singulière ? Je me réfère à l'exemple ci dessus des protocoles d'isolement en période COVID chez des résidents isolés et en rupture de tout lien social. Des soignants, voire des institutions, des familles, des résidents et patients bien-sur et en premier lieu, ont manifesté leurs désapprobations, malgré cela, ces procédures n'ont pas été allégées. Il aura fallu attendre le deuxième confinement pour que des mesures, parfois, soient prises en ce sens. Cette nécessité de respecter les protocoles, est renforcée par le fait que nous sommes dans une société de plus en plus procédurière. Il semble donc difficile, pour un soignant, de s'autoriser à déroger à la règle.

Et pourtant, depuis que j'ai entamé mes études d'infirmier, j'entends lors de mes stages et de mes rencontres avec des soignants, un discours nuancé à propos d'une forme de « protocolisation » du soin, ressenti comme une contrainte réduisant la réflexion dans la pratique infirmière.

Ces propos ne sont sans doute pas étrangers à mon questionnement actuel et à l'intérêt que je porte à cette question, jusqu'à en faire l'objet d'étude de mon travail de fin d'études.

Il existe toujours plus de protocoles et procédures dans l'activité infirmière et soignante. A force de devoir appliquer ces protocoles existants, pour toujours plus de situations, qu'en est-il de la capacité du soignant à réfléchir et décider de ses actes de soins ? Cela entame t'il sa capacité d'analyse des situations de soins ? En tant qu'infirmier nous sommes tous formé au raisonnement clinique. Aux vues de l'obligation de respecter ces protocoles mis en place, je me demande quelle place est laissée au raisonnement clinique de l'infirmier et à sa part d'autonomie. S'il apparaît que le cadre des protocoles puisse rassurer le jeune infirmier débutant ou inexpérimenté, est-il aussi nécessaire à l'infirmier confirmé, expérimenté ? D'autre part on peut se demander si son autonomie est restreinte ? Quel sens peut-il donner à son travail ? Ne risque-t-il pas de réduire sa fonction à une application stricto sensu d'une conduite à tenir formalisée, sans aucune marge de manœuvre possible ?

Les protocoles ne risquent ils pas de « prendre le pas » sur la relation soignant – soigné singulière qu'entretient le soignant avec chacun des patients dont il s'occupe ?

Pour être appliqués de façon cohérente et efficace, les protocoles doivent être maîtrisés par le soignant d'un point de vue technique, connaissances, compétences. Malgré le cadre généralisant et uniformisant qu'il impose, est-il possible d'appliquer les protocoles tout en individualisant la manière de le mettre en œuvre dans notre pratique du soin ? Est-il possible d'aider le patient à se sentir considéré à travers un positionnement professionnel singulier, basé sur l'écoute et la relation, tout en restant dans le respect du protocole ? Rassurer le patient, répondre à ses interrogations en formulant des explications, n'est-il pas essentiel pour l'aider à donner du sens à son propre vécu ? L'obligation du respect du protocole nous permet-il de répondre aux attentes du patient ?

Parvenir à répondre aux attentes du patient, ne demande t'il pas une analyse et une évaluation efficace de la situation de soin en amont ? Il me paraît indispensable d'allier la technicité du soin à l'écoute du patient. N'est-il pas essentiel de pouvoir recueillir toutes les informations nécessaires concernant le patient à travers un échange basé sur l'écoute ? La singularité de la situation de soin requiert une adaptation constante du soignant au patient. Comment allier cette nécessaire adaptabilité du soignant au cadre rigoureux et stricte du protocole ?

3 Question de départ

L'analyse de cette situation m'amène à proposer la question de départ suivante :

En quoi l'utilisation d'un protocole limite t'elle l'autonomie de l'infirmier et le respect de la singularité du patient ?

C'est à partir de ce point de départ, que je souhaite construire ma réflexion en suivant ce fil conducteur, moteur de mon questionnement émergent.

4 Cadre de référence

En lien avec notre question de recherche, il me paraît pertinent d'orienter mes recherches autour de trois axes : Eclairer le champ lexical du terme protocole, appréhender la question de l'autonomie de l'infirmier, et enfin, interroger la relation au patient au regard du concept de la singularité.

4.1 Les protocoles de soins

4.1.1 Exploration du champ lexical.

➤ Protocole :

Au sens étymologique et historique, le protocole relève de « *ce qui est collé en premier* » au sens de « *registre authentique* », « *acte original* », d'après le dictionnaire du Centre National de Ressources Textuelles et lexicales (CNRTL).

Plus tard, il s'entend comme une convention entre des parties, une règle ou un règlement, un traité, un accord, voire même un procès-verbal.

Aujourd'hui, le mot renvoie à des sens pluriels.

Dans la société ou dans des relations officielles, il décrit un ensemble de règles et d'usages à observer.

Un protocole d'accord relève du contrat entre plusieurs parties à la suite de négociations.

Au plus près de nous, il est « *une instruction précise et détaillée mentionnant toutes les opérations à effectuer dans un certain ordre ainsi que les principes fondamentaux à respecter pour exécuter une opération, réaliser une expérience* ».

Le mot convoque trois données communes : notification écrite, notion de règle au sens de loi et enfin, qui fait consensus, au sens de collectif. Il s'agit donc d'un document écrit, pour un ensemble de personnes, une communauté, et qui a valeur de règle à suivre, de ligne de conduite pour toute la communauté.

La Haute Autorité de Santé (HAS) édite et diffuse des protocoles de soins, des protocoles nationaux de diagnostic et de soins (PNDS), des protocoles cliniques, appelés également guides ou recommandations de bonnes pratiques à l'usage des professionnels médicaux et paramédicaux des établissements de santé. C'est une de ses trois missions : Proposer des recommandations de bonnes pratiques dans le respect d'une rigueur scientifique, dans le but de contribuer à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

« *Le protocole est un guide d'application des procédures, centré sur une cible (groupe, communauté, population), présenté sous forme synthétique, élaboré selon une méthodologie précise* ». (Guide du service infirmier no 4). « *Le protocole est un descriptif de techniques à appliquer et/ou de consignes à observer* ». Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). Il est considéré comme un référentiel puisqu'il indique le standard de soins, la norme optimale de qualité à atteindre. Un protocole opératoire est « un compte rendu écrit de toutes les étapes d'une opération », réalisé à postériori.

En synthèse, nous pouvons dire qu'un protocole est un référentiel, un guide de l'action, une aide donc, qui peut s'avérer d'autant plus utile que l'utilisateur (le soignant, l'étudiant, le stagiaire...) est novice ou débutant dans l'activité. Il est écrit selon une méthodologie définie, contextualisée, de type descriptif, synthétique, à destination d'un groupe cible. De fait, il s'impose au public auquel il est destiné, comme la règle à suivre.

Il convient de définir d'autres termes.

➤ Procédure :

« Dans le cadre d'une démarche qualité, la procédure est la manière spécifiée d'accomplir une activité ». (Norme ISO 9000 ; 2000). La procédure décrit la manière d'accomplir l'action. Elle comporte l'objet et le domaine d'application de l'activité, l'intervenant, la manière de faire, le matériel utilisé et la façon dont est maîtrisée et enregistrée l'action. Elle a un caractère opératoire, technique, descriptif, d'aide à l'action.

Il convient de distinguer le protocole de la procédure : « Le protocole est un guide d'application des procédures, centré sur une cible (groupe, communauté, population), présenté sous forme synthétique, élaboré selon une méthodologie précise ». (Guide du service infirmier no 4).

➤ Fiche technique

« La fiche technique est la description méthodique et chronologique des opérations successives à effectuer pour la réalisation d'une tâche, d'un acte de soins. Elle doit être validée, remise à jour périodiquement et lors de chaque évolution technique, scientifique, législative ». (BO92-13bis, Ministère de la Santé) La fiche technique décrit dans le détail un soin. Elle est centrée sur la personne soignée. Elle comporte la définition du soin, les objectifs spécifiques incluant si possibles des objectifs pédagogiques destinés au patient, la description du matériel requis, les précautions et la technique proprement dite du soin. La fiche technique est de portée restreinte dans la mesure où elle concerne un objet très précis, elle est centrée sur une tâche. Elle peut être un élément du protocole, et contient une partie procédurale.

➤ Procédures Opérationnelles Standardisées (POS)

La Société de Réanimation de Langue Française fait usage du mot le terme POS. Le Dr MISSET, secrétaire de cette société savante nous en donne une définition : « POS, c'est pareil

que procédure ou protocole, et c'est différent de recommandations. C'est à dire que c'est un référentiel interne, élaboré par les professionnels qui l'utilisent, de façon à ce qu'il rende utilisable les recommandations et autres référentiels externes, car ceux-ci sont à la fois indigestes, globaux, et non adaptés aux caractéristiques locales culturelles, historiques, matérielles, épidémiologiques. La distinction entre procédure et protocole est trop subtile pour moi et pas pragmatique. De mon point de vue de professionnel de terrain, je n'ai besoin que d'un seul terme pour procédure, protocole et POS ». On peut remarquer que l'auteur tente de simplifier la compréhension des différents termes. Pour lui, protocole ou procédure, c'est la même chose. En même temps, n'en modifie-t-il pas le sens ? Il classe les différents termes en deux grandes catégories : ceux qui relèvent d'une formalisation interne et les autres, d'une formalisation externe.

Les documents élaborés par des sociétés savantes, des comités d'experts scientifiques, à dimension nationale ou internationale relèvent d'une formalisation externe, et s'appliquent à tous les soignants. *« Ils disent l'art et l'état de la science ».*

Ceux qui relèvent d'une formalisation interne, seraient une déclinaison « locale », conceptualisée à un service de soin par exemple, une structure de soins, un groupe de professionnels dans un lieu de soin précis.

➤ Recommandations de bonnes pratiques (RBP)

Dans le domaine médical et des soins, les recommandations de bonnes pratiques sont éditées par des sociétés savantes de médecine (par exemple la société savante d'anesthésie réanimation (SFAR), par la Haute Autorité de Santé, des comités scientifiques médicaux (par exemple le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales CLIN). D'après l'HAS, *« Elles reflètent le consensus autour de l'art et des connaissances à un moment donné ».* Elles s'inscrivent dans une démarche d'amélioration continue de la qualité et représentent un levier pour les organisations afin de proposer le meilleur accompagnement dans un cadre donné. Elles sont fondées sur un trio d'expertises scientifiques, professionnelles et expérientielles à partir d'une méthodologie rigoureuse, d'une synthèse approfondie de la littérature, de l'état des pratiques en cours, et des attentes et savoirs des personnes concernées. L'HAS précise ce qu'elles sont dans une note récente de cadrage de 2022 : *« Propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ».* Dans cette note, L'HAS précise la

nécessité impérieuse d'actualiser « *les recommandations de bonnes pratiques à l'acquisition de nouvelles données significatives* ». Ce qui vaut tout autant pour tout outil et support de soin, que l'on parle de protocole, de procédure ou autres.

Quelle différence y a-t-il avec la conférence de consensus ?

➤ Conférence de consensus

Elle se distingue des recommandations de bonnes pratiques par sa méthode. Tandis que ces dernières s'élaborent à partir de groupes de travail, sur des temps de réunions successifs, la conférence de consensus consiste en : « *une présentation publique de rapports d'experts faisant la synthèse des connaissances* ». La revue critique de la littérature sur le thème, plus circonscrit en général que celui des recommandations aboutit à répondre à des questions préalables, par groupes d'experts. Les idées sont débattues de manière démocratique, chacun exposant ses données scientifiques et son point de vue. Pour qu'in fine, un comité scientifique jury valide « *les recommandations à huit clos, de la manière la plus indépendante et la plus objective possible, en distinguant ce qui relève de la preuve scientifique, de la présomption et de la pratique usuelle* ».

L'objectif visé, en détaillant ci dessus les différents éléments d'un même discours, était de pouvoir en simplifier la compréhension, mais nous voyons bien que cela n'est finalement pas si évident. Dans ma pratique d'étudiant en soins infirmiers, j'ai pu observer que ce qui est défini ici comme étant une fiche technique et souvent nommé protocole. Je me demande même si nous n'avons pas tendance, dans nos métiers du soin à l'hôpital, à appeler et intituler protocole tout document écrit formalisant une technique de soin précise, mentionnant l'intervenant, le matériel nécessaire et le déroulement de l'action ?

Quand est-il du point de vue réglementaire ?

4.1.2 Protocoles et réglementation professionnelle.

Le décret 2004-802 2004-07-29 du Code de la Santé Publique relatif à l'exercice de la profession d'infirmier légifère la place des protocoles dans l'activité infirmière.

L'article R4311-14 stipule : « *En l'absence d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés, signés par le médecin responsable.* »

Le protocole, s'il est daté et signé par le médecin, vaut pour prescription médicale pour l'infirmier. Dans ce cas, comme toute prescription médicale, il s'impose à l'infirmier, et engage sa responsabilité professionnelle. On retrouve ce même cas de figure dans l'article R4311-2, par lequel l'infirmier contribue : « *à la mise en œuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs* ».

Mme Marie pierre Bizet (cadre de santé) propose une classification des types de protocoles. Elle classe, à part, les protocoles qui relèvent de l'urgence, et qui permettent à l'infirmier d'engager, sans attendre l'arrivée d'un médecin, des gestes de sauvetage et de survie, dont la procédure est décrite dans ces protocoles écrits, datés et signés par un médecin au préalable. Elle identifie ensuite les protocoles qui relèvent de la prescription médicale, en trois catégories : Ceux qui concernent une même situation applicable à plusieurs patients (protocoles de préparation per-opératoire en fonction de la chirurgie), puis ceux qui représentent « *un moyen* » d'action de l'infirmier face à un problème que celui ci aura identifié (protocole d'analgésie par exemple). Enfin, elle identifie une troisième catégorie « *qui sert de base pour établir une prescription plus élaborée, adaptée à un malade donné* », (un protocole de chimiothérapie par exemple). L'autrice, enfin, décrit d'autres catégories de protocoles :

- Les protocoles de préparation aux examens.
- Les protocoles de soins techniques.
- Les protocoles de soins d'hygiène.
- Les protocoles de soins éducatifs.
- Les protocoles de soins relationnels.

Il faut entendre les protocoles de types « *accueil des patients* » - « *sortie des patients* ». Mme Bizet concède que l'intitulé de cette catégorie n'est peut-être pas très pertinent. En effet, je conçois que le soin est, de fait, relationnel avant tout, car il relie le soignant au patient. Il ne peut en être autrement.

Les protocoles relatifs à des situations particulières. Dans le descriptif qu'en fait l'autrice, cette catégorie ressemble à un ensemble assez peu homogène de « *conduites à tenir* », « *démarches administratives* », et qui, par ailleurs, représente la « *mémoire* » de l'infirmier en

l'absence du cadre de santé par exemple.

Nous faisons donc le constat qu'un protocole revêt une réalité à multiples facettes. Le dénominateur commun semble être qu'il est, toujours, un document formalisé relatif à une pratique de soin, et/ou médicale, sous la forme d'une conduite à tenir, et qu'il s'adresse à un groupe donné.

4.1.3 Protocoles et organisation des soins.

Puisqu'un protocole est un document écrit qui formalise une pratique, un soin, une prescription médicale à destination d'un groupe ciblé, il contribue de ce fait à organiser de près ou de loin les soins. Il est devenu un élément incontournable de l'organisation des soins.

Depuis 2011, il existe des protocoles pluri professionnels de soins de premier recours (PPSPR), initiés par la Haute Autorité de Santé, qui les définit comme des « *schémas d'une prise en charge optimale par une équipe pluri professionnelles* ». Leurs objectifs sont de faciliter le travail en équipe au niveau local ou territorial, harmoniser les pratiques et faciliter l'appropriation par tous des bonnes pratiques, améliorer le lien entre les soins de premier et de deuxième recours. On peut prendre en exemple : « *HTA : Conduite à tenir devant une découverte fortuite d'une pression artérielle élevée par un professionnel de santé* ».

La loi de transformation du système de santé du 24 Juillet 2019 a défini des protocoles de coopération entre professionnels de santé, protocoles nationaux et locaux. Leur but est d'élargir l'offre de soins, réduire les délais d'accès à une prise en charge et donc de faciliter le parcours de santé du patient. La conséquence visée en est de mieux organiser les soins, dans un contexte actuel de réduction de l'offre, avec deux années de crise sanitaire Covid notamment. Il s'agit d'une pratique encadrée dont les lieux d'exercices sont statués par arrêté ministériel. Ils s'adressent aussi bien aux professionnels libéraux qu'aux équipes des établissements de soins. Ils sont mis à la disposition de ces professionnels qui le souhaitent par le ministère de la santé et de la prévention qui les incite à les mettre en œuvre sur le terrain. Il s'agit d'activités dérogatoires qui développent des modes d'intervention de soins réorganisés pour élargir et faciliter l'offre de soin. Prenons un exemple de protocole parmi les protocoles autorisés en établissements de santé, en MCO et spécialités : Le protocole transfert de compétence pose de voie veineuse centrale par l'infirmier - Profession du délégant : médecin - profession du délégué : infirmier. Il s'agit d'une pratique strictement encadrée, qui doit pouvoir se justifier concrètement par une prise en charge des patients plus rapide et

efficace et par une optimisation des compétences de l'équipe.

A l'échelle plus restreinte d'un service, d'une unité, voire d'un établissement, des protocoles existent pour organiser les soins dans un contexte et un lieu de soin précis. Ils définissent l'ordre de déploiement des soins, qui fait quoi, et permettent de formaliser comment se coordonnent les soins.

Les deux médecins réanimateurs F. Michel et C. Martin, dans leur communication au congrès de Mise Au Point en Anesthésie Réanimation (MAPAR de 2008), confirment que les protocoles ont pour « *but de faciliter l'organisation des soins, leur qualité et la sécurité des patients* », mais qu'ils ont des limites, en particulier, de ne pouvoir, à eux seuls, garantir La Qualité des soins.

Quelque soit le type de protocole visé, aussi différent soit-il, il existe un fil conducteur qui vise l'amélioration de la qualité du soin dispensé ? Dans le paragraphe suivant, il est

4.1.4 Protocoles et qualité des soins.

Le protocole est un outil de la démarche qualité et de la gestion des risques. Il vise l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

Il recense des données scientifiques et/ou professionnelles, des recommandations de bonnes pratiques. Elles ont pour objet d'être partagées au plus grand nombre, afin d'harmoniser les soins et conduites à tenir, d'appliquer le « *meilleur soin* », dans un souci d'égalité d'accès de chacun au « *meilleur soin* ». L'amélioration continue de la qualité passe par la formalisation des pratiques en même temps que leur harmonisation. Et les protocoles relèvent de cette formalisation des pratiques. L'harmonisation s'entend au sens d'unification des pratiques, dès lors que le « *meilleur soin* » a été défini comme l'élément de référence.

Il renvoie forcément à la règle à suivre, et donc à la norme du soin. Sachant que l'étymologie de « *norme* » vient du latin *norma* qui signifie équerre et, au sens figuré règle, modèle, il y existe bien une racine commune entre les deux mots.

Le pilier central de la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins est l'accréditation des établissements de santé publics et privés, lancée dès 1996 et qui a démarrée en 1999, sous les hospices de l'ANAES, absorbée par l'HAS en 2004. C'est d'ailleurs à cette date que l'on passe à la « *certification* » des établissements de santé, et qu'on ne parle plus d' « *accréditation* ». Il s'agit d'une démarche obligatoire d'évaluation externe,

par des experts visiteurs, visant à identifier et à maîtriser les risques, pour une prise en charge toujours plus sûre des patients, à partir de critères et d'indicateurs consignés dans un manuel de certification, produits par l'HAS. La traçabilité des données est un élément essentiel de la gestion des risques car elle permet de consigner tout ce qui a été réellement fait, sachant que l'on a coutume de dire entre soignants que tout ce qui n'est pas écrit, n'est pas fait. Elle permet en effet de s'assurer que le soin a bien été réalisé, car tracé, ou au contraire pas fait, si rien n'est écrit, dans un souci de continuité des soins. Cette obligation de tracer nos actes a alourdi considérablement la charge de travail dite « administrative » des soignants, qui, souvent, s'en plaignent.

Mr Loriol, chercheur au centre national de la recherche scientifique (CNRS), et auteur d'une grande enquête européenne sur la santé et la satisfaction des soignants au travail en France et en Europe - PRESST NEXT - sortie en 2006, précise que ce travail de formalisation des actes soignants et médicaux a démarré bien plus tôt, dans le milieu des années 1980, dans une « tentative de codification et de normalisation » de l'activité de soins. Pour lui, cet effort de rationalisation visait à l'origine un objectif de maîtrise des dépenses hospitalières et un « meilleur chiffrage des coûts de production des soins ». « Le travail soignant devait être codifié, traduit en procédures et protocoles dont le respect aurait pu faire l'objet de traces écrites pour les rendre contrôlables, aussi bien d'un point de vue qualitatif que quantitatif ». Il semble que l'intérêt qualitatif et sécuritaire de la démarche ne soit pas l'unique objectif visé. Il n'empêche qu'aujourd'hui, la démarche de certification est bien ancrée dans les dispositifs de contrôle des établissements de santé, et fait l'objet de toute l'attention des personnels hospitaliers et de leurs encadrements, qui doivent mesurer leurs pratiques aux attendus du manuel de certification. Il ne fait plus de doutes que nous sommes bien dans un contexte de normalisation de nos pratiques de soins.

Ce qui renvoie à la norme s'entend comme quelque chose de l'ordre de la contrainte, d'une obligation. Contrainte qui peut être vécue comme une réduction de son champ d'action, de son pouvoir d'agir. Qu'en est il donc, dans ce contexte, de l'autonomie professionnelle de l'infirmier ?

Avant de passer au point suivant relatif à l'autonomie professionnelle de l'infirmier, il me paraît pertinent de proposer une synthèse des principaux éléments développés en amont.

Il semble souvent complexe de vouloir différencier scrupuleusement un protocole d'une

procédure ou d'une fiche technique dans notre quotidien de soignant. Il n'empêche que ces outils de formalisation des soins relèvent d'une même démarche d'amélioration continue de la qualité en place depuis plusieurs décennies dans nos établissements de santé, et ils tendent vers la normalisation des pratiques de soins dans un souci affiché de qualité et de sécurité des soins. Ces protocoles sont particulièrement utiles aux soignants novices ou débutants, ou au nouvel arrivant dans un service, ainsi qu'aux étudiants et stagiaires. Ils représentent des points de repères incontournables et une aide précieuse dans l'organisation et la réalisation des soins.

Toutefois, cette démarche de formalisation de notre pratique, pourtant initiée tôt et depuis de nombreuses années dans la formation des étudiants en soins infirmiers, ne me paraît pas faire l'unanimité dans la communauté soignante. En tant qu'étudiant en soins infirmiers, régulièrement en stage depuis près de 3 années, et bénéficiant d'une expérience professionnelle antérieure à l'hôpital, je constate et j'entend les soignants exprimer une insatisfaction liée à l'alourdissement des activités « annexes » au soin (administratives) au détriment du temps de soin passé auprès du patient, dans une relation directe. De même qu'ils disent ressentir une contrainte plus forte sur leurs épaules, au détriment d'une marge de manœuvre toujours plus réduite.

Cependant, on assiste à des transformations et des délégations dans l'attribution des actes de soins, liées au contexte actuel de perte d'attractivité des métiers du soin. Alors, qu'en est-il vraiment de notre autonomie professionnelle d'infirmier ?

4.2 L'autonomie professionnelle des infirmiers

Avant d'aborder la question de l'autonomie professionnelle des infirmiers, je m'attacherai à aborder l'approche historique et réglementaire de la profession.

4.2.1 Approche historique

La profession d'infirmier se structure avec l'avènement de la médicalisation. En effet, c'est au cours des vingt dernières années du XIX^{ème} siècle que l'on assiste à l'évolution d'un modèle religieux vers un modèle d'infirmier laïque et hygiéniste avec l'ère Pasteurienne. La laïcisation scelle le métier d'infirmier. Et ce faisant, l'hôpital perd sa fonction sociale et charitable d'accueil et de refuge des malades, des pauvres et des indigents pour une fonction thérapeutique.

Puis vient la création du premier diplôme d'état d'infirmier en 1922 en France. Mme Knibiehler Yvonne historienne et féministe française écrit dans son ouvrage sur l'histoire des

infirmières : « *Le corps médical souhaite s'entourer d'auxiliaires, féminines de préférence, formées de manière à seconder l'action thérapeutique sans jamais empiéter sur le pouvoir du médecin.* » Et plus loin : « *L'ordre scientifique se substitue à l'ordre religieux.* »

L'extrait qui suit illustre bien la fonction prescrite de l'infirmier, qui ne se décline alors qu'au féminin, ainsi que sa mission « *d'universelle consolatrice face à la souffrance* » : « *Les médecins ont bien conscience que la médecine Pasteurienne, devenue scientifique, objective, technicienne, n'assume pas toute la réalité de l'être qui souffre. Leur infirmière doit devenir un instrument perfectionné sans cesser d'être une femme compatissante.* »

Nous voyons bien dans ces propos le lien de subordination au pouvoir médical.

Le rôle propre de l'infirmier est créé en 1978 par la loi (n°78-615 du 31 mai 1978). Pour une grande partie de la communauté infirmière, il fait naître des espérances d'émancipation et d'autonomie professionnelle. Dans cet espace de soin délimité, l'infirmier décide de ses actes de soins sans prescription médicale préalable.

Pour des générations d'infirmiers formés, le rôle propre devient la zone d'autonomie professionnelle. Des auteurs enquêtent et se questionnent tel Mr Acker qui : « *note que certaines infirmières s'interrogent sur la pertinence de la place centrale du rôle propre pour rendre compte de leur professionnalité* ».

Comme le précise l'article R4311-3 du Décret n°2008-877 du 29 Aout 2008-art 1, relèvent du rôle propre : « *les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes* ». C'est dans ce cadre déterminé de soins, que « *l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires* ». C'est dans ce contexte que des protocoles de soins infirmiers peuvent être initiés par l'infirmier, en coopération avec les membres de l'équipe soignante. Quel lien peut-on faire avec une autonomie de décision ?

4.2.2 Approche réglementaire

La profession d'infirmier est réglementée, comme nous l'avons vu dans les précédents paragraphes. Elle est régie par des articles de lois et des décrets d'application relevant du Code de la Santé Publique, en particulier le Titre I. Afin de protéger les patients, harmoniser et sécuriser les soins, ces textes encadrent et ciblent les différentes missions, devoirs et obligations des infirmiers.

L'article R4311-1 du Décret n°2004-802 2004-07-29 précise : « *L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, ...* ». L'analyse dont il est question ici, requiert du raisonnement. Analyser c'est décomposer, disséquer au sens d'étudier avec précision et finesse. Il s'agit d'une opération mentale qui nécessite du discernement. Tout comme la capacité à organiser son activité, à structurer ses actions, les siennes propres et les siennes avec celles des autres, en coordination. Il apparaîtrait donc qu'on attend du professionnel infirmier une aptitude à penser le soin qu'il va mettre en œuvre, à l'anticiper pour pouvoir l'organiser, à réfléchir à la situation. L'évaluation des soins requiert également un esprit d'analyse, de jugement, d'observation et des connaissances sur les critères et indicateurs du « *bon soin* », puisque l'évaluation mesure l'écart avec la règle établie. Il me semble que ces capacités de jugement attendues relèvent d'une sorte d'autonomie dans la manière d'envisager le soin, de le construire. Il ne s'agit pas, ici, d'exécuter une tâche sans réfléchir, et de la reproduire encore et encore, comme dans le taylorisme.

Par ailleurs, l'Art R4311-8 stipule : « *L'infirmier ou l'infirmière est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers.* » L'infirmier est ici autorisé à « *entreprendre* » au sens d'initier des traitements antalgiques, ce qui suppose une capacité de raisonnement et d'analyse d'une situation de soin, selon le niveau de douleur du patient. Il est aussi autorisé à « *adapter* » au sens de moduler, ajuster au patient, les traitements antalgiques. Ce qui, là encore, suppose des capacités d'évaluation de la situation et de l'état clinique du patient ainsi que des connaissances en pharmacologie, en physiologie et en clinique.

Ces éléments cognitifs font écho au raisonnement clinique à l'origine de la démarche clinique, méthode de résolution de problèmes en soins infirmiers, enseignée dans les IFSI depuis plusieurs générations d'infirmiers. Elle fait l'objet d'une Unité d'Enseignement, l'UE 3.1 des semestres 1 et 2, et se poursuit par l'Unité d'Enseignement UE 3.2 Projet de soins infirmiers des semestres 2 et 3 conforme au référentiel Berger Levraut. Le raisonnement clinique fait appel à l'usage de « *stratégies cognitives pour analyser et interpréter des données de façon systématique, de générer des hypothèses et des alternatives de solutions pour résoudre un problème clinique* » Sarah Côté, Denise St-Cyr Tribble dans *Recherche En Soins Infirmiers* 2012/4 (n°111), pp 13-21.

Les étapes de la démarche clinique sont :

- Recueil des données
- Diagnostic infirmier (analyse des informations et identifications des problèmes et/ou risques de santé)
- Projet de soins :
- Planification des soins
- Interventions de soins
- Evaluation et réajustement.

Aux vues de ces éclairages historique et législatif nous pouvons nous demander comment l'infirmier combine t-il son souhait d'autonomie avec la réalité professionnelle ?

4.2.3 L'autonomie dans le métier infirmier

➤ Qu'entend-on par autonomie ?

Agatha Zielinski distingue l'indépendance (capacité de faire par soi même) de l'autonomie (capacité de vouloir par soi même). L'autonomie relèverait d'une « *auto-détermination* ». « *Il s'agit donc de pouvoir se diriger selon ses propres lois - de se gouverner soi-même - et non sous les lois dictées par un autre* ». Le lien que j'y trouve avec les protocoles est la liberté de choix à les mettre en œuvre ou non.

En tant qu'étudiant, l'utilisation au quotidien cette démarche de raisonnement clinique dans les situations de soins rencontrées, nous permet de progresser dans la rapidité avec laquelle nous appréhendons chaque situation de soin. Nous réfléchissons plus vite et mieux. C'est en tous cas les impressions et le retour que j'en ai de mes tuteurs de stage. Je sens bien que c'est grâce à cette méthode de raisonnement, que je gagne en confiance dans ma pratique et, du coup, en autonomie me semble t-il. J'ai la conviction qu'au gré de nos expériences professionnelles, nous progressons sans cesse.

L'exercice de la profession d'infirmier confronte quotidiennement le soignant à des situations de soins complexes, au cours desquelles il doit pouvoir faire rapidement et efficacement l'analyse de la situation, quelque soit le contexte, et être en capacité d'agir rapidement, de façon plus ou moins « brutale », afin de stabiliser l'état du patient, en attendant l'arrivée d'un médecin, par exemple. Il doit également pouvoir évaluer ses actes afin d'ajuster et réajuster en

permanence sa conduite à tenir en fonction des éléments évolutifs de la situation de soin. Il paraît évident que cela requiert une part d'autonomie quant à la prise de décision pour agir, ou non, et dans tel sens ou dans tel autre, ainsi que dans la priorisation de ses actions. Faire des choix c'est décider. Nous retrouvons le sens de l'autonomie défini par Mr Kant (philosophe) : « *Oser penser par toi même* ».

Mr P. Perrenoud (sociologue) dit que pour être autonome, il faut d'abord le vouloir, c'est une question de se sentir libre. Mais il dit aussi qu'il ne suffit pas de le vouloir, il convient de conquérir son autonomie. L'être humain est pris dans un maillage de relations sociales, culturelles, traditionnelles, réglementaires et organisationnelles qui l'assujettissent. Pour être autonome, Mr Perrenoud nous dit qu'il faut s'émanciper de ces règles, les transgresser ou bien les négocier pour des règles qui conviennent mieux. Il dit aussi que l'autonomie suppose la responsabilité, dont parfois, on ne veut pas. Il cite et reprend Zarifian (2001) pour qui : « *l'autonomie est une condition incontournable d'un déploiement de la compétence* », et cette dernière n'a de raison d'être que si l'individu dispose ou s'arrogue de marges de manœuvre dans sa décision et dans ses actions, ne pouvant se contenter d'appliquer uniquement des prescriptions. Et il fait le lien entre une autonomie au travail et la confiance donnée au le salarié. Pour que je sois autonome dans mon travail, il faut que j'aie d'abord confiance en moi, il convient aussi que la hiérarchie du travail me fasse confiance.

Donc pour Mr Perrenoud, une compétence confirmée est le préalable à une autonomie reconnue, cette dernière est requise pour permettre le développement d'une compétence. L'une n'allant donc pas sans l'autre.

Il décrit deux strates de compétences nécessaires au déploiement de l'autonomie au travail :

Les compétences de premier niveau correspondent à un niveau de base relatif aux diplômes, aux qualifications ou à l'expertise pratique reconnue, requis pour exercer l'activité.

Les compétences de deuxième niveau sont moins conceptualisées que les premières, de nature psychosociologique et représentent plutôt des sphères d'influence, liées à la connaissance d'un milieu et de ses codes, et qui relèvent davantage d'un niveau d'expert dans son activité. Mr Perrenoud dit « *qu'elles donnent la clé des champs* », au sens de champs sociaux c'est à dire d'univers ou de contextes sociaux, professionnels.

Enfin, Mr Perrenoud définit huit compétences qui autorisent l'acteur, l'infirmier dans notre cas, à créer et développer son autonomie professionnelle. A savoir, je le cite :

« *Savoir identifier, évaluer et faire valoir ses ressources, ses droits, ses limites et ses besoins. Savoir, individuellement ou en groupe, former et conduire des projets, développer des stratégies. Savoir analyser des situations, des relations, des champs de force de façon systémique. Savoir coopérer, agir en synergie, participer à un collectif, partager un leadership. Savoir construire et animer des organisations et des systèmes d'action collective de type démocratique. Savoir gérer et dépasser les conflits. Savoir jouer avec les règles, s'en servir, en élaborer. Savoir construire des ordres négociés par-delà les différences culturelles.* »

Si l'on se réfère aux 10 compétences que l'étudiant doit avoir validées et acquises pour l'obtention de son diplôme d'état en fin de ses études initiales, on voit bien qu'elles correspondent aux six premières compétences affichées par Mr Perrenoud.

Il s'agit des compétences de premier niveau d'après Mr Perrenoud. Peut-on en conclure qu'un infirmier débutant, tout juste diplômé, est en capacité « *théorique* » de pouvoir déjà déployer une part importante d'autonomie professionnelle ? Et peut-on dire que les deux dernières compétences, du deuxième niveau d'après Mr Perrenoud, feront l'objet d'un possible déploiement ultérieur, au gré du développement de ses compétences par l'expérience et sa pratique, ainsi que selon les marges de manœuvres laissées par l'organisation et l'institution desquelles il relève ?

En synthèse de ce chapitre concernant l'autonomie professionnelle de l'infirmier, il me semble pouvoir dire que les textes réglementaires de la profession, reconnaissent une autonomie professionnelle à l'infirmier. Si l'on s'en refait à Mr Perrenoud, il y a une part individuelle dans l'autonomie, elle est donc à construire par chacun, dans le respect du contexte réglementé de notre profession, et du lieu d'exercice, et elle est corrélée aux compétences acquises. Plus on est compétent, plus on devient potentiellement autonome. Pour Mrs F. Michel et C. Martin, « *le protocole est une aide au jugement et à la décision* », un support, un guide de l'agir, en cohérence avec les recommandations, « *mais il ne dégage pas l'infirmière de sa responsabilité* », et les auteurs confirment que d'après leur expérience, en réanimation, les protocoles de soins concourent, dans certaines situations de soins, à l'autonomisation des infirmiers. Ces auteurs disent que lorsque l'infirmière dirige seule le sevrage selon un protocole médical précis, la durée de ventilation des patients et leur durée de séjour en réanimation sont diminués, par rapport à un sevrage pour lequel les médecins sont

entièrement et exclusivement responsables. Les auteurs l'argumentent par le fait de la présence constante de l'infirmière de réanimation auprès du patient et de sa surveillance rapprochée. Ce qui fait dire à ces praticiens expérimentés qu'un protocole (en réanimation) permet « *d'autonomiser l'infirmier dans certaines situations* ».

Nous remarquons que l'infirmier dispose d'une autonomie professionnelle reconnue, mais qui est variable selon le niveau de compétences acquis et le contexte de travail. Les protocoles découlent d'une démarche de formalisation dans le but d'améliorer la qualité et la sécurité des soins. Permettent-ils de maintenir une relation de soin individualisée, personnalisée à chacun de nos patients, quand les outils de soins proposés sont de nature collective ?

4.3 La relation singulière de soin

4.3.1 Le patient, un malade, acteur, partenaire

L'Homme souffrant fut tout d'abord, et l'est encore, désigné par le terme de malade.

Etymologiquement, il vient de l'ancien français *malabde*, lui-même issu du latin vulgaire *mal habitus* et signifie « *qui se trouve en mauvais état* ». Puis, de malade il est devenu patient, sous l'influence américaine, malade se disant « patient » en anglais. Depuis une vingtaine d'années, le patient est devenu acteur de ses soins avec notamment le développement de l'éducation thérapeutique. L'évolution sémantique projette le malade d'une passivité historique, dans laquelle le mot patient prend tout son sens, vers aujourd'hui un rôle plus actif dans son parcours de soins. Dans le même temps, il est reconnu au patient des droits avec la loi n° 2002-303 du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Il doit pouvoir désormais décider par lui-même, et consentir ou non aux soins qui lui sont proposés.

Aujourd'hui, pour l'inclure davantage encore dans le processus de soin, et « *développer l'engagement des patients* », l'HAS le désigne comme Partenaire, dans le cadre du nouveau manuel de certification des établissements de santé : « *si l'exercice de ses droits fondamentaux (...des patients...) reste une condition impérative à la qualité et à la sécurité des soins, son positionnement en tant qu'acteur de sa prise en charge doit être largement promu comme facteur de l'efficacité du soin. Il s'agit de favoriser l'émergence d'un patient partenaire. (...) Partenaire des professionnels de santé et (...) partenaire des structures de soins* ». La haute Autorité de Santé attend du patient qu'il soit un acteur engagé pour contribuer à l'efficacité de ses soins. Cela peut se comprendre aisément lorsqu'il s'agit de

soins relevant de la prévention de la santé, de l'éducation thérapeutique. Mieux le patient comprend sa pathologie, son traitement, ses thérapeutiques et les actions de soins nécessaires, mieux il est à même, d'actionner des leviers dans sa vie personnelle, sociale, à tous les moments de sa vie, notamment en l'absence de personnels soignants pour équilibrer ou préserver sa santé. Cela va dans le sens d'une plus grande reconnaissance du malade, en tant que personne, et favorise ainsi le regard singulier que peut lui porter le soignant.

D'après M. Marzano : « *Lorsque quelqu'un dit « je », c'est pour permettre à celui qui écoute de comprendre que c'est bien de lui qu'il s'agit, qu'il est en train de parler, de dire quelque chose, d'exprimer une idée ou une pensée qui lui appartient.* ». Et c'est bien là qu'est le cœur de la fonction de soignant, dans l'écoute et l'attention d'un sujet fragilisé par la maladie.

Quant à la maladie du malade, comme le formule G. Canguilhem, elle « *est une réduction du pouvoir d'agir* ». « *Etre malade, c'est vraiment vivre une autre vie* ». Et la maladie est avant tout une épreuve, une souffrance pour qui la vit, et ne se reconnaît plus dans son corps.

4.3.2 Le patient dans l'organisation des soins

Comment, dans une organisation des soins, un service accueillant plusieurs patients, avec des contraintes d'horaires que nous connaissons au quotidien, avec les imprévus des journées d'un service de soins, pouvons nous garantir à chaque patient, considéré individuellement, que nous pourrions répondre, au mieux, au plus vite et au plus près à sa demande singulière ? Et ce, pour chacun des patients du secteur de soins ?

Dans L'éthique de la sollicitude P. Barbier écrit : « *Le véritable respect de la dignité humaine se manifeste dans la capacité à prendre en considération l'absolue singularité de chaque situation de soin, c'est à dire de chaque sujet qui s'y trouve impliqué* ». C'est ainsi que se dégage sans doute la vraie dimension éthique de l'action (comme l'a montré Paul Ricoeur) : la prise en considération et le respect absolu de la *singularité*. Car cette singularité est la dimension concrète de la dignité abstraite (on serait tenté de dire « légale ») de la personne. La personne qui souffre devant moi, n'est pas « *l'humanité souffrante mais un être sensible dont la présence souffrante, dans sa singularité, m'affecte et m'interpelle moi - même dans ma propre singularité.* »

Il apparaît que la singularité est le reflet de la dignité due à chaque personne.

Comme l'écrivent, d'une autre manière, les deux réanimateurs F. Michel et C. Martin, un infirmier doit être en capacité d'exécuter des soins techniques, mais pas seulement. Il lui faut

disposer de compétences et qualités relationnelles, organisationnelles, d'une posture professionnelle, d'une « *pensée critique* » et de motivations, lui permettant d'optimiser les soins attendus, dans « *un savant dosage de protocole et d'expérience, adaptés à chaque situation clinique et à chaque patient* ». Nous voyons bien ici qu'un niveau de compétences minimum semble requis pour réaliser ces différentes « opérations » successives, basées sur l'expérience. F. Michel et C. Martin observent que l'infirmier peut d'autant mieux investir et se concentrer sur la demande singulière du patient « et dispenser un soin holistique », qu'il maîtrise les actes techniques du soin grâce à l'application des protocoles qui eux mêmes contribuent à ses apprentissages techniques.

Pour ces auteurs et médecins praticiens, l'usage des protocoles n'empêche donc pas une prise en charge singulière du patient, bien au contraire, car ceux ci délestent l'infirmier de l'acte technique de soin pour concentrer son attention sur la relation au malade, et rendre sa demande singulière.

4.3.3 La singularité au cœur de la relation soignant-soigné.

La philosophe A. Zienlinski définit la relation de soin ainsi : « *La relation de soin n'est pas un sport de combat. Et pourtant. S'y joue l'exposition constante à la souffrance, à l'altération, voire à la disparition - autant de blessures dont le mot vulnérabilité porte la trace.* »

Si combat il y a, on voit bien qu'il peut difficilement être celui de la revendication et du choix. La vulnérabilité apparaît bien ici au cœur de la relation de soin, qu'elle rend de fait asymétrique, au regard du malade, souffrant, et du soignant, l'aidant.

Zielinski précise : « *A première vue, certes, une évidence : le vulnérable, c'est le patient. Non seulement exposé à la souffrance, mais dans la souffrance. Etre à la souffrance comme être au monde. Son identité est se subir qui se donne parfois comme double peine : la maladie et le soin. La maladie elle-même expose à d'autres altérations : douleur du corps qui se transforme en souffrance envahissant l'existence (...), exposition à des décisions à prendre, à l'injonction d'être « autonome » et « éclairé » là ou le sens s'obscurcit et où les priorités basculent* ». La maladie apparaît bien là comme une « épreuve des limites et du resserrement des possibles », comme une fragilité de l'être.

Dans ces conditions difficiles, comment le malade peut il encore rester acteur ou partenaire ? Il y a un risque qu'il « disparaisse » derrière la maladie, qu'il faut « combattre » et guérir

comme le dit A. Zienlinski.

Toute règle, toute loi, toute norme s'oppose, de principe, au singulier. Elles se conjuguent obligatoirement au pluriel, elles convoquent le général, s'adressent au collectif.

Cependant que la relation de soin nécessite de s'intéresser à la personne, malade ou non, à l'individu par définition singulier que j'ai face à moi. R. Gori et M.J. Del Volgo ont un avis tranché sur la question, en évoquant une impossibilité « par nature », c'est à dire de principe à conjuguer les deux, singularité du patient et protocoles de soins. Pour eux : « La médecine technoscientifique, hypersophistiquée tend toujours davantage à mesurer, évaluer, normaliser, homogénéiser, randomiser ses analyses et ses protocoles sur des populations où la notion même de singulier se trouve par nature exclue ». Les outils de formalisation de notre pratique qui visent une amélioration de la qualité et de la sécurité semblent, pour ces auteurs, rendre difficile la prise en compte et le regard singuliers au patient.

Cette question semble donc bien faire débat dans la littérature professionnelle. J'entends d'ailleurs fréquemment, en stage, les soignants évoquer ce « temps perdu » à remplir des documents, cocher des cases, au détriment d'une disponibilité de temps passée avec et auprès du patient.

Les réanimateurs F. Michel et C. Martin reconnaissent les limites des protocoles, qu'ils utilisent et apprécient dans leur pratique à l'hôpital.

Ils affirment que ceux-ci sont des aides à la décision, des facilitateurs du soin, mais ils ne peuvent remplacer une prise des décisions, et ne prennent pas en considération « les variations individuelles ou les situations cliniques précises différentes pour chaque patient ». Ils disent que les protocoles permettent de ne considérer qu'une approche technique et pharmacologique du soin, donc limitée. « L'expérience du patient, subtile et non quantifiable ne peut pas être anticipée et intégrée par les protocoles ». Nous voici donc au cœur de notre question de recherche qui est de pouvoir faire coïncider ou pas dans notre activité de soignant l'usage des protocoles et l'approche singulière et individualisée du patient.

La singularité de chaque individu rend toute relation de soin unique et constitue le fondement du soin.

Il existerait donc bien une part de cette activité de soin qui échapperait à la logique de formalisation des pratiques à l'œuvre au travers des protocoles, qui, eux même, d'après F.

Michel et C. Martin : « ne représentent cependant qu'une partie du soin infirmier ».

4.4 Synthèse

En synthèse, nous pouvons dire que les protocoles apparaissent aujourd'hui comme des documents de formalisation et d'harmonisation des pratiques médicales et soignantes, incontournables, visant l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Nos lectures nous ont montrées que bien que nécessaires, ces outils de management par la qualité n'étaient pas suffisants à eux seuls pour répondre à la demande singulière de soin du patient, qui elle, requiert des compétences infirmières bien plus vastes et fines à la fois, à même d'accueillir la maladie et le malade à partir de sa singularité et de sa subjectivité chères à G. Canguilhem.

Concernant l'autonomie professionnelle de l'infirmier laissée ou non par les protocoles, J'aimerais faire référence ici à P. Cloarec, qui, en parlant de cette formalisation à l'œuvre dans notre métier, dit qu'« elle réduit à priori l'autonomie de l'acteur par ses nouvelles normes qu'elle impose. Mais à l'inverse, ces dernières sont autant de points de repères permettant à l'acteur d'enrichir ces marges de manœuvres, donc son autonomie d'action ». Le lien entre la part d'autonomie de l'infirmier et ces outils de formalisation paraît donc complexe. Ce qui se retrouve dans les discours mitigés des infirmiers à propos de leur autonomie professionnelle et qui fait couler beaucoup d'encre sur cette question dans la littérature professionnelle.

Faut-il considérer comme sages les propos du pédagogue Perrenoud lorsqu'il dit qu' : « *Aucune organisation n'a intérêt à tout prescrire, elle compte sur le jugement des salariés pour prendre la bonne décision* ». Ce qui rejoint les thèses des ergologues qui analysent l'activité et confirment l'incontournable distance entre le travail prescrit et le travail réel, observé. Cette espace représente en fait la nécessaire marge de manœuvre du soignant.

L'activité infirmière se rapproche parfaitement bien de la définition qu'en donnent F. Michel et C. Martin lorsqu'ils disent : « *La compétence infirmière ne consiste pas seulement à être capable de réaliser une série de tâches mais bien d'intégrer ces tâches dans un soin holistique où le patient est considéré comme un individu nécessitant un soin personnalisé* ».

Il m'intéresse d'explorer par une enquête de terrain, ce qu'il en est dans le discours des infirmiers sur leur pratique de soins entre : l'usage des protocoles et leur autonomie professionnelle d'un côté, puis dans l'usage des protocoles et la place laissée à la singularité

du patient dans le soin.

5 Enquête exploratoire

5.1 Outil utilisé

En ce qui concerne l'enquête exploratoire, j'ai utilisé la méthode clinique qui me paraissait la plus à même de correspondre à mon questionnement qui cherche à donner un sens à une pratique soignante. Il s'agit d'une méthode qualitative. Elle consiste à effectuer des entretiens semi directifs qui seront l'outil utilisé dans cette recherche.

« L'entretien semi-directif est donc une conversation ou un dialogue qui a lieu généralement entre deux personnes. Il s'agit d'un moment privilégié d'écoute d'empathie de partage de reconnaissance de l'expertise du profane et du chercheur. Ce dernier ayant établi une relation de confiance avec son informateur va recueillir un récit en s'appuyant sur un guide préalablement testé et construit à l'issue de travaux de recherche exploratoire. » (Imbert, 2010). A l'aide de cet outil, j'ai eu la possibilité de recueillir le vécu de la pratique de chaque professionnel interrogé. J'ai donc choisi d'effectuer des entretiens centrés semi-directifs pour permettre à mes interlocuteurs d'être libre de parole sans sortir du cadre de référence déterminé. Une grille d'entretien a été réalisée en amont ce qui m'a permis de garder un fils conducteur et de « recentrer » le discours du professionnel lorsque celui-ci s'est égaré trop de l'objet de l'étude.

5.2 Population choisie

Je me suis intéressé à la population infirmière dans son ensemble. J'ai souhaité avoir un éclairage sur mon questionnement auprès d'une population infirmière la plus large possible, en corrélation avec la diversité des lieux d'exercice possible de la profession, et comprendre ainsi comment les protocoles sont utilisés et obtenir ainsi une vision transversale de leur utilisation dans la profession infirmière. Bien-sur, je me suis limité compte tenu de mon peu d'expérience en matière de réalisation d'entretien et de leur analyse, de la méthode de recherche choisie, mais aussi compte tenu du temps imparti pour réaliser ce travail de fin d'étude.

J'ai interviewé des infirmiers d'âge, de sexe et de secteur de soins différents. J'ai choisi d'enquêter dans trois secteurs de soins, et avoir ainsi une population totale de six personnels infirmiers, deux par service. Je n'ai pas déterminé pas à l'avance leur durée d'exercice

professionnel, de sorte que je puisse ainsi l'exploiter éventuellement dans l'analyse des résultats de l'enquête.

A savoir, des infirmiers exerçant en soins généraux, des infirmiers exerçant en psychiatrie et enfin en extrahospitalier. Pour être plus précis, j'ai choisi de mener les entretiens auprès d'infirmier(e)s aux urgences adultes, parce que mon projet professionnel est d'exercer dans ce secteur. Il m'intéresse de comprendre comment, aux urgences, les infirmier(e)s s'organisent au regard du flux des patients et de l'usage des protocoles, ainsi que la place laissée aux protocoles dans un contexte d'urgence, et la part d'autonomie que les infirmiers en déduisent.

Par ailleurs, j'ai exercé comme ambulancier Smur avant de m'engager dans des études d'infirmier. Au cours de mon expérience, j'ai côtoyé des personnels infirmiers. J'ai observé leur pratique, et il m'a semblé alors, qu'ils disposaient de beaucoup d'autonomie professionnelle. J'aimerais donc, à présent, interroger ces professionnels de ma place actuelle de futur infirmier et repérer une éventuelle évolution de mes représentations quant à l'usage des protocoles dans leur pratique et dans leur relation au patient.

Enfin, lors de mon cursus de stage en psychiatrie, par rapport à mes stages en soins généraux, j'ai pu observer des écarts dans la pratique de soins, l'utilisation des protocoles et la prise en charge singulière du patient. Il m'intéresse donc d'approfondir ce questionnement dans ce secteur de soins.

5.3 Lieu d'investigation

Je souhaitais réaliser mes entretiens sur le lieu d'exercice des personnes interviewées afin de faciliter les conditions de l'entretien. Si cela ne semble pas possible pour des raisons d'organisation de service, j'aimerais organiser les entretiens en visioconférence ou, en dernier recours, par téléphone.

Je choisis volontairement différentes structures et unités de soins dont les missions, les prises en charge de patients varient.

5.4 Guide de l'outil

5.4.1 Entretiens

Le guide d'entretien représente pour moi un fil conducteur tout au long des différents entretiens. Si pendant les interviews, le professionnel vient à dévier de façon trop importante du sujet traité, je pourrais, à l'aide de ce guide, recentrer sur le questionnement en lui posant

des questions de relance préétablies. Cet outil sera organisé de la façon suivante : Une question d'ouverture, puis l'entretien sera guidé par mes soins accompagné de question d'ouvertures élaborées par thème en fonction de ma question de départ. Ceci a pour objectif de poser le moins de questions possible, et de laisser la parole plutôt libre à l'interviewé pour obtenir un discours plus fourni et développé, tout en s'assurant que l'entretien reste dans le cadre défini. On pourra voir en annexe II (p. II) le guide que j'ai élaboré.

5.5 Grilles d'analyse

5.5.1 Entretiens

Afin de réaliser l'analyse des entretiens, j'ai élaboré deux grilles pour une analyse croisée des données. Une grille d'analyse par entretien, c'est-à-dire, une grille constituée des questions que je poserai durant l'entretien avec les réponses associées qui me paraîtront pertinentes. On retrouvera cette grille en annexe III.I (p. III). Ensuite une deuxième grille élaborée par question : Celle-ci se compose de la question posée et toutes les réponses de chaque professionnel interrogé afin d'avoir une analyse critique et comparative.

5.6 Analyse des entretiens

5.6.1 Analyse entretien par entretien

➤ Analyse du premier entretien

L'entretien est réalisé auprès d'un soignant hospitalier qui exerce depuis 30 ans à l'hôpital, essentiellement dans le secteur des urgences, et il est actuellement sur un poste en extra hospitalier (SMUR) depuis 18 années.

Pour lui les protocoles font partie intégrante de son quotidien professionnel, ils sont aidants sans discussion, représentent une source de savoirs fiables, et ils contribuent à l'harmonisation des pratiques. Le fait qu'ils soient applicables par tout un groupe de professionnels dans le parcours du patient semble être un élément très favorable. Ce soignant approuve l'approche rationnelle du soin, dont le protocole est un des outils, qui concourt à l'amélioration de la qualité du soin et à sa sécurité, telle que présenté par l'HAS et les sociétés savantes soucieuses de faire progresser les organisations de soin tout en les sécurisant. Dans le discours, le seul bémol qui apparait vis à vis des protocoles est leur difficulté à être actualisés, ce qui peut alors être contre productif « *ne doivent pas empêcher d'agir* ».

Ce professionnel affirme ne pas toujours pouvoir prendre en compte la singularité du patient,

dont les demandes, dit-il, ne dépendent pas exclusivement de lui, dans l'organisation de son parcours. Néanmoins, il évoque son rôle propre infirmier, qui nous montre qu'il s'inscrit dans une profession réglementée avec une dimension autonome. Grâce aux protocoles douleur, il peut « *s'attacher* » à une prise en charge de qualité qui prend en compte « *les plaintes de son patient* ». Les mots employés dans son discours suggèrent l'intérêt et le souci portés à l'écoute du patient, et à la relation soignant-soigné telle que définie par Barbier comme respect de la dignité humaine. Les protocoles sont indispensables pour ce soignant mais non suffisant dans la prise en charge. Il évoque une forme « d'adaptabilité » requise par l'infirmier afin de comprendre et d'agir au cas par cas. C'est ce que l'on retrouve dans le discours de C.Martin et F. Michel (2008). L'infirmier doit disposer de compétences et qualités relationnelles, organisationnelles et d'une posture professionnelle afin d'adapter le soin à chaque situation, chaque patient.

Enfin, l'interviewé dit se sentir totalement autonome dans sa pratique, et estime que les protocoles concourent à cette autonomie. Celle-ci s'acquiert d'après lui par l'expérience, la formation, les compétences collectives et la connaissance du rôle de chacun dans l'équipe. Nous retrouvons bien ici le concept défini par Perrenoud au sens que pour être autonome il faut des compétences préalables ce qui est certainement le cas de ce soignant fort d'une expérience professionnelle de 30 ans dans le même secteur de l'urgence et de 18 années en extra hospitalier.

➤ Analyse du deuxième entretien

L'entretien est réalisé auprès d'un professionnel soignant depuis 19 ans à l'hôpital public, dans le secteur de l'urgence, du bloc opératoire et de l'extra hospitalier. Il occupe actuellement un poste depuis 4 années en extra hospitalier (SMUR).

Les protocoles de soins lui sont aidants dans son quotidien professionnel. Ils ont un intérêt organisationnel et contribuent à l'amélioration de la qualité des soins parce qu'ils permettent d'anticiper la prescription médicale, et sont une aide à la décision. Ils représentent pour lui des données fiables de la science adaptées à sa pratique, par son caractère synthétique qu'il apprécie particulièrement dans les situations d'urgence. L'unique réserve évoquée à l'encontre des protocoles serait qu'ils ne soient pas réactualisés, ils perdraient de ce fait leur qualité de ressources de savoirs fiables, permettant de sécuriser les soins. Notons que nous retrouvons cet écueil déjà cité dans le premier entretien. L'actualisation des protocoles de

soins serait il une source de dysfonctionnement fréquente dans la pratique professionnelle des infirmiers ?

Il se reconnaît une autonomie professionnelle limitée, encadrée, dans le sens où il a conscience du cadre réglementaire professionnel existant et de son rôle collaborant L45 Entretien 2 « *on travaille toujours en collaboration avec le médecin* ». Les protocoles contribuent, pour lui, à asseoir son autonomie.

Quant à la question de savoir quel rapport dans le soin existe entre protocole et singularité du patient, l'interviewé ne les relie pas. D'après son expérience, les protocoles ne représentent ni un frein ni ne facilitent la relation singulière au patient. Ils opèrent dans deux espaces distincts du soin, sans interagir. Son discours met en avant la singularité du patient comme valeur importante dans le soin (Entretien 2 L23, L24). La seule chose qui lui semble primer sur la singularité dans le soin est « *la criticité de la situation* » L30, à savoir le caractère d'urgence vitale qui prime sur le reste.

➤ Analyse du troisième entretien.

L'entretien suivant est réalisé auprès d'une infirmière diplômée d'état depuis 10 ans, exerçant dans un service d'urgences d'un hôpital public général depuis deux années. Elle possède une expérience professionnelle de réanimation polyvalente de 8 ans.

Les protocoles sont aidants les 3/4 du temps de la pratique de cette soignante L12 ENTRETIEN 3. Là encore, comme dans les deux précédents entretiens, nous retrouvons le défaut d'actualisation des protocoles comme étant leur principal problème L10-L11. Ils sont présentés comme indispensables pour rester dans le cadre réglementaire de la profession d'infirmier. Ils relèvent de l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et contribuent à plus de rigueur dans le travail. Les protocoles Douleur semblent bien intégrés dans la pratique de la soignante, qui les évoque à plusieurs reprises, et qui en fait un outil contribuant à répondre, mieux et plus rapidement, aux demandes des patients et à les soulager. C'est sa manière à elle d'intégrer du singulier dans les soins apportés aux patients dont elle a la charge et dont la douleur représente la principale demande aux urgences.

L'infirmière estime difficile de répondre à la question de l'autonomie professionnelle. Sa réponse n'est pas tranchée, elle se perçoit plus ou moins autonome selon son secteur d'activité aux urgences, corrélé à la présence ou non de médecins. Elle précise que l'expérience professionnelle, la qualification, la connaissance des protocoles de soins renforcent et

soutiennent l'autonomie professionnelle. Elle relie l'autonomie professionnelle aux compétences, qui permettent une plus grande marge de manœuvre dans l'utilisation des protocoles.

Enfin, l'infirmière exprime son attention à vouloir prendre en compte le patient dans sa singularité, prioritairement dans sa plainte et sa douleur, sachant que les protocoles l'aident en cela, même si, parfois, les demandes des patients sont jugées impossibles à satisfaire.

➤ Analyse du quatrième entretien.

L'entretien est réalisé auprès d'un infirmier diplômé d'état depuis 7 ans. Ambulancier durant 5 ans avant d'être infirmier, il est aussi pompier volontaire et exerce aux urgences de nuit depuis 5 années.

Pour lui, les protocoles sont très aidants, sans ambiguïté, et très utilisés aux urgences, contribuant à une meilleure organisation des soins, par un gain de temps, facilitant ainsi la prise en charge du patient. Dans son discours il relie fortement son activité à la prescription médicale, qu'il cite à 3 reprises en 4 phrases. Pour lui, le protocole est une prescription médicale, au sens décrit par l'HAS, comme nous avons pu le noter dans la première partie de ce travail, et qu'il applique.

Notons que ce soignant évoque par lui même, avant toute question directe, son autonomie professionnelle en lien avec l'existence de protocoles (L6-L7-L8). D'après lui, les protocoles ne sont pas du tout un frein à l'autonomie, au contraire, ils y contribuent : « *ça ne peut que favoriser* » (L53). Il définit son autonomie par rapport au recours ou non au médecin pour mettre en œuvre les soins (L54) : « *sans avoir à consulter un médecin avant* ». C'est l'expérience d'abord, puis les échanges entre pairs et enfin l'évolution réglementaire du métier d'infirmier qui concourent, pour lui, à rendre le professionnel qu'il est plus autonome.

Il affirme ne pas toujours pouvoir prendre en compte la singularité du patient (L20) du fait de l'organisation des soins et d'une demande importante de soins : « *charge de travail trop importante* », « *on ne prend plus le temps* », « *on n'a plus le temps* », « *nombre de patients* », « *service engorgé* » (L29-L30), « *effectifs plus important* » (L29). L'écoute du patient exige du temps qu'il dit ne plus avoir la plupart du temps, et il en vient à prioriser les demandes des patients, notamment en faisant de la prise en charge de la douleur sa priorité « *toujours prise en compte* » (L25), au détriment du reste parfois.

Enfin, d'après lui, le protocole est un outil « standardisé », un schéma qui doit répondre à une prise en charge plurielle. Mais ce qui en fait son caractère personnalisé c'est son application à un patient donné. Cela peut vouloir dire que c'est dans la mise en œuvre du protocole auprès d'un patient identifié que l'infirmier peut y mettre de la relation et donc du singulier, comme nous avons pu le dire en citant P. Barbier : « ...*capacité à prendre en considération l'absolue singularité de chaque situation de soin, c'est à dire de chaque sujet qui s'y trouve impliqué* ».

➤ Analyse du cinquième entretien.

L'entretien est réalisé auprès d'une infirmière diplômée depuis 22 ans. Après un parcours « *par les soins généraux* », elle travaille en psychiatrie, d'abord en hôpital de jour, puis depuis 5 années en CMP.

L'infirmière dit n'utiliser que très peu les protocoles dans sa pratique de soin, et elle en est très satisfaite. Elle n'apprécie pas cet outil au motif qu'il ne serait pas applicable dans son secteur de soin : la psychiatrie. Les protocoles y seraient incompatibles avec l'organisation des soins parce que la base du soin est l'entretien thérapeutique, l'entretien d'aide et d'après elle, « un entretien ne se protocolise pas », pas plus qu'un atelier thérapeutique. Elle dit ne pas voir ce qui pourrait se protocoliser en psychiatrie. Elle s'oppose vivement à l'usage des protocoles parce qu'elle les trouve « réducteurs », ils leur sont impossible de prendre en compte l'entière réalité du soin en psychiatrie, qui est basé sur l'écoute du patient, et qui surtout, ne peut pas s'anticiper, au même titre qu'une relation. Ses propos sont sévères vis à vis de ces outils de soins. Elle les trouve « rigides », « fermés »(L37). Elle a une vision très négative de l'uniformisation des soins. Pour elle, cela semble nier l'approche singulière du soin et nuire à toute prise en charge individualisée du soin. Cela empêche également toute réflexion sur le soin de la part du soignant. Elle parle d'« *appliquer des protocoles sans se questionner* ». « *Ça limite la pensée* »(L113). C'est donc un frein à l'autonomie du professionnel.

Il apparait dans son discours une dichotomie sans nuances entre l'usage d'un protocole qui empêcherait toute possibilité de variation quel qu'elle soit et l'essence du soin en psychiatrie qui serait par définition perpétuellement en mouvement, du fait du patient psychiatrique, singulier et imprévisible. Nous pouvons peut-être nous interroger, chez cette soignante, sur sa part de méconnaissance de ce qu'est vraiment un protocole dans la pratique de soin ? Car cette soignante le dit bien, elle les utilise très peu. Visiblement, les protocoles ne font pas

partis de son univers de travail au quotidien. Elle dit qu'« elle n'imagine même pas la psychiatrie avec des protocoles »(L122). Elle n'en n'a donc, peut-être, qu'une vision approximative voire interprétée. D'ailleurs, elle va poser la question de savoir ce que comprend l'intervieweur lui-même de ce mot (L27) : « qu'est ce que tu entends par protocolisé ? ».

Au cours de mes stages, j'ai côtoyé des soignants, comme elle, très septiques sur le bénéfice apporté par l'utilisation des protocoles de soins. Et souvent très critiques. Cela n'est sans doute pas étranger à mon choix de ce sujet comme support de mon travail de fin d'étude.

L'infirmière interviewée dit se percevoir autonome dans son activité de soin, et cet élément semble être un point important pour elle. Dans son discours nous retrouvons 5 fois autonomes : « je me sens autonome »(L83) et 4 fois l'occurrence : « je me sens libre »(L85), même si elle reconnaît l'être dans un « cadre institutionnel »(L83). C'est par l'expérience, les formations, les échanges entre pairs et avec les médecins que l'autonomie professionnelle se construit d'après elle.

Elle confesse « sa peur », à 3 reprises dans le discours, que ces outils empêchent le professionnel de réfléchir le soin.

Pour elle, ils « empêchent l'autonomie ».

L'infirmière dit par 2 fois « qu'on ne peut pas », mais « qu'on essaie »(L50), de prendre en compte la singularité du patient. Elle dit même que c'est « utopique »(L54) et « complètement fantasmé » (L55). Il semble difficile de saisir la parole d'un patient, particulièrement en psychiatrie, que c'est chose très complexe, que cela nécessite du temps, des échanges dans l'équipe, et de « croiser les regards » (L59). Néanmoins, protocole et singulier sont aux antipodes pour elle. Protocole relève du général, c'est « plusieurs » tandis que singulier c'est « un », deux réalités qui ne peuvent se rejoindre.

➤ Analyse du sixième entretien.

L'entretien est réalisé auprès d'une infirmière diplômée depuis 31 ans qui exerce en psychiatrie depuis 20 ans, et depuis 2 années en hôpital de jour.

Cette soignante dit que les protocoles ne sont « clairement pas aidants »(L9) pour elle dans sa pratique, même si elle considère la nécessité « d'un cadre dans le travail » (L9-10), mais pas au travers de protocoles. Au motif qu'ils « nient le sujet », qu'ils s'appliquent de manière

indifférenciée »(L11) et « ne considèrent pas la singularité du patient » (L11-12). Il est intéressant de noter que la soignante, à l'évocation du thème des protocoles, oppose directement et prioritairement la question de la singularité du patient empêchée. Cette mise en avant, précocement dans son discours, atteste de l'importance pour elle de cette valeur dans son travail. Elle affirme que c'est sa priorité dans le soin, et que le minimum qu'elle puisse faire dans ce sens c'est laisser les patients s'exprimer. Elle ne cite que des termes à connotation négative pour définir les protocoles : « *case* »(L17) au sens de réducteur, « *déshumanisation* »(L17) qui est un terme fort, et uniformité, qui dans son discours prend davantage le sens de réduire et rationaliser plutôt qu'harmoniser et sécuriser les soins. Le protocole semble, pour elle, n'être qu'un outil de formalisation du soin, qui le viderait de son contenu, de son essence.

La soignante dit accepter les « conduites à tenir »(L58) de type « règles d'hygiène »(L58) qui ne font pas parties pour elle des protocoles d'hygiène. Qu'entend donc elle par protocole ? Les 3 termes proposés pour définir un protocole relèvent davantage d'une évaluation, d'un jugement que d'une définition proprement dite. Ils n'auront pas permis de se faire une idée précise du sens que l'infirmière donne au mot protocole. Le fait qu'elle distingue les règles d'hygiène d'un protocole renvoie aux différents sens de ce mot, comme nous avons pu l'évoquer dans le cadre conceptuel du présent travail.

Elle se perçoit autonome dans son activité de soin (elle le dit à plusieurs reprises), en le reliant de manière très significative car fréquente dans le discours au fait de penser le soin - réfléchir - questionner le soin - interroger. Nous pouvons faire ici le lien avec le raisonnement clinique enseigné dans les IFSI. La démarche de soin relève d'une méthode de résolution de problèmes, réalisée à partir d'une analyse et donc de questionnements et de savoirs. Nous sommes en effet formés à réfléchir et analyser méthodiquement les situations de soins en vue d'apporter le soin Néanmoins, les protocoles s'avèrent des outils qui altèrent l'autonomie professionnelle dans le sens où l'infirmière définit le soin en psychiatrie d'inventif, au sens qu'il se construit au fur et à mesure de la relation soignant-soigné, sans qu'il puisse être possible de l'anticiper. Cette approche a déjà été évoquée par l'infirmière lors de l'entretien précédent.

5.6.2 Analyse croisée des entretiens

- Thème du protocole.

Les protocoles sont aidants voire très aidants pour 4 des 6 soignants interviewés, et ils font partie intégrante de leur univers professionnel quotidien. Ils facilitent l'organisation des soins en anticipant par exemple la réponse médicale, et relèvent d'une harmonisation des pratiques professionnelles et d'une meilleure qualité des soins estimées favorablement par ces soignants. L'élément susceptible de poser problème et de les rendre caduques est leur actualisation.

Les deux autres professionnels à avoir un avis très négatif sur les protocoles sont issus du secteur de la psychiatrie. Ils disent utiliser très peu de protocoles dans leur quotidien de soignants, et s'avèrent extrêmement critiques à leur égard au motif qu'ils ne seraient pas adoptés à ce secteur du soin. Les questions posées et les réponses obtenues dans cette enquête n'ont pas permis de creuser davantage le sujet afin de comprendre les raisons exactes pour lesquelles les protocoles de soins seraient moins prégnants dans l'organisation des soins en psychiatrie.

Nous pouvons donc dire que les soignants qui expérimentent au quotidien les protocoles en sont satisfaits et les considèrent plutôt comme des « facilitateurs du soin », « des aides à la décision » comme le stipulent C. Martin et F. Michel.

➤ Thème de l'autonomie professionnelle.

Tous les soignants interviewés se perçoivent autonomes dans leur pratique quotidienne, dans la limite du cadre institutionnel dans lequel ils exercent, de la réglementation de leur profession, ainsi que du rôle prescrit, qui ne représente pas une entrave, mais plutôt une condition à leur autonomie. Ils évoquent les relations entre pairs et avec les médecins comme des vecteurs d'acquisition de compétences et de développement de leur autonomie. Un seul professionnel convoque le rôle propre comme élément de son autonomie, tandis qu'un autre professionnel dit se sentir autonome dans sa manière de réaliser le soin. Cela fait écho à la relation de soin entre deux personnes, entre deux individualités, à un temps donné, dans une situation donnée, et c'est ce qui, sans doute, donne à la relation de soin sa singularité, toujours renouvelée, à chaque soin, pour chaque patient.

L'ensemble des soignants interviewés pensent que l'autonomie professionnelle se construit par l'expérience, les formations, les échanges entre pairs, avec les équipes de soins et avec les équipes médicales. Nous retrouvons la pensée de Perrenoud qui démontre que ce sont les compétences qui bâtissent l'autonomie professionnelle.

Les protocoles sont des outils facilitant l'autonomie des professionnels interviewés dans les 2/3 des cas. C'est dans le secteur de la psychiatrie, où il est dit dans l'enquête qu'ils sont moins utilisés, qu'ils apparaissent comme empêchant l'autonomie des soignants.

➤ Thème de la singularité du patient.

Tous les soignants interviewés répondent ne pas toujours pouvoir prendre en compte la singularité du patient dans leur pratique de soin. Et ils le regrettent à l'unanimité. Celle-ci apparaît comme une priorité dans le soin, même si le contexte de soin et son organisation empêchent souvent de « prendre le temps » d'écouter et de répondre à la demande singulière. Entre manque de temps, surcharge de travail, priorité donnée à l'urgence vitale, nombres importants de patients à prendre en charge, des demandes impossibles à satisfaire, des patients psychiatriques dont la communication est très complexe, les soignants semblent exprimer une réalité de la relation soignant-soigné qui s'avère bien plus plurielle et complexe qu'il n'y paraît. Et c'est peut-être là que s'inscrit la question du singulier, dans la multiplicité des réponses et des situations. Une soignante dit même que « c'est utopique » et « complètement fantasmé de se dire qu'on va réussir à les écouter ou les entendre » (Entretien 5 L37-38), tant la réalité du malade, souffrant dans son existence comme le souligne Zielinski le rend vulnérable et fragile.

Concernant la question du lien entre les protocoles et la singularité du patient, les réponses témoignent d'un rapport assez distancié dans le sens où chaque réponse est différente. Comme si le rapport entre ces deux éléments n'apparaissait pas comme évident. Nous pourrions retenir la réponse d'un infirmier qui résume bien toutes les autres. Il dit que les protocoles sont indispensables à sa pratique de soin, mais qu'ils apparaissent néanmoins insuffisants à contenir le soin dans sa complétude. Cela signifie que les protocoles, outils d'harmonisation des pratiques, représentent un des moyens d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins parmi d'autres. Et la question du singulier dans le soin s'inscrit dans un autre espace, bien plus vaste, toujours à questionner, aux grés des relations de soins, comme l'affirment en particulier les infirmiers du secteur psychiatrique interviewés. Cette idée rejoint la thèse de C. Martin et F. Michel lorsqu'ils disent « *l'expérience du malade, subtile et non quantifiable ne peut être anticipée et intégrée dans les protocoles* ».

5.7 Synthèse de l'enquête exploratoire

La réponse des interviewés à la question de savoir si les protocoles les aident ou non dans leur

quotidien professionnel peut paraître au premier abord mitigé.

Néanmoins, en approfondissant l'analyse, les protocoles apparaissent dans la plupart des discours des soignants qui les utilisent dans leur quotidien comme aidants voire très aidants, avec des nuances toutefois, allant jusqu'à moyennement aidants selon les situations et pas du tout aidants pour deux soignants sur six.

Ils sont aidants car ils représentent une source fiable de savoirs et ils harmonisent les pratiques de soins. Ainsi, nous voyons bien qu'ils contribuent, pour ces soignants, à la gestion des risques et à l'amélioration de la qualité des soins.

Nous notons un paradoxe, dans le sens où les mêmes arguments sont avancés par les deux soignants qui n'estiment pas aidants les protocoles. C'est précisément cette unification de la pratique soignante qui est ici remise en cause, parce que ces soignants disent que les protocoles empêchent d'appréhender le patient dans sa singularité. L'harmonisation des pratiques est perçue comme réductrice et nuisant à une prise en charge singulière du patient, avec des mots forts tels que « déshumanisation ».

La difficulté à garder des protocoles actualisés apparaît comme le seul problème potentiel susceptible d'altérer leur bon usage.

Les protocoles favorisent l'autonomie professionnelle des 2/3 des soignants interviewés. Le 1/3 restant pense qu'au contraire ils empêchent d'être autonome dans sa pratique.

Les infirmiers de l'enquête disent tous se percevoir autonomes professionnellement. Il y a cependant des nuances dans le discours, allant de totalement autonomes, toujours dans la limite du rôle prescrit et du cadre institutionnel dans lequel ils évoluent, à une autonomie sous conditions, à savoir l'absence de médecin et l'existence de protocoles qui leur permettent d'être autonomes.

L'autonomie professionnelle s'acquiert pour tous ces soignants. Elle se construit pratiquement de la même manière pour tous : prioritairement et majoritairement par l'expérience professionnelle. Puis, par la formation et enfin dans les échanges et les partages dans l'équipe qu'il s'agisse des pairs ou des médecins. Il est intéressant de noter ici l'unanimité des réponses autour de la question des outils qui rendent autonomes.

Il apparaît dans le discours qu'aucun des infirmiers interviewés ne puisse toujours prendre en compte la singularité de ses patients dans sa pratique. Ceci leur apparaît souvent difficile, en

lien, la plupart du temps, avec des contraintes d'organisation des soins (charge de travail, sous effectifs, difficultés à concilier la charge d'un groupe de patients et la singularité de chacun). Nous retrouvons néanmoins un langage commun autour de leur volonté à donner la priorité à cette singularité. Une soignante affirme qu'il s'agit de sa valeur prioritaire dans le soin. Cette idée se perçoit dans chacun des discours avec toujours la nécessité à « essayer » tout au moins.

A la question de savoir si les protocoles empêchent ou non le soignant de prendre en charge son patient de façon singulière, la réponse est très nuancée pour 2/3 d'entre eux et 1/3 affirment qu'ils l'empêchent en effet. Le discours de ces derniers est exclusivement centré sur la relation soignant-soigné qui est nécessairement singulière car constituée d'un soignant singulier et unique et d'un patient unique et singulier. L'accent est alors mis uniquement sur le concept de relation.

Les soignants qui nuancent leur réponse disent en fait : « ni oui-ni non ». Les protocoles relèvent pour eux d'une pratique standardisée au sens de l'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques. Les pratiques de soins harmonisées à partir de savoirs validés permettent un égal accès aux soins et réduisent le risque d'erreur. Ces soignants semblent avoir intégré cette réalité dans leur pratique. En même temps, ils apparaissent comme ayant le souci de préserver la relation singulière au patient, avec l'idée que les protocoles sont indispensables mais pas suffisants pour assurer une prise en charge intégrale et complète du patient. Cette analyse fait écho aux écrits des deux réanimateurs cités dans le cadre conceptuel de notre travail, les Docteurs C. Martin et F. Michel. En effet, ceux ci formulent que les soins infirmiers dépassent la seule question du protocole, qu'ils englobent ou qu'ils intègrent pour partie. Ils représentent bien plus que cet élément.

Une relation de soin entre un patient et un soignant est à construire et à reconstruire à chaque soin, de façon personnelle et singulière, unique, et c'est bien cela qui constitue la valeur intrinsèque du soin.

5.8 Limites de l'enquête

Ce travail s'inspire de la méthode clinique de recherche. Il s'agit d'une analyse qualitative et non quantitative. Les résultats de l'enquête ne sont pas généralisables et il n'est pas possible d'en tirer une vérité si ce n'est celle des interviewés eux mêmes.

Mon manque d'expérience quant à la pratique de l'enquête exploratoire et plus

particulièrement la conduite d'entretiens a produit un discours qui aurait sans doute gagné à être plus étoffé garantissant une analyse de contenu plus approfondie.

Enfin, mon manque d'aisance dans l'exercice d'un travail écrit a sans doute rendu le style plus lourd que je l'aurais souhaité.

6 Problématique

Suite à l'enquête exploratoire, en réponse à la question de départ, il apparaît, pour les soignants interviewés qui utilisent dans leur quotidien des protocoles, que ceux-ci ne constituent pas un obstacle à leur autonomie professionnelle, bien au contraire. L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, dont le protocole est un des outils, apparaît dans l'enquête comme une donnée bien encrée dans les soins d'aujourd'hui, en particulier à l'hôpital général.

La question du respect de la singularité du patient au regard de l'usage de protocoles de soin est par contre plus nuancée. Il apparaît qu'il s'agit là d'une valeur essentielle qui compte pour tous les soignants interviewés, même si elle demeure une réalité du soin pas toujours simple à conjuguer avec organisation et structuration des soins.

Fort de ce constat, peut-on envisager d'approfondir la question de l'autonomisation des infirmiers au regard de l'utilisation des protocoles de soins ? En effet, les réponses des infirmiers à cette question m'ont surpris comme j'ai pu le dire dans un précédent chapitre. Il me paraît intéressant d'explorer cette notion d'autonomie professionnelle de l'infirmier dans un contexte actuel de chute de la démographie médicale, de l'évolution des pratiques de soins, et du métier d'infirmier en devenir avec l'arrivée dans le monde du travail des Infirmiers en Pratiques Avancées IPA.

Ainsi, peut-on envisager de faire évoluer notre questionnement au travers de la question de recherche suivante.

7 Question de recherche

Ma réflexion m'amène à poser la question de recherche :

En quoi les protocoles de soins contribuent-ils à l'autonomie professionnelle des infirmiers ?

8 Conclusion

Ce travail de fin d'études m'a permis d'expérimenter la méthode de recherche et d'en percevoir l'intérêt professionnel au regard de la nécessaire rigueur qu'elle exige. Celle ci pourra m'être utile pour d'éventuels futurs travaux de recherche professionnels.

La thématique choisie l'a été à la suite de questionnements et d'observations en stage durant mes études d'infirmier. Il me semblait que la question des protocoles divisaient les soignants, et que tous ne me paraissaient pas convaincus de leur utilité, au regard d'une part de la relation de soin et d'autre part de leur propre autonomie professionnelle. Ce travail m'aura permis de repérer des éléments de compréhension d'une réalité professionnelle plurielle. Dans l'échantillon des soignants interviewés, j'ai observé que la question de la singularité du patient demeure primordiale pour tous les soignants, comme elle l'est pour moi même d'ou mon questionnement.

J'avoue par contre avoir été assez surpris quant aux réponses des soignants sur leur autonomie professionnelle. Je les imaginais se percevoir peu autonomes. Ils me sont apparus au décours de l'enquête comme étant lucides sur leurs marges de manœuvre dans leurs pratiques de soins.

Ce travail aura donc eu le mérite de faire évoluer mon regard sur mon futur métier, contribuant ainsi à mieux me préparer à ma prochaine fonction.

J'ai bénéficié d'un encadrement me permettant de faire des apprentissages qui m'ont construit professionnellement et m'ont fait évoluer, réfléchir, me questionner, trébucher tout au long de ces trois années. Une transformation est à l'œuvre, celle de l'ambulancier en infirmier que j'ai souhaité devenir. Ce travail de fin d'étude s'inscrit dans cette dynamique. Ce travail de recherche m'aura permis également d'avoir un regard critique sur ma future fonction.

9 Bibliographie

- BARBIER P. : « *L'éthique de la sollicitude* » (p.169) dans *La philosophie du soin*, ouvrage collectif (2010) PUF
- BENNER P., « *De novice à expert Excellence en soins infirmiers* », MASSON, 2003, 264p ;
- BIZET M.P. : « *Vous avez dit protocoles ?* » - *Recherches en Soins Infirmiers* n°32 (Mars1993)
- BONNERY Anne-Marie, GAZA Chantal, MACREZ Annick, MARANDE Danièle, MARZAIS Martine, PAUCHET-TRAVERSAT Anne-Françoise « *Protocole de soins : méthodes et stratégies - Encadrer à l'hôpital*, 3° Ed. - MASSON (2003)
- CLOAREC P., « *Protocoles, référentiels de soins, démarche qualité : Autonomie collective et dépendance personnelle* ». Dans *Recherches en Soins Infirmiers* 2008/2 N°93. (Juin 2008)
- COTE S., St-Cyr Tribble D., « *Le raisonnement clinique des infirmières, analyse du concept* », dans *Recherche En Soins Infirmiers* 2012/4 n°111, pp 13-21.
- FORMARIER M, JOVIC L : « *Approche scientifique des protocoles de soins infirmiers* » - *Recherche en Soins Infirmiers* N°32 (Mars 1993)
- GORI R., DEL VOLGO M.J., « *La santé totalitaire, essai sur la médicalisation de l'existence* » ; Paris ; 2014 ; (citation p.96). Flammarion. 336p.
- JOVIC L, COMPAGNON A, FABRE F :_« *Les outils de bonnes pratiques et d'aides pour l'action de soins* » - *Recherche en Soins Infirmiers* N°69 - (Juin 2002)
- KANT. « *Qu'est que les lumières ?* » (1991), Paris, Garnier-Flammarion, p43.
- LORIOU M. : « *Accréditation, protocolisation et évolutions du travail soignant.* » Congrès de l' AISLF (juillet 2004), Tours.
- LELIEVRE N : « *Les protocoles de soins : validité et conditions d'application* »
- MARZANO M., Je consens, donc je suis...Ethique de l'autonomie, (2006), Paris, PUF
- MICHEL F., MARTIN C. : Infirmières ou protocoles, qui améliore la qualité des soins ? Questions pour un champion en réanimation MAPAR 2008, pp. 303-308.
- PERRENOUD P. : L'autonomie, une question de compétence ? In *Résonnances* n° 1, Sept 2002, Université de Genève. pp 16-18.

ZIELINSKI A. : Le libre choix. De l'autonomie rêvée à l'attention aux capacités. Dans *Gérontologie et Société* 2009/4 (vol.32 / n° 131) pp 11-24.

Recherches en ligne - sites visités

Haute Autorité de Santé Description des méthodes utilisées pour élaborer des recommandations professionnelles (HAS)

Haute Autorité de Santé Les recommandations pour la pratique clinique - Base méthodologique pour leur réalisation en France(avril 1999)

Haute Autorité de Santé Les conférences de consensus - Base méthodologique pour leur réalisation en France (janvier 1999)

Haute Autorité de Santé Bases méthodologiques pour l'élaboration de recommandations professionnelles par consensus formalisé (janvier 2006)

Haute Autorité de Santé Guide méthodologique - Actualisation des recommandations- Note de cadrage ;(27 janvier 2022)

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES); Les conférences de consensus - Base méthodologique pour leur réalisation en France ; (1999).

infirmier.com Recommandations, protocoles, procédures. Guy Isambart, Publié le 01/07/2009. Lu le 10 décembre 2022.

10 Table des Annexes

Annexe I : Guide d'entretien	I
Annexe II : Autorisation d'entretien.....	II
Annexe III : Retranscription des entretiens	IV
Annexe IV : Grilles d'analyses.....	XVI
Annexe V : Autorisation de diffusion du travail de fin d'étude	XXIV

Annexe I : Guide d'entretien

<i>THEMES</i>	<i>QUESTIONS</i>	<i>CE QUE JE VEUX SAVOIR</i>
<i>Protocoles de soins</i>	<p>-Les protocoles sont-ils des outils aidants dans le quotidien des infirmiers ?</p> <p>Si oui, pourquoi ?</p> <p>Si non, expliquez pourquoi ?</p> <p>Citez 3 termes qui définissent les protocoles ?</p> <p>Pourquoi avez-vous choisi ses termes ?</p>	<p>Les protocoles sont-ils des outils aidants dans le quotidien des infirmiers</p> <p>-Les protocoles rendent ils les infirmiers plus autonomes ? ou au contraire non ?</p>
<i>Singularité du patient</i>	<p>Parvenez-vous à prendre toujours en considération les attentes, les demandes, les souhaits des patients dont vous vous occupez ?</p> <p>Si oui, comment faites-vous ?</p> <p>Si non, pourquoi d'après vous et que manque-t-il pour que vous y parveniez ?</p> <p>Pensez-vous que l'utilisation de protocole de soin favorise ou altère la prise en charge singulière du patient ?</p>	<p>Je veux comprendre si les infirmiers parviennent à prendre en compte la singularité du patient dans leur pratique au quotidien, notamment avec l'usage des protocoles de soins</p>
<i>Autonomie professionnelle de l'infirmier</i>	<p>Pensez-vous être autonome au quotidien dans votre travail ?</p> <p>Oui : en quoi ? Comment ?</p> <p>Non : pourquoi ? Que vous manque-t-il pour l'être ?</p> <p>Quels moyens ou outils vous ont-ils permis d'acquérir de l'autonomie ?</p> <p>Pensez-vous que l'utilisation des protocoles de soin favorise ou altère l'autonomie infirmier ?</p>	<p>Que faut-il pour qu'un infirmier soit autonome dans sa pratique ?</p> <p>Comment les Ide se perçoivent-ils ? Autonomes ou pas ?</p>

Annexe II : Autorisation d'entretien



DIRECTION DES SOINS,

☎ 04 90 03 90 06

Avignon, le 20 Février 2023

Monsieur Nicolas MANZON

nicofa-manzon@gmail.com

Réf : ST/FB/026/2023

Objet : Demande d'autorisation d'entretiens infirmiers

Monsieur,

En réponse à votre demande, je vous informe que je vous donne mon accord pour que vous puissiez réaliser des entretiens auprès d'infirmiers de l'établissement dans le cadre de votre travail de fin d'études.

Votre demande a été transmise aux Cadres Paramédicaux du Pôle Grand Avignon Alpilles. Vous serez contacté directement pour définir les modalités de ces entretiens dans les meilleurs délais.

Je vous prie de croire, Monsieur, à l'assurance de mes salutations distinguées.

Coordinatrice Générale des Soins,


Stéphanie TRAVAILLEBARD



CENTRE HOSPITALIER D'AVIGNON

305 rue Raoul FOLLEREAU
84902 AVIGNON CEDEX 9

DIRECTION DES SOINS

☎ 04 32 75 35 81 (secrétariat)

Avignon, le 13 février 2023

Le Directeur Coordonnateur Général des Soins
Karine RONAT

Monsieur Nicolas MANZON
205 chemin du mas de christin
13160 CHATEAURENARD

Nos Réf. : KR/MP/23

Vos Réf. : votre courrier du 13 février 2023

Objet : TFE

Monsieur,

J'accuse réception de votre demande dans laquelle vous sollicitez l'autorisation de réaliser des entretiens dans le cadre de votre travail de fin d'étude.

J'ai le plaisir de vous faire connaître que j'émetts un avis favorable à cette démarche. Je vous demanderai de bien vouloir prendre contact avec :

- Madame Mouries, cadre de santé des Urgences au 04 32 75 31 83 ou Madame Bonneau au 04 32 75 31 94
- A ce jour, nous n'avons plus de cadre de santé au SMUR

afin de définir les modalités de réalisation de l'enquête.

Je vous prie d'agréer Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

POUR LE DIRECTEUR COORDONNATEUR GENERAL DES SOINS
LE CADRE SUPERIEUR DE SANTE

M. JUANCHICH
CENTRE HOSPITALIER D'AVIGNON
DIRECTION DES SOINS

1 **Annexe III : Retranscription des entretiens**

Entretien1: Entretien infirmier avec Nadia, infirmière en SMUR

2 Diplômée infirmière en 1993, j'ai travaillé 3 ans en réanimation au CHA, j'ai intégré l'école
3 IADE en 1996, diplômée IADE en 1998. Je travaille à l'hôpital d'Avignon en tant qu'IADE
4 depuis 1998 (bloc, réa et SMUR depuis 2001).

LES PROTOCOLES

5 *N. MANZON : Pour toi les protocoles sont-ils des outils aidant dans le quotidien des*
6 *infirmiers ?*

7 nadia : oui les protocoles de soins sont une base de travail commune à l'ensemble des équipes,
8 mais ceux-ci ne doivent pas être un carcan surtout en préhospitalier où l'environnement, les
9 distances, les moyens sont différents à chaque intervention.

10 *N. MANZON : Peux-tu me citer trois termes qui définissent les protocoles*

11 *N. MANZON : Pourquoi as-tu choisis ces termes ?*

12 nadia: ils sont réfléchis : ils s'appuient sur un savoir, sur des études. Ils sont applicables par
13 tous : en pré-hospitalier on est amené à intervenir dans différentes structures de soins dans le
14 département et lorsque des protocoles communs sont appliqués cela facilite la prise en charge
15 des patients et la continuité de celle-ci. Ils sont reproductibles : donc par expérience, les
16 signes objectifs de leur pertinence sont facilement identifiables.

LA SINGULARITE DU PATIENT

17 *N. MANZON : Parviens-tu toujours à prendre en considération les attentes, les demandes*
18 *et les souhaits des patients ?*

19 nadia : Non. La demande prépondérante en pré-hospitalier est la destination de soins et pour
20 cela on ne peut pas répondre à leur attente : problème de place, problème géographique.

21 Lorsqu'il s'agit de la prise en charge thérapeutique, la première des demandes est d'avoir un
22 diagnostic compte tenu du contexte et de l'environnement, les examens para-cliniques parfois
23 indispensables au diagnostic (radiologie, bilan sanguin, scanner, écho...) ne sont pas
24 réalisables en pré-hospitalier donc on leur donne des pistes sans être forcément affirmatif dans
25 notre diagnostic.

26 En revanche, là où on prend en compte leur attente c'est dans la prise en charge de la douleur
27 qui fait partie intégrante de ma formation et de mes capacités en qualité d'IADE et je
28 m'attache à prendre en charge de façon qualitative les plaintes de mon patient.

29 *N. MANZON : Pensez-vous que l'utilisation des protocoles de soins favorise ou altère la*
30 *prise en charge singulière du patient ?*

31 nadia: je n'aurai pas une réponse tranchée. Je pense que les protocoles de soins sont les
32 fondations de notre prise en charge mais aucun protocole ne peut considérer l'ensemble des
33 situations trouvées sur le terrain. L'adaptabilité est le maître mot dans notre métier.

L'AUTONOMIE PROFESSIONNELLE DES INFIRMIERS

34 *N. MANZON : Penses-tu être autonome au quotidien dans ton travail ?*

35 Reformulation de la question. N'as pas compris le sens de la question

36 **N. MANZON : est-ce que tu ressens que tu as une certaine autonomie ?**

37 Nadia : oui

38 **N. MANZON : qu'est-ce qui t'a permis, où quel moyen, où quel outil t'a permis d'acquérir**
39 **cette autonomie ?**

40 Nadia : compte-tenu de mon expérience sans faire l'historique du SAMU, pendant de
41 nombreuses années j'ai travaillé sans médecin à mes côtés (pas de sénior que des internes) j'ai
42 donc développé mon autonomie afin de répondre aux mieux aux missions qui m'étaient
43 confiées. Ma formation d'IADE, les différents DU (algologie, DU de réa, DU de
44 catastrophe...) m'ont préparé à cela et mon champ de compétences me l'a permis.
45 Néanmoins, en pré-hospitalier, seul nous ne pouvons pas faire grand-chose, mais la
46 conjoncture des 3 corps de métier (ambulancier, para-méd et médecin) me permet d'avoir
47 cette autonomie (je suis dégagée de certaines contraintes).

48 Mon autonomie est favorisée aussi par le fait de travailler avec des médecins qui connaissent
49 mes compétences et mes limites. Ces dernières années, les TIIH ont mis en exergue cette
50 autonomie sus et reconnue par notre hiérarchie médicale.

51 **N. MANZON : Penses-tu que l'utilisation des protocoles de soins favorise ou altère**
52 **l'autonomie**

53 Nadia: pour ma part ça ne l'altère pas du tout car dans notre service nous ne sommes pas
54 attachés à ces protocoles de soins, on nous laisse toute la latitude pour les adapter à
55 l'environnement et aux situations. Et n'oublions pas que les infirmiers ont un rôle propre et
56 dans mon cas, aucun protocole ne vient entacher ma liberté d'action dans le respect de mon
57 patient et de sa famille.

Entretien 2 : Entretien infirmier avec richard, infirmier en SMUR

1 Richard : J'ai passé mon diplôme d'état en 2004, à l'école de Clermont Ferrand. Je suis parti
2 travaillé en réanimation en Polynésie française pendant 5 ans avant de passer mon concours
3 pour rentrer à l'école IADE, école IADE en 2009. Ça fait 12 ans que je suis IADE et 19 ans
4 infirmier.

5 Poste pré-hospitalier : 4 ans au mois de mai 2023

LES PROTOCOLES

6 **N. MANZON : Pour toi les protocoles sont-ils des outils aidant dans le quotidien des**
7 **infirmiers ?**

8 Richard : Oui les protocoles sont des outils aidant dans le quotidien des infirmiers et dans
9 notre activité quotidienne.

10 Cela permet de devancer les demandes médicales et d'avoir un support pour être autonome
11 dans notre activité.

12 **N. MANZON : Peux-tu me citer trois termes qui définissent les protocoles**

13 Richard : actualisé, synthétique, basé sur des recommandations des sociétés savantes.

14 **N. MANZON : Pourquoi as-tu choisis ces termes ?**

15 Richard : Actualiser : c'est pour faire les choses correctement et pas en étant à côté de la
16 plaque avec des protocoles qui ne sont plus d'actualité.

17 Synthétique : c'est que dans une situation d'urgence c'est mieux d'avoir un support concis et
18 se perdre dans un discours délétère.

19 Basé sur les recommandations des sociétés savantes : cela permet de faire les choses qui ont
20 été étudiées et validées sans faire la cuisine de son côté.

LA SINGULARITE DU PATIENT

21 ***N. MANZON : Parviens-tu toujours à prendre en considération les attentes, les demandes***
22 ***et les souhaits des patients ?***

23 Richard : j'essaye au maximum de pouvoir répondre aux demandes du patient sans mettre de
24 frein à mon activité et à l'ergonomie qui permet d'anticiper une évolution.

25 ***N. MANZON : comment tu essayes de répondre à leurs demandes, les attentes ?***

26 Richard : Par exemple pour les secondaires j'essaye d'installer au mieux les patients tout en
27 gardant les accès aux abords veineux et au monitoring afin de pouvoir surveiller le patient.

28 Les primaires, en fait, dans le cadre d'une urgence critique, je ne prendrai pas en compte les
29 attentes du patient car là c'est l'urgence qui prime.

30 Ce qui va être un frein à la singularité du patient c'est la criticité de la situation.

31 ***N. MANZON : Pensez-vous que l'utilisation des protocoles de soins favorise ou altère la***
32 ***prise en charge singulière du patient ?***

33 Richard: je ne pense pas que ce soit un frein ou une nuisance à la prise en charge du patient.
34 Pour la simple et bonne raison que le protocole est là pour appuyer un arbre décisionnel et des
35 thérapeutiques à appliquer une prescription médicale anticipée.

36 Ce n'est en aucun cas un frein à écouter les demandes particulières du patient.

37 Exemple : la patiente qui a été opérée du sein côté gauche, la voie veineuse se fera du côté
38 droit pour respecter au mieux le bien être du patient. Mais les thérapeutiques seront
39 appliquées dans les temps.

L'AUTONOMIE PROFESSIONNELLE DES INFIRMIERS

40 ***N. MANZON : Penses-tu être autonome au quotidien dans ton travail ?***

41 Richard: la question n'est pas évidente.

42 En fait, on travaille toujours en collaboration avec le médecin mais on a la connaissance des
43 protocoles médicaux pour la prise en charge des pathologies donc on est quand même dans
44 l'anticipation pour justement l'application du protocole qui va être demandé par le médecin.

45 D'un point de vue de la définition nous ne sommes pas réellement autonomes mais nous
46 avons quand même une capacité à l'aide à la décision par nos connaissances des protocoles.

47 Notre spécialité nous permet une grande autonomie dans le choix des thérapeutiques
48 notamment pour les sédations mais en fait les plus utilisés comme le socle de supports pour
49 les médecins qui ne sont pas forcément habitués à utiliser ces médicaments.

50 ***N. MANZON : est-ce que tu ressens que tu as une certaine autonomie ?***

51 Richard : oui nous avons une autonomie dans nos prises en charge.

52 ***N. MANZON : qu'est-ce qui t'a permis, où quel moyen, où quel outil t'a permis d'acquérir***
53 ***cette autonomie ?***

54 Richard : l'expérience permet d'acquérir une certaine autonomie, la curiosité des publications
55 et des recommandations publiées par les sociétés savantes et de travailler sur des protocoles
56 de soins.

57 **N. MANZON : Penses-tu que l'utilisation des protocoles de soins favorise ou altère**
58 ***l'autonomie***

59 Je pense que les protocoles favorisent l'autonomie dans le sens où on n'est pas obligé
60 t'attendre d'avis ou la prescription médicale. Le fait d'avoir un support n'est pas un frein à
61 l'autonomie et à la réflexion mais juste un support qui permet d'éviter des erreurs.

Entretien 3: Entretien infirmière avec line, infirmerie aux urgences

1 Infirmière diplômée d'état depuis 10 ans, exerçant dans un service d'urgences d'un hôpital
2 public général depuis deux années. Elle possède une expérience professionnelle de réanima-
3 tion polyvalente de 8 ans.

LES PROTOCOLES

4 **N. MANZON : Pour toi les protocoles sont-ils des outils aidant dans le quotidien des**
5 ***infirmiers ?***

6 Line : Cela dépend des protocoles. Je travaille aux Urgences de l'hôpital d'Avignon, service
7 très protocolisé, dans le sens où on reçoit les patients avant les médecins. On a un protocole
8 sur la douleur qui nous aide énormément car on peut commencer à soulager le patient avant
9 qu'il soit vu par le médecin. Dans certains cas les protocoles ne sont pas forcément des outils,
10 des aides dans le sens où ils ne sont pas réactualisés régulièrement donc c'est des choses qui
11 vont se perdre, des habitudes de service qui vont changer. C'est un gros travail de réactualiser
12 un protocole donc ce n'est pas forcément une aide mais dans les $\frac{3}{4}$ du temps c'est une aide.

13 **N. MANZON : Peux-tu me citer trois termes qui définissent les protocoles**

14 Line: uniformité, rigueur dans certains cas, légalisation des pratiques.

15 **N. MANZON : Pourquoi as-tu choisis ces termes ?**

16 Line : uniformité parce que le protocole uniformise les pratiques de tous les soignants du
17 service ou d'un hôpital. Par exemple l'hôpital a des protocoles universels pour tout l'hôpital
18 comme pour l'Héparine.

19 Légalisation puisque ça va dans la réglementation au niveau des habitudes de service, un
20 protocole te dit ce que tu peux faire et ce que tu as le droit de faire au niveau légal.

21 Rigueur car il y a quand même des protocoles comme pour la réfection de pansement, des
22 choses comme ça, qui te permette de faire les choses dans de bonnes pratiques et de façon
23 correcte, qui t'aide à faire ton soin.

LA SINGULARITE DU PATIENT

24 **N. MANZON : Parviens-tu toujours à prendre en considération les attentes, les demandes**
25 ***et les souhaits des patients ?***

26 Line : nous c'est un peu particulier aux Urgences parce que leurs attentes sont ciblées sur un
27 point, quand ils arrivent et qu'ils ont mal, leur attente c'est qu'ils aient plus mal. Donc en
28 général, les attentes ont arrivé à y répondre.

29 Les souhaits ce n'est pas toujours évident parce que ça va être différent d'un patient à un
30 autre, certains patients sont très exigeants de part leur parcours de soins, leur personnalité. La

31 demande en général c'est ce que souhaite le patient donc le plus souvent on s'y rapproche
32 quand même assez fortement mais c'est vrai que des fois on ne peut pas répondre toujours à
33 sa demande car desfois c'est irréalisable comme des toxicomanes qui nous demandent une
34 ordonnance de Méthadone ou carrément de la Méthadone donc c'est impossible de répondre à
35 leur demande.

36 **N. MANZON : comment tu essayes de répondre à leurs demandes, les attentes ?**

37 Line : c'est propre à chaque situation et à chaque patient puisqu'il y a la manière dont il va
38 demander la chose qui va changer ou non ta façon de faire, parce que quand même on est des
39 êtres humains et si tu as une personne qui est agressive en face de toi, même si tu essayes de
40 ne pas rentrer dans l'agressivité, tu ne vas pas forcément y répondre du mieux que tu peux.

41 **N. MANZON : Pensez-vous que l'utilisation des protocoles de soins favorise ou altère la**
42 **prise en charge singulière du patient ?**

43 Line: tu as quand même les deux cas de figure. Oui ça va t'aider à prendre en compte leur
44 singularité et tout ça puisque les protocoles sont quand même assez adaptés, ils sont assez
45 larges. Par exemple, le protocole de la douleur c'est celui qu'on utilise le plus aux Urgences.
46 Si l'EVA du patient est entre temps et temps tu vas lui donner tel médicament mais si le
47 patient a déjà pris le traitement que tu vas lui donner, bien sûr que tu ne vas pas lui donner
48 donc à ce moment-là tu adaptes, tu fais comme si c'était toi qui lui avait donné et tu continues
49 le protocole. Donc oui ça peut aider et dans certaines situations ça peut bloquer, altérer
50 puisque les patients ne comprennent pas forcément pourquoi ils sont pris rapidement en
51 charge par l'infirmière, l'équipe médicale et qu'il y a 3 heures d'attentes pour voir le médecin
52 et pourquoi ils n'ont pas eu de prise de sang. On leur explique que nous on ne peut pas faire
53 une prise de sang, que c'est le médecin qui doit les examiner, faire la prise de sang. Donc oui
54 ça peut altérer dans certaines situations.

L'AUTONOMIE PROFESSIONNELLE DES INFIRMIERS

55 **N. MANZON : Penses-tu être autonome au quotidien dans ton travail ?**

56 Line : c'est un peu des questions compliquées quand on est aux Urgences dans le sens où on a
57 plusieurs secteurs. On a le secteur UHCD donc un secteur d'hospitalisation où là on n'est pas
58 très autonome car il y a le médecin qui nous prescrit des bilans, des examens, des
59 médicaments.

60 Ensuite on a le secteur debout où on va être autonome sur tout ce qui est, par rapport à la
61 douleur, l'administration d'antalgiques.

62 Le secteur couché et le déchoquage je pense que c'est un des secteurs où on arrive quand
63 même à être pas mal autonome puisque c'est des secteurs, surtout le secteur couché, où il y a
64 beaucoup d'attente mais des secteurs où on va poser des cathéters pour faire l'antalgie, la
65 prise de sang, on va commencer à faire des tubes. Si la personne vient pour une douleur
66 abdominale on va lui donner un pot et on va lui faire une ECBU ou une BU donc sur des
67 choses on va être assez autonome.

68 Par contre quand on est à l'accueil, on est pas autonome puisqu'à l'accueil on est censé
69 orienter les patients dans les Urgences donc là on est autonome puisqu'on oriente les patients
70 vers le bon secteur mais par contre si on veut réorienter les patients vers l'extérieur des
71 Urgences comme le médecin traitant, la maison médicale là ils nous faut l'avis du MAO ,
72 légalement c'est le médecin de l'accueil qui prend la décision de réorienter le patient donc sur
73 ce point on est par forcément autonome il faut l'aval du médecin. En général, on est assez

74 autonome surtout dans le service des Urgences où on est très protocolisé.

75 **N. MANZON : est-ce que tu ressens que tu as une certaine autonomie ?**

76 Line : Oui bien sûr.

77 **N. MANZON : qu'est-ce qui t'a permis, où quel moyen, où quel outil t'a permis d'acquérir**
78 **cette autonomie ?**

79 Line: D'abord la connaissance des protocoles puisque si tu ne connais pas le protocole de la
80 douleur, tu ne sais pas que tu peux administrer tel ou tel antalgique.

81 L'ancienneté, l'expérience dans le service puisque ça fait quand même 5 ans que je travaille
82 dans le service. On arrive quand même à cibler assez rapidement, au plus du pratique au plus
83 tu as l'habitude, quand un patient a mal à tel ou tel endroit on va se dire tiens il a telle ou telle
84 pathologie donc on va pouvoir faire tel soin comme la BU ou l'ECBU. Si le patient a une
85 douleur épigastrique on va lui faire un électrocardiogramme, nous ça nous autonomise et ça
86 avance le médecin sur la prise en charge.

87 **N. MANZON : Penses-tu que l'utilisation des protocoles de soins favorise ou altère**
88 **l'autonomie**

89 Line : je pense que ça favorise l'autonomie au niveau des soins infirmiers car ça nous permet
90 de savoir ce qu'on a le droit de faire ou de ne pas faire.

Entretien 4 : Infirmier Urgences Robert

1 J'ai d'abord été ambulancier pendant 5 ans, sapeur-pompier volontaire depuis 2011 jusqu'à ce
2 jour. Je suis rentré à l'hôpital en 2016 dans le service de Néphrologie, en cardiologie et aux
3 UMC depuis 2018 en tant qu'infirmier de nuit.

LES PROTOCOLES

4 **N. MANZON : Pour toi les protocoles sont-ils des outils aidant dans le quotidien des**
5 **infirmiers ?**

6 Robert : oui bien sûr, pour ma part de travailler de nuit on a une autonomie par rapport aux
7 médecins, les protocoles on s'en sert beaucoup ça évite de demander aux médecins les
8 prescriptions. Le fait de travailler aux UMC aussi, pour les mêmes raisons, vu le nombre de
9 patients qu'on a, le nombre de geste à faire, le nombre de médicament à administrer, de
10 pouvoir agir selon les protocoles ça fait gagner du temps et ça évite d'importuner le médecin
11 toutes les 5 minutes.

12 **N. MANZON : Peux-tu me citer trois termes qui définissent les protocoles**

13 **N. MANZON : Pourquoi as-tu choisis ces termes ?**

14 Robert : prescription médicale : un protocole c'est une prescription médicale validée par un
15 médecin et par les cadres du service. Permanent c'est une valeur dans le temps et qu'à partir
16 du moment où il a été établi et validé on sait qu'on peut s'en servir.

LA SINGULARITE DU PATIENT

17 **N. MANZON : Parviens-tu toujours à prendre en considération les attentes, les demandes**
18 **et les souhaits des patients ?**

19 **N. MANZON : comment tu essayes de répondre à leurs demandes, les attentes ?**

20 Robert: Non pas toujours du fait de la charge de travail importante, du nombre de patient, de
21 l'impatience des patients. On en vient à travailler de manière robotisée, rentrer dans la pièce
22 faire le soin et en ressortir. Bien entendu quand on a plus de temps dans la nuit profonde, on
23 prend plus de temps pour être à l'écoute du patient et répondre à ses demandes si possible.

24 Il y a des demandes de confort et de soins 2 choses différentes. Si un patient demande de quoi
25 calmer sa douleur bien sûr qu'on accède à sa demande, si il demande un repas en plein rush et
26 ben il attendra un peu.

27 Cela dépend du temps que l'on a. De 19 h à minuit voire une heure du matin, on n'a pas 2
28 minutes de temps libre. S'attarder sur des demandes autres que le soin serait au détriment des
29 soins des autres patients. Effectivement si on avait un effectif plus important ou si les services
30 d'urgence étaient moins engorgés les soignants auraient plus de temps à accorder aux
31 personnes qui en ont réellement besoin.

32 ***N. MANZON : Pensez-vous que l'utilisation des protocoles de soins favorise ou altère la***
33 ***prise en charge singulière du patient ?***

34 Robert : oui et non puisqu'un protocole est standardisé et répond à la prise en charge de la
35 globalité des patients.

36 Oui car le protocole on l'applique selon certains critères propres à chaque patient. Par
37 exemple, j'ai un protocole d'antalgique qui me dit si le patient a une douleur EN entre 5 et 7
38 /10 et qu'il n'a pas de fièvre et qui n'a pas d'allergie aux AINS on peut lui administrer
39 Parfalgan ou Profénid.

L'AUTONOMIE PROFESSIONNELLE DES INFIRMIERS

40 ***N. MANZON : Penses-tu être autonome au quotidien dans ton travail ?***

41 Robert : oui

42 D'une part la nuit on travaille avec moins de médecins donc on utilise les protocoles, on
43 utilise l'échange entre soignant et l'expérience fait que nous pouvons prendre certaines
44 décisions.

45 ***N. MANZON : qu'est-ce qui t'a permis, où quel moyen, où quel outil t'a permis d'acquérir***
46 ***cette autonomie ?***

47 Robert: les expériences passées dans les autres services où j'ai travaillé, dans mon métier
48 d'ambulancier et pompier. Les outils : le partage de savoir avec l'équipe paramédicale,
49 supports écrits Kaliweb, formations, l'évolution de la fiche de poste IDE de l'établissement et
50 de nouvelles compétences infirmières au niveau national.

51 ***N. MANZON : Penses-tu que l'utilisation des protocoles de soins favorise ou altère***
52 ***l'autonomie***

53 Robert : ça ne peut que favoriser l'autonomie par définition du protocole. Le protocole est là
54 pour être appliqué par l'infirmier sans avoir à consulter un médecin auparavant.

Entretien 5 : Emy infirmière psy

1 Diplômée depuis 22 ans, j'ai commencé mon parcours par les soins généraux pendant
2 quelques mois et après je suis arrivée en psychiatrie, pavillon d'entré fermé et depuis
3 maintenant 12 ans un parcours sur l'extrahospitalier d'abord en HDJ et actuellement en CMP
4 depuis 5 ans.

LES PROTOCOLES

5 **N. MANZON : Pour toi les protocoles sont-ils des outils aidant dans le quotidien des**
6 **infirmiers ?**

7 Emy : par chance, nous n'avons pas de protocole ou très peu et je pense que c'est une chance,
8 qui n'est pas applicable dans notre domaine car on ne sait pas ce qu'il va se passer dans la
9 journée, on ne peut pas prévoir. Je pense qu'en psychiatrie on ne prévoit rien ou peu donc on
10 n'a pas de protocole et c'est très bien ainsi et je ne vois pas sur quoi on pourrait protocoliser.
11 On ne peut pas protocoliser un entretien car on ne sait pas ce qu'il va se passer, on ne peut pas
12 protocoliser les ateliers thérapeutiques non plus. On peut imaginer certaines choses et on
13 s'adapte surtout en psychiatrie.

14 Nicolas : Quand tu fais une NAP (neuroleptique à action prolongée), c'est un protocole pour
15 toi ou pas ?

16 Emy : ça c'est quelque chose de technique on peut rapporter à un geste technique
17 effectivement alors qu'un protocole non, on a une ligne de conduite si tu veux, une méthode
18 de travail qui est obligatoire, il y a un cadre mais ce n'est pas protocolisé, on n'a pas eu
19 l'administration qui est venue protocoliser et uniformiser notre soin, parce que c'est ça un
20 protocole uniformiser les choses. Nous on arrive d'écoles différentes, on n'est pas tous de la
21 même génération donc effectivement .On va la faire toujours au même endroit mais il va y
22 avoir des nuances, il y a aussi des molécules qui s'adaptent maintenant on pique dans le bras
23 alors qu'avant on ne piquait pas dans le bras, les aiguilles sont toutes prêtes alors qu'avant ça
24 ne se faisait pas donc ça évolue donc non ce n'est pas protocolisé

25 Nicolas : quand tu es passée de l'HDJ au CMP, quand tu fais des ateliers ce n'est pas
26 protocolisé ?

27 Emy : qu'est-ce que tu entends par protocolisé.

28 Nicolas : est-ce que tu as une feuille de route ?

29 Emy : un projet institutionnel c'est protocolisé pour toi ?

30 Nicolas : je le demande à toi.

31 Emy : protocolisé : je trouve ce terme très réducteur. Parce qu'un projet laisse le champ de
32 pleins d'autres choses de possible, quelque chose qui bouge, quelque chose qui évolue.
33 Protocolisé ça n'évolue pas soit on arrête le protocole et on le change mais c'est vrai que ça
34 ne laisse pas de possibilité. Donc il n'y a pas de protocole pour les ateliers et heureusement.

35 **N. MANZON : Peux-tu me citer trois termes qui définissent les protocoles**

36 **N. MANZON : Pourquoi as-tu choisis ces termes ?**

37 Emy : rigide : c'est quelque chose qui est fermée, qui a été imaginée et qu'on doit appliquer
38 sans se questionner.

39 Ça ferme l'interrogation parce que moi je le vois de mon côté. Nous, notre outil premier c'est
40 l'interrogation, s'interroger. C'est sûr qu'en soins généraux c'est pour économiser du temps,
41 j'en suis pas sûr mais j'imagine que ça été fait pour ça.

42 Uniformité : par exemple si tu fais un protocole sur un atelier, je vais te dire quelque chose
43 parce qu'on va tomber dans l'absurde si tu fais un protocole sur un atelier de cuisine il va être
44 animé et monté de la même façon dans tout le centre hospitalier ?!! Alors que ce qui est riche
45 c'est de voir comment il est créé, monté et de façon totalement différente dans chaque unité

46 même si ça va être différent parce que les patients vont y amener des choses différentes mais
47 dans la conception elle ne peut pas être différente si elle est protocolisée.

LA SINGULARITE DU PATIENT

48 **N. MANZON : Parviens-tu toujours à prendre en considération les attentes, les demandes**
49 **et les souhaits des patients ?**

50 Emy : on ne peut pas, on essaye car d'abord la difficulté avec les patients psychiatriques c'est
51 la communication donc on ne peut pas tout entendre, ce n'est pas vrai mais on a ce souci-là.
52 Effectivement les ateliers, on va les adapter et les créer avec eux, nous les créons souvent à
53 partir d'eux parce qu'on a remarqué certaines choses, parce qu'on sait les choses qui ne vont
54 pas les mettre en difficulté, après on n'est pas toujours, c'est utopique et c'est complètement
55 fantasmé de se dire qu'on va réussir à les écouter ou les entendre.

56 Nicolas : donc parfois tu y arrives ?

57 Emy : oui on essaye. Après prendre en considération c'est une chose, arriver à entendre ce
58 qu'ils disent sans n'est une autre et ça c'est la deuxième partie de l'atelier justement où on va
59 croiser nos regards de professionnel avec les personnes qui étaient là pour voir ce qu'on a pu
60 observer, entendre et écouter et on entend pas tous la même chose.

61 Nicolas : toi personnellement y arrives-tu ?

62 Emy : tous les jours c'est difficile. Tous les jours, tu te dis est-ce que j'ai bien compris ce
63 qu'il voulait te dire, est-ce que tu as bien entendu, qu'est-ce qu'il s'est passé à ce moment-là.

64 Nicolas : et comment alors tu fais pour le prendre en considération ?

65 Emy : parce que tu repenses, tu reparles de cet échange qu'il y a eu, quels sont les mots qui
66 sont venus, qu'est-ce que tu as observé.

67 Nicolas : donc si je pouvais faire une petite synthèse : dans la prise en charge singulière du
68 patient c'est dans l'échange permanent avec celui-ci qui te permet et qui t'aide de voir
69 comment ça évolue ?

70 Emy : donc tu as l'échange avec le patient mais tu as l'échange avec l'équipe, avec les
71 collègues. Tu vas venir rapporter tes impressions et eux vont te dire ce qu'ils en pensent donc
72 il n'y a pas que ce moment-là, il y a le après. Tu vois, il n'y a pas que le moment de
73 l'entretien, il y a le après, l'échange, si toi tu étais là en tant qu'élève, si tu es seule tu vas
74 échanger avec le psychologue, le médecin ou avec ton collègue. Il y a plusieurs phases,
75 plusieurs temps.

76 **N. MANZON : Pensez-vous que l'utilisation des protocoles de soins favorise ou altère la**
77 **prise en charge singulière du patient ?**

78 Emy : je pense que c'est un peu contraire au protocole et singulier puisque c'est uniformisé
79 donc c'est quelque chose de généralisée, on protocolise, on nous généralise donc à partir du
80 moment tu généralises tu fais plusieurs et ce n'est plus un seul.

L'AUTONOMIE PROFESSIONNELLE DES INFIRMIERS

81 **N. MANZON : Penses-tu être autonome au quotidien dans ton travail ?**

82 **N. MANZON : est-ce que tu ressens que tu as une certaine autonomie ?**

83 Emy : moi je me sens autonome, oui, je me sens autonome mais j'appartiens à une institution
84 donc je ne le suis pas complètement mais je me sens en tout cas libre dans ma façon de

85 travailler et à la fois je suis à l'intérieur d'un cadre mais là où je me sens autonome et libre
86 c'est dans l'échange que j'ai avec mes collègues, avec ma hiérarchie, avec les médecins, ,
87 c'est le lien de confiance, de respect et d'échange c'est dans cela que je me sens autonome et
88 libre même si je travaille au sein d'une équipe et que je ne travaille pas seule. Je me sens libre
89 de pouvoir aller voir le médecin et de dire voilà en ce moment je suis inquiète pour tel patient
90 et d'insister si moi je pense que ce patient doit être intégré, le médecin m'entend et me fait
91 confiance. Je suis autonome parce que je m'autorise et je suis entendue dans ce que je
92 rapporte aux médecins.

93 *N. MANZON : qu'est-ce qui t'a permis, où quel moyen, où quel outil t'a permis d'acquérir*
94 *cette autonomie ?*

95 Emy: c'est le temps, l'expérience, les formations, les échanges avec les équipes et les
96 collègues plus anciens qui m'ont appris des choses, les médecins avec lesquels j'ai travaillé,
97 d'avoir changé de service, c'est la multitude d'expérience qui fait ça et ce n'est jamais assez.

98 *N. MANZON : Penses-tu que l'utilisation des protocoles de soins favorise ou altère*
99 *l'autonomie*

100 Emy: c'est sûr que moi, si on replace au niveau de la psychiatrie mais je ne peux pas
101 m'empêcher de faire un lien avec les soins généraux puisque nous on utilise très peu les
102 protocoles. Moi je vais avoir mon regard extérieur sur ce que je vois de ma profession sur les
103 soins généraux.

104 Effectivement, à partir du moment où on te protocolise les choses on te dit ce que tu dois faire
105 donc tu n'es plus forcément autonome même si ça ne change pas que tu dois effectuer les
106 soins dans un cadre, tu respectes la prescription, tu respectes les règles d'hygiène mais il me
107 semble que tu n'as plus quelque part ton expérience qui vient parler un petit peu aussi. Moi
108 j'ai appris avec les infirmières qui savaient puisque ça faisait x années qu'elles travaillaient
109 dans le même service. Par exemple le redon ne donnait pas assez et que même si tu es à J+3 il
110 y avait quelque chose d'anormale et qu'il fallait alerter le médecin et si le médecin n'était pas
111 là d'alerter l'interne, il y avait l'expérience qui parlait. Le protocole s'est très bien, c'est
112 rassurant, ça uniformise, ça fait peut-être gagner beaucoup de temps, j'imagine qu'il doit y
113 avoir des bienfaits mais est-ce que ça ne limite pas la pensée, la réaction, le côté objectif, le
114 côté critique, est-ce que ça ne limite pas ça, est-ce que ça ne limite pas parce que quand même
115 le niveau d'alerte, est-ce que ça t'empêche pas de penser tout simplement.

116 Si tu fais toujours la même chose, par exemple si tu sais qu'à J+3 après une PTH tu fais telle
117 prise de sang, à J+5 tu fais tel soin, si tu vois que le pansement n'est pas bien à J+2 tu vas
118 t'autoriser à dire quelque chose, est-ce que ça ne va pas t'empêcher ça.

119 Nicolas : comment tu le perçois l'utilisation du protocole ?

120 Emy : moi j'ai peur que ça empêche le professionnel de réfléchir et de faire appel à son
121 intuition et à son expérience.

122 Moi j'ai de la chance de ne pas en avoir. Je n'imagine pas la psychiatrie avec des protocoles.
123 Certainement qu'il y en a des protocoles pour les chambres d'isolement mais là tu es dans
124 l'intra mais pareil je ne suis pas sûr qu'un soignant qui redouble de bon sens, de curiosité, de
125 bienveillance ça vaut 100 000 fois un protocole. Même en tant que jeune infirmière, tu vas
126 voir ta collègue qui est ancienne ou tu vas demander de l'aide dès que tu as un doute

127 Nicolas : donc pour toi les protocoles peuvent être un facteur limitant ?

128 Emy : moi j'ai peur que ce soit une étiquette que l'on colle sur un pot de confiture et qu'on
129 laisse dans un placard et qu'on enferme un peu plus de cadre.

Entretien 6 : Entretien infirmier avec lyse

1 Infirmière en secteur psychiatrie, diplômée depuis 1992. Je viens de Lorraine et j'ai fait ma
2 formation à l'ACSO et je suis arrivée en Provence à l'hôpital de Montfavet en 2003.

3 J'ai travaillé aux Cèdres, après j'ai travaillé dans un endroit où il y avait un hôpital de Jour,
4 du suivi à domicile et l'accueil familial, un centre d'activité à temps partiel et également une
5 fonction au niveau de l'accueil du secteur, après j'ai pris un congé parental de 3 ans. J'ai
6 travaillé en CMP sur Avignon et depuis je suis à l'hôpital de Jour à Saint Rémy de Provence.

LES PROTOCOLES

7 ***N. MANZON : Pour toi les protocoles sont-ils des outils aidant dans le quotidien des***
8 ***infirmiers ?***

9 Lyse : pour moi c'est non très clairement. Comment expliquer cela. Il y a une nécessité de
10 cadre mais sûrement pas en passant par des protocoles qui s'appliquent de façon
11 indifférenciée surtout en psychiatrie parce que ça ne peut pas considérer la singularité des
12 patients et même des personnes puisque nous aussi on travaille avec ce qu'on est et le patient
13 est avant tout d'être un malade il est un sujet donc du coup le protocole nit tout ça et c'est très
14 délétère pour le soin.

15 ***N. MANZON : Peux-tu me citer trois termes qui définissent les protocoles***

16 ***N. MANZON : Pourquoi as-tu choisis ces termes ?***

17 Lyse: case, inhumanité, déshumanisation, uniformité :

18 Oui ces termes sont négatifs. C'est comme si on venait non plus soigner mais mettre en
19 forme, ne plus s'intéresser qui est l'autre mais plutôt à suivre une démarche.

LA SINGULARITE DU PATIENT

20 ***N. MANZON : Parviens-tu toujours à prendre en considération les attentes, les demandes***
21 ***et les souhaits des patients ?***

22 Lyse : oui c'est ma priorité. Après que je ne puisse pas toujours y répondre ça arrive mais leur
23 laisser la possibilité de les exprimer et de voir à partir de cette expression là ce qu'il est
24 possible de construire avec eux ça c'est une priorité. Après on réussit ou on ne réussit pas cela
25 n'est pas trop la question, c'est comment on va pouvoir à partir de ce qu'ils souhaitent eux
26 avec effectivement des choses qui ne vont pas être possible, avec des empêchements.

L'AUTONOMIE PROFESSIONNELLE DES INFIRMIERS

27 ***N. MANZON : Penses-tu être autonome au quotidien dans ton travail ?***

28 ***N. MANZON : est-ce que tu ressens que tu as une certaine autonomie ?***

29 ***N. MANZON : qu'est-ce qui t'a permis, où quel moyen, où quel outil t'a permis d'acquérir***
30 ***cette autonomie ?***

31 Lyse : oui je me sens autonome dans mon travail et dans la façon dont je peux avoir au moins

32 l'idée de travail que je peux faire. Les outils sont la rencontre avec des personnes, des
33 formations, le partage d'expérience, de toujours s'enrichir. Voilà que ce soit au niveau
34 pratique, relationnel, théorique et d'aller toujours à la recherche de quelque chose qui va aider
35 à penser le soin, c'est la pensée du soin et sûrement pas avec des fichiers, des questions
36 réponses, avec des choses qui sont action/réaction car cela m'aurait tué en tant que soignante,
37 c'est impossible de fonctionner de cette façon-là et c'est le fait d'aller penser, d'aller réfléchir,
38 d'aller questionner ma pratique aussi parce que ça aussi est indispensable en psychiatrie me
39 semble-t-il de pouvoir avoir des temps de recul pour pouvoir interroger ce qu'on fait et
40 s'interroger sur ce qu'on fait.

41 nicolas : tu as peur qu'on bascule là-dedans ?

42 Lyse: dans l'action réaction ? Oui bien sûr et c'est déjà le cas. Il y a déjà des gros
43 fondamentaux qui n'existent plus et s'est compliqué parce que se laisser du temps pour penser
44 et pour réfléchir, ne pas être dans action/réaction, ne pas être dans un délai, se dire il va mieux
45 il doit passer à. Nonnn, il va mieux parce qu'il est là, il a installé une discussion. Si le patient
46 va bien c'est qu'on a construit avec lui. Je ne dis pas ça pour les garder dans la structure. Il y a
47 un truc qui paraît fondamental aujourd'hui, on n'a plus les moyens, mais à l'époque où je
48 commençai à travailler, au niveau des directeurs il y a quelques chose de possible dans avoir
49 des statuts un petit peu particulier en fonction des lieux où on travaille. J'ai bossé dans un
50 centre postcure en Lorraine où on avait une régie d'avance c'est-à-dire qu'avec la direction il
51 avait été possible de concocter qu'on est de l'argent liquide de disponible pour pouvoir faire
52 les courses aux patients pour les repas par exemple. Aujourd'hui c'est tout un cinéma pour
53 avoir de l'argent liquide où les protocoles de l'hygiène empêchent.

54 ***N. MANZON : Penses-tu que l'utilisation des protocoles de soins favorise ou altère***
55 ***l'autonomie***

56 Lyse : ça altère forcément de l'autonomie. Bien sûr qu'il est nécessaire d'avoir des règles, des
57 façons de pratiquer, on ne peut pas faire n'importe quoi n'importe comment mais entre avoir
58 une conduite à tenir pour faire face à quelque chose, par exemple une règle d'hygiène pour un
59 soin, c'est obligatoire. Après en psychiatrie, c'est l'inventivité qui va faire le soin. Quand j'ai
60 commencé à travailler on nous disait ce qu'il ne fallait pas faire mais on nous disait
61 absolument pas ce qu'il fallait faire. Ce qu'il fallait faire c'était à nous de l'inventer en
62 fonction de qui on était et c'est ça pour moi un vrai soin qui tient compte des individus.

Annexe IV : Grilles d'analyses

Entretien 1

QUESTIONS	THEMES	CADRE DE REFERENCE	VERBATIM.E.1
Les protocoles sont-ils pour vous aidants ou non ? Oui/Non	Protocoles : outils aidants Protocoles : outils non aidants	Organisation - qualité des soins Savoirs professionnels	L.1 « Oui », « base de travail commune à l'équipe » L.4 « s'appuient sur un savoir » L.6 « cela facilite la prise en charge des patients et sa continuité » L.19 « fondation de notre prise en charge » L.32 « dans notre service on nous laisse toute latitude pour les adapter à l'environnement et aux situations » L.2 « ne doivent pas être un carcan » L.19 « mais aucun protocole ne peut considérer l'ensemble des situations » L.4 « réfléchis », « applicables à tous » L.7 « reproductibles »
Citez 3 termes pour définir un protocole	Protocoles : définition	Harmonisation des pratiques Sécurité- qualité des soins Source de savoirs fiables	L.9 « non, on ne peut pas répondre à leur attente » L.11-14 « les premières demandes : avoir un diagnostic » ... « ne sont pas réalisables en préhospitalier » L.14 « on donne des piste » L.15 « on prend en compte leur attente dans la prise en charge de la douleur » L.16-17 « Je m'attache à prendre en charge de façon qualitative les plaintes de mon patient »
Les Protocoles facilitent ils ou empêchent-ils la prise en compte de la singularité du patient ?	Singularité du patient pas toujours prise en compte Singularité prise en compte	Organisation des soins et parcours du patient Relation soignant-soigné	L.18 « je n'aurai pas une réponse tranchée » L.19 « mais aucun protocole ne peut considérer l'ensemble des situations »
Vous percevez vous autonome ? Oui/Non ?	Perception de l'autonomie professionnelle par les infirmiers eux-mêmes	Compétences professionnelles	L.22-23 « j'ai donc développé mon autonomie afin de répondre au mieux aux missions qui m'étaient confiées »
Comment faites-vous pour être autonome ou pourquoi ne l'êtes-vous pas ?	Construction de l'autonomie professionnelle	Compétences professionnelles Compétences professionnelles collectives Evolution de la profession	L.20 « l'adaptabilité est le maître mot de notre métier » L.21 « mon expérience » L.22 « j'ai travaillé sans médecins à mes côtés » L.23-24 « ma formation » et « les différents DU m'ont préparé à cela » L.25-27 « seul, nous ne pouvons pas grand-chose », « mais la conjoncture des corps de métiers me permet d'avoir cette autonomie » L.28-30 « autonomie favorisée par le fait de travailler avec les médecins qui connaissent mes compétences et mes limites »

<p>Les Protocoles favorisent ils ou empêchent-ils l'autonomie professionnelle ?</p>	<p>Limitation de l'autonomie professionnelle par l'application et l'utilisation des protocoles</p>	<p>Réglementation professionnelle</p>	<p>« Autonomie reconnue par notre hiérarchie médicale » L.31 « ça ne l'altère pas du tout » L.34 « aucun protocole ne vient entacher ma liberté d'action » L.32 « dans notre service on nous laisse toute latitude pour les adapter à l'environnement et aux situations » L.33 « n'oublions pas que les infirmiers ont un rôle propre »</p>
---	--	---------------------------------------	---

Entretien 2

QUESTIONS	THEMES	CADRE DE REFERENCE	VERBATIM E.2
<p>Les Protocoles sont-ils aidants ou pas pour vous ? Oui/Non</p>	<p>Protocoles : outils aidants Protocoles non aidants</p>	<p>Organisation - qualité des soins Anticipation de la prescription médicale Savoirs professionnels ? Sécurité des soins -gestion des risques Actualisation des protocoles</p>	<p>L1 « oui » L1 « Aidants dans le quotidien des infirmiers » L3 « Cela permet de devancer les prescriptions médicales » L6 « c'est pour faire les choses correctement » L20-21 « le protocole est là pour appuyer un arbre décisionnel et des thérapeutiques à appliquer » L21 « c'est une prescription médicale anticipée » L27-28 « on a la connaissance des protocoles médicaux » L28-29 « donc on est quand même dans l'anticipation » L29-30 « pour justement l'application du protocole qui va être demandé par le médecin » L41-42 « on n'est pas obligé d'attendre l'avis ou la prescription médicale » L43 « un support qui permet d'éviter les erreurs » L6-7 « en étant à côté de la plaque avec des protocoles qui ne sont plus actualisés » L5 « Actualisé-synthétique-base sur des recommandations des sociétés savantes » L6 « c'est faire les choses correctement » L10 « Cela permet de faire les choses qui ont été étudiées et validées » « Dans une situation d'urgence c'est mieux d'avoir un support concis que de se perdre dans un discours désolé » L11 « sans faire la cuisine de son côté »</p>
<p>Citez 3 termes pour définir un protocole</p>	<p>Protocoles : définition</p>	<p>Sécurité- qualité des soins Savoirs professionnels faibles Sécurité des soins - Soins d'urgence Harmonisation des pratiques</p>	<p>L12-13 « ... sans mettre de frein à mon activité et à l'ergonomie » L14-15 « tout en gardant les accès aux abords veineux et au monitoring afin de pouvoir surveiller le patient » L16-17 « dans le cadre d'une urgence critique, je ne prendrai pas en compte les attentes du patient » L17 « là, c'est l'urgence qui prime » L18 « ce qui va être un frein à la singularité du patient c'est la criticité de la situation » L12 « j'essaie au maximum de pouvoir répondre aux demandes du patient » L14 « j'essaie d'installer au mieux les patients »</p>
<p>Pouvez-vous toujours prendre en compte la singularité du patient ? Oui/Non ? Comment faites-vous ou pourquoi ne pouvez-vous pas la prendre en compte (la singularité du patient) ?</p>	<p>Singularité du patient pas toujours prise en compte Singularité prise en compte</p>	<p>Organisation des soins et parcours du patient. Qualité et sécurité des soins Situations d'urgence - Sécurité des soins Relation soignant-soigné</p>	<p>L19 « je ne pense pas que ce soit un frein ou une nuisance à la prise en charge » L22 « ce n'est en aucun cas un frein écouter les demandes du patient »</p>
<p>Les Protocoles facilitent ils ou empêchent-ils la prise en compte de la singularité du patient ? Vous percevez vous l'autonomie ?</p>	<p>Singularité du patient facilitée ou non par les protocoles Perception de l'autonomie</p>	<p>Cadre réglementaire de la profession</p>	<p>L26 « la question n'est pas évidente » L37 « oui, nous avons une autonomie dans nos prises en charge »</p>

Oui / Non ?	professionnelle par les infirmiers eux-mêmes	Rôle collaborant de l'infirmier Compétences professionnelles	L27 « on travaille toujours en collaboration avec le m édecin » L31 « d' un point de vue de la définition, nous ne sommes pas réellement autonomes » L31-33 « mais nous avons quand même une capacité d' aide à la décision par nos connaissances des protocoles » L34-36 « Notre spécialité nous permet une grande autonomie dans le choix des thérapeutiques notamment pour les sédations »
Comment faites-vous pour être autonome ou pourquoi ne l'êtes-vous pas ?	Construction de l'autonomie professionnelle	Compétences professionnelles collectives Evolution de la profession	L38 « l' expérience » L39 « La curiosité des publications et des recommandations publiées » L40 « Travailler sur des protocoles de soins »
Les Protocoles favorisent ils ou empêchent-ils l'autonomie professionnelle ?	Limitation de l'autonomie professionnelle par l'application des protocoles	Protocoles : outils d'autonomisation de l'infirmier Réglementation professionnelle	L3 « Un support pour être autonome dans notre activité » L41 « je pense que les protocoles favorisent l'autonomie » L42-43 « le fait d' avoir un support n' est pas un frein à l' autonomie et à la réflexion »

Entretien 3

QUESTIONS

THEMES

CADRE DE REFERENCE

VERBATIME.3

Les protocoles sont-ils aidants pour vous ou pas ? Oui/Non	Protocoles : outils aidants Protocoles non aidants	Organisation - qualité des soins Anticipation de la prescription médicale Savoirs professionnels ? Autonomie professionnelle Sécurité des soins - gestion des risques Actualisation des protocoles	L1 « cela dépend des protocoles » L8 « dans les 3/4 du temps, c' est une aide » L2-3 « on a un protocole sur la douleur qui nous aide énormément » L3-4 « car on peut soulager le patient avant qu' il soit vu par le médecin » L17 « qui t' aide à faire ton soin » L74 « et ça avance le médecin sur la prise en charge » L7 « c' est un gros travail de réactualiser un protocole » L74 « nous ça nous autonomise » L4-6 « dans certains cas, les protocoles ne sont pas forcément des outils, des aides dans le sens où ils ne sont pas réactualisés régulièrement » L8 « donc c' est pas forcément une aide » L9 « Uniformité-rigueur-légalisation des pratiques » L15 « rigueur » L16 « qui te permette de faire les choses dans de bonnes pratiques et de façon correcte » L13 « L' égalisation » L13 « ça va dans la réglementation au niveau des habitudes de service » L14 « un protocole te dit ce que tu peux faire et ce que tu as le droit de faire au niveau légal » L10-12 « Uniformise les pratiques de tous les soignants du service ou d' un hôpital » L11 « l' hôpital a des protocoles universels »
Parvenez-vous à toujours prendre en compte la singularité du patient ? Oui/Non Comment faites-vous ou pourquoi ne pouvez-vous pas la prendre en compte (la singularité du patient) ?	Singularité du patient pas toujours prise en compte Singularité prise en compte	Organisation des soins et parcours du patient. Qualité et sécurité des soins Situations d'urgence - Sécurité des soins Relation soignant-soigné	L21 « ce n' est pas toujours évident » L23-24 « le plus souvent on s' y rapproche quand même assez fortement » L24-25 « mais c' est vrai que des fois on ne peut pas répondre toujours à sa demande » L25 « des fois c' est irréalisable comme des toxicomanes qui nous demandent une ordonnance de METHADONE ou de la METHADONE », « donc c' est impossible de répondre à leur demande » L18 « nous, c' est un peu particulier aux urgences », « parce que les attentes sont ciblées sur un point » L19 « quand ils arrivent, ils ont mal », « leur attente c' est qu' ils n' aient plus mal », L20 « donc en général, les attentes on arrive à y répondre » L35-36 « le protocole de la douleur c' est celui qu' on utilise le plus aux urgences » L38 « tu adaptes » L21 « ça va être différent d' un patient à un autre » L28 « c' est propre à chaque situation et à chaque patient » L28-29 « il y a la manière dont il va demander la chose qui va changer ou non la façon de

				faire » L29-30 « parce que quand même, on est des êtres humains » L30-32 « si tu as une personne qui est agressive en face de toi, même si tu essaies de ne pas rentrer dans l'agressivité, tu ne vas pas forcément y répondre du mieux que tu peux » L33 « tu as quand même les deux cas de figure » L33-34 « oui, ça va aider », « sont quand même assez adaptés, ils sont assez larges » L39 « Donc oui, ça peut aider » L39-40 « dans certaines situations, ça peut bloquer, altérer parce que les patients ne comprennent pas forcément » L44-45 « donc oui ça peut altérer dans certaines situations » L66 « Oui bien sûr » L46-47 « c'est un peu des questions compliquées quand on est aux urgences... on a plusieurs secteurs » L47-48 « secteur d'hospitalisation où là on n'est pas très autonome car il y a le médecin qui nous prescrit » L50-51 « le secteur debout où on va être autonome... par rapport à la douleur, l'administration d'antalgiques » L52-53 « le secteur couché et le déchoquage... où on arrive à être pas mal autonome » L75-76 « ça favorise l'autonomie... car ça nous permet de savoir ce qu'on a le droit de faire ou de ne pas faire » L67 « D'abord par la connaissance des protocoles » L69 « l'ancienneté » L69 « l'expérience dans le service » L64-65 « En général, on est assez autonome surtout dans le service des urgences où on est très protocolisé » L74 « nous ça nous autorise » L75 « je pense que ça favorise l'autonomie au niveau des soins infirmiers »
	Singularité prise en compte (suite) Singularité du patient facilitée ou non par les protocoles	Relation soignant-soigné (suite) Oui et non Oui facilitent Non, empêchent		
Les Protocoles facilitent ils ou empêchent-ils la prise en compte de la singularité du patient ?				
Vous percevez vous autonome ? Oui/Non ?	Perception de l'autonomie professionnelle par les infirmiers eux-mêmes	Oui et non, selon la présence du médecin et l'existence de protocoles ou non Organisation des soins Cadre réglementaire de la profession Rôle collaborant de l'infirmier Compétences professionnelles		
Comment faites-vous pour être vous autonome ou pourquoi ne l'êtes-vous pas ?	Construction de l'autonomie professionnelle	Compétences professionnelles Compétences professionnelles collectives Evolution de la profession		
Les Protocoles favorisent ils ou empêchent-ils l'autonomie pro ?	Limitation de l'autonomie professionnelle par l'application des protocoles	Protocoles : outils d'autonomisation de l'infirmier Réglementation professionnelle		

Entretien 4

QUESTIONS	THEMES	CADRE DE REFERENCE	VERBATIME.4
<p>Les protocoles sont-ils aidants pour vous ou pas ? Oui/Non ?</p>	<p>Protocoles : outils aidants Protocoles non aidants</p>	<p>Organisation - qualité des soins Anticipation de la prescription médicale Autonomie professionnelle</p>	<p>L1 « Oui bien sûr » L 2-3 « les protocoles on s'en sert beaucoup, ça évite de demander aux médecins les prescriptions » L3 « le fait de travailler aux urgences aussi » L5 « ça fait gagner du temps » L5 « ça évite d'importuner le médecin toutes les 5 minutes » L36-37 « le protocole est là pour être appliqué par l'infirmier sans avoir à consulter un médecin auparavant » L 1-2 « travailler de nuit, on a une autonomie par rapport aux médecins » L4-5 « pouvoir agir selon les protocoles » L6 « prescription médicale » L6-7 « prescription médicale validée par un médecin et par les cadres » L8 « à partir du moment où il a été établi et validé, on sait qu'on peut s'en servir » L7 « permanent, c'est une valeur dans le temps » L8 « on sait qu'on peut s'en servir »</p>
<p>Pouvez-vous me citer trois termes qui définissent pour vous les protocoles ?</p>	<p>Protocoles : définition</p>	<p>Réglementation professionnelle Harmonisation des pratiques - sécurité et qualité des soins</p>	<p>L9 « Non, pas toujours » L9-10 « du fait de la charge de travail importante, du nombre de patients » L10 « on en vient à travailler de manière robotisée » L11-12 « bien entendu, quand on a plus de temps, dans la nuit profonde, on prend plus pour être à l'écoute du patient » L14 « il y a des demandes de confort et de soins, deux choses différentes » L15 « Calmer sa douleur bien sûr qu'on accède à sa demande » L17 « cela dépend du temps que l'on a » L19-20 « Effectivement si l'on avait un effectif plus important » L20 « ou si les services d'urgence étaient moins engorgés, les soignants auraient plus de temps à accorder aux personnes » L11-13 « Bien sûr quand on a plus de temps dans la nuit profonde, on prend plus de temps pour être à l'écoute du patient et répondre à ses demandes si possible » L9-10 « du fait de l'impatience des patients » L11 « rentrer dans la chambre, faire le soin et en ressortir » L12-13 « on prend plus de temps pour être à l'écoute du patient et répondre à ses demandes si possible »</p>
<p>Parvenez-vous à toujours prendre en compte la singularité du patient ? Oui/Non ? Comment faites-vous ou pourquoi ne pouvez-vous pas la prendre en compte (la singularité du patient) ?</p>	<p>Singularité du patient pas toujours prise en compte Singularité prise en compte</p>	<p>Organisation des soins et parcours du patient. Qualité et sécurité des soins Relation soignant-soigné</p>	<p>L22 « Oui et non » L24 « le protocole on l'applique selon certains critères propres à chaque patient »</p>
<p>Les Protocoles facilitent ils ou empêchent-ils la</p>	<p>Singularité du patient facilitée ou non par les</p>	<p>Oui et non Oui facilitent</p>	<p>L22 « Oui et non » L24 « le protocole on l'applique selon certains critères propres à chaque patient »</p>

prise en compte de la singularité du patient ?	protocoles	Non, empêchant	L22-23 « un protocole est standardisé et répond à la prise en charge de la globalité des patients »
Vous percevez-vous l'autonomie ? Oui/Non ?	Perception de l'autonomie professionnelle par les infirmiers eux-mêmes	Organisation des soins Cadre réglementaire de la profession Rôle collaborant de l'infirmier Compétences professionnelles Compétences professionnelles collectives	L28 « Oui » L1 « travailler de nuit, ou a une autonomie par rapport aux médecins » L29 « la nuit on travaille avec moins de médecins, donc on a les protocoles, l'échange entre soignant » L30-31 « l'expérience fait que nous pouvons prendre certaines décisions » L30 « On utilise l'échange avec entre soignant »
Comment faites-vous pour être autonome ou pourquoi ne l'êtes-vous pas ?	Construction de l'autonomie professionnelle	Compétences professionnelles Compétences professionnelles collectives Evolution de la profession	L32 « les expériences passées dans les autres services » L33 « mon métier d'ambulancier et pompier » L34 « formations » L33 « le partage de savoir avec l'équipe paramédicale » L34 « l'évolution de la fiche de poste IDE » L35 « nouvelles compétences infirmières au niveau national »
Les Protocoles favorisent-ils ou empêchent-ils l'autonomie pro ?	Limitation de l'autonomie professionnelle par l'application des protocoles	Protocoles : outils d'autonomisation de l'infirmier Réglementation professionnelle	L36 « ça ne peut que favoriser l'autonomie par définition du protocole » L36-37 « le protocole est là pour être appliqué par l'infirmier sans avoir à consulter un médecin auparavant »

Entretien 5

QUESTIONS	THEMES	CADRE DE REFERENCE	VERBATIM E.5
Les protocoles sont-ils aidants ou pas pour vous ?	Protocoles non aidants	Protocoles non aidants Champ lexical du terme Protocole Organisation des soins et protocoles	L1 « Par chance, nous n'avons pas de protocoles ou très peu » L1 « je pense que c'est une chance » L3-4 « on n'a pas de protocoles et c'est très bien » L21 « il n'y a pas de protocoles pour les ateliers et heureusement L36 « moi j'ai de la chance de ne pas en avoir » L3-9 « un protocole non, on a une ligne de conduite si tu veux, une méthode de travail qui est obligatoire » L9 « il y a un cadre mais ce n'est pas protocolisé » L9-10 « on n'a pas eu l'administration qui est venue protocoliser et uniformiser notre soin » L10 « parce que c'est cela un protocole : uniformiser les choses » L11 « on va le faire toujours au même endroit mais il va y avoir des nuances » L14 « ça évolue donc non ce n'est pas protocolisé » L15 « qu'est-ce que tu entends par protocoles ? » L17 « un projet institutionnel c'est protocolisé pour toi ? » L2 « n'est pas applicable dans notre domaine » L4 « je ne vois pas sur quoi on pourrait protocoliser » L4-5 « on ne peut pas protocoliser un entretien » L4 « on ne peut pas protocoliser les ateliers thérapeutiques » L7 « on peut rapporter à un geste technique effectivement » L86 « je n'imagine pas la psychiatrie avec des protocoles »
Oui/Non ?	Protocoles de soins aidants	Autonomie professionnelle Organisation des soins et protocoles	L19-20 « protocoles ça n'évolue pas » L18 « protocoles je trouve ce terme réducteur » L20-21 « ça ne laisse pas de possibilité » L78 « mais est-ce que ça ne limite pas la pensée ? La réaction ? le côté objectif, le côté critique ? L80 « est-ce que ça ne t'empêche pas de penser tout simplement ? » L84 « moi j'ai peur que ça empêche le professionnel de réfléchir et de faire appel à son intuition et à son expérience » L76-78 « Le protocole c'est très bien, c'est rassurant, ça uniformise, ça fait peut-être gagner beaucoup de temps » L78 « j'imagine qu'il doit y avoir des bienfaits mais... »

<p>Pouvez-vous me citer trois termes qui définissent pour vous les protocoles ?</p> <p>Parvenez-vous toujours à prendre en compte la singularité du patient ?</p> <p>Oui/Non ?</p> <p>Comment faites-vous ou pourquoi ne pouvez-vous pas la prendre en compte (la singularité du patient) ?</p>	<p>Protocoles : définition</p> <p>Singularité du patient pas toujours prise en compte</p> <p>Singularité prise en compte</p>	<p>Réglementation professionnelle des protocoles.</p> <p>Harmonisation des pratiques -sécurité et qualité des soins</p> <p>Le patient -sujet -</p> <p>Organisation des soins et parcours du patient.</p> <p>Relation soignant-soigné</p>	<p>L22 « rigide, c'est quelque chose qui est fermé »</p> <p>L22-23 « qu'on doit appliquer sans se questionner »</p> <p>L27 « uniformité »</p> <p>L33 « On ne peut pas », « on essaie »</p> <p>L33-34 « la difficulté avec les patients psychiatriques c'est la communication »</p> <p>L34 « on ne peut pas tout entendre, ce n'est pas vrai »</p> <p>L37 « c'est utopique », « c'est complètement fantasmé de se dire qu'on va réussir à les écouter ou les entendre »</p> <p>L40 « c'est la deuxième partie de l'atelier justement on va croiser nos regards de professionnels »</p> <p>L47 « tu as l'échange avec le patient, mais tu as l'échange avec l'équipe, avec les collègues »</p> <p>L48-49 « il n'y a pas que ce moment-là, il y a le après », « il n'y a pas que l'entretien, il y a le après, l'échange »</p> <p>L50-51 « tu vas échanger avec le psychologue, le médecin ou ton collègue », « il y a plusieurs phases, plusieurs temps »</p> <p>L34 « mais on a ce souci-là »</p> <p>L39 « oui, on essaie », « prendre en considération c'est une chose, arriver à entendre ce qu'ils disent s'en est une autre »</p> <p>L42 « et on n'entend pas tous la même chose »</p> <p>L43 « tous les jours c'est difficile »</p> <p>L43-44 « tu te dis : est-ce que j'ai bien compris ce qu'il voulait te dire ? est-ce que tu as bien entendu ? »</p> <p>L44 « qu'est-ce qu'il s'est passé à ce moment-là ? »</p> <p>L52 « Je pense que c'est un peu contraire : protocole et singulier »</p> <p>L52-53 « puisque c'est uniformisé donc c'est quelque chose de généralisé, on protocolise, on nous généralise »,</p> <p>L53-54 « à partir du moment où tu généralises, tu fais plusieurs et ce n'est plus un seul »</p>
<p>Les Protocoles facilitent-ils ou empêchent-ils la prise en compte de la singularité du patient ?</p>	<p>Singularité du patient empêchée par les protocoles</p> <p>Les protocoles : outils de la qualité du soin ? Une question de normes ?</p>	<p>La singularité empêchée par les protocoles</p> <p>Harmonisation des pratiques de soins</p>	<p>L55 « moi, je me sens autonome », « oui, je me sens autonome »</p> <p>L56 « je me sens en tous cas libre dans ma façon de travailler »</p> <p>L57-59 « c'est dans l'échange que j'ai avec mes collègues, avec ma hiérarchie, avec les médecins, c'est dans le lien de confiance, de respect et d'échange, c'est dans cela que je me sens autonome et libre »</p> <p>L62-63 « je suis autonome parce que je m'autorise et je suis entendue dans ce que je rapporte aux médecins »</p> <p>L55-56 « Mais j'appartiens à une institution donc je ne le suis pas complètement »</p> <p>L57 « et à la fois je suis à l'intérieur d'un cadre »</p>
<p>Vous percevez-vous autonome ?</p> <p>Oui/Non ?</p>	<p>Perception de l'autonomie professionnelle par les infirmiers eux-mêmes</p>	<p>Autonomie professionnelle de l'infirmier</p> <p>Compétences professionnelles collectives</p> <p>Rôle collaborant de l'infirmier</p> <p>Organisation des soins</p> <p>Cadre réglementaire de la profession</p>	<p>L64 « C'est le temps, l'expérience, les formations »</p> <p>L66 « et ce n'est jamais assez »</p> <p>L64-65 « les échanges avec les équipes, les collègues plus anciens qui m'ont appris des choses, les médecins avec lesquels je travaille »</p> <p>L73 « moi j'ai appris avec les infirmières qui savaient »</p> <p>L69 « moi je vais avoir mon regard extérieur sur ce que je vois de ma profession sur les soins généraux »</p> <p>L70 « à partir du moment où on te protocolise les choses, on te dit ce que tu dois faire, donc tu n'es plus forcément autonome »</p> <p>L72-73 « Il me semble que tu n'as plus quelque part ton expérience qui vient parler un petit peu aussi »</p>
<p>Comment faites-vous pour être autonome ou pourquoi ne favorisent-ils ou empêchent-ils l'autonomie pro ?</p>	<p>Construction de l'autonomie professionnelle</p> <p>Limitation de l'autonomie professionnelle par l'application des protocoles</p>	<p>Compétences professionnelles collectives</p> <p>Protocoles : outils d'autonomisation de l'infirmier ?</p>	

Entretien 6

QUESTIONS	THEMES	CADRE DE REFERENCE	VERBAIIME.6
<p>Les protocoles sout-ils aidants pour vous ou pas ? Oui/Non ?</p>	<p>Protocoles non aidants</p>	<p>Singularité du patient /Harmonisation des pratiques, Qualité des soins Relation soignant-soigné/démarche qualité Evolution de la profession</p>	<p>L1 « pour moi c'est non très clairement » L7 « oui, ces termes sont négatifs » L2 « des protocoles qui s'appliquent de façon indifférenciée surtout en psychiatrie » L7 « c'est comme si on venait non plus à soigner mais à mettre en forme » L7-8 « ne plus s'intéresser à qui est l'autre mais plutôt à suivre une démarche » L23 « il y a des gros fondamentaux qui n'existent plus » L6 « case » L6 « inhumanité-déshumanisation » L6 « uniformité »</p>
<p>Pouvez-vous me citer trois termes qui définissent pour vous les protocoles ?</p>	<p>Protocoles : définition</p>	<p>Le patient, un malade, le sujet Relation soignant soigné Harmonisation des pratiques -sécurité et qualité des soins</p>	<p>L5 « le protocole nie tout ça (la singularité) et c'est très délétère pour le soin » L4 « le patient est avant tout d'être un malade il est un sujet, donc du coup, le protocole nie tout ça » L9 « c'est ma priorité » L4-5 « on travaille avec ce qu'on est et le patient est... un sujet » L10-11 « leur laisser la possibilité de s'exprimer et de voir à partir de cette expression ce qu'il est possible de construire avec eux, ça c'est une priorité » L39-40 « pour moi ça c'est un vrai soin qui tient compte des individus »</p>
<p>Parvenez-vous à toujours prendre en compte la singularité du patient ? Oui/Non ? Comment faites-vous ou pourquoi ne pouvez-vous pas la prendre en compte (la singularité du patient) ? Les Protocoles facilitent-ils ou empêchent-ils la prise en compte de la singularité du patient ?</p>	<p>Singularité du patient pas toujours prise en compte</p>	<p>Organisation des soins et parcours du patient. Qualité et sécurité des soins Le patient, un malade, le sujet Relation soignant-soigné</p>	<p>L3 « parce que ça ne peut pas considérer la singularité du patient » L5 « le protocole nie tout ça »</p>
<p>Vous percevez vous autonome ? Oui/Non ? Comment faites-vous pour être autonome ou pourquoi ne l'êtes-vous pas ?</p>	<p>Perception de l'autonomie professionnelle par les infirmiers eux-mêmes Construction de l'autonomie professionnelle</p>	<p>Organisation des soins Cadre réglementaire de la profession Compétences professionnelles collectives Compétences professionnelles Evolution de la profession</p>	<p>L34-36 « bien sûr qu'il est nécessaire d'avoir des règles, des façons de travailler, on ne peut pas faire n'importe quoi n'importe comment » L15-16 « La rencontre avec des personnes », « des partages d'expérience » L6-17 « toujours s'enrichir », « toujours à la recherche de quelque chose qui va aider à penser le soin » L17-18 « c'est la pensée du soin et sûrement pas avec des fichiers, des questions réponses, avec des choses qui sont action/réaction »</p>
<p>Les Protocoles favorisent ils ou empêchent-ils l'autonomie pro ?</p>	<p>Limitation de l'autonomie professionnelle par l'application des protocoles</p>	<p>Raisonnement clinique L'analyse des pratiques professionnelles (nouveau thème)</p>	<p>L20 « c'est le fait d'aller penser, d'aller réfléchir, qu'aller questionner ma pratique » L21-22 « pouvoir avoir des temps de recul pour pouvoir interroger ce qu'on fait et s'interroger sur ce qu'on fait »</p>

Annexe V : Autorisation de diffusion du travail de fin d'étude



AUTORISATION DE DIFFUSION DU TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES

Annexe de la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE.

Ne peut être diffusé qu'un travail de fin d'études ayant obtenu une note supérieure ou égale à 15/20 à l'écrit, sous réserve d'être sélectionné par l'équipe pédagogique.

Remarque : aucun étudiant ne peut s'opposer à la conservation (archivage) par l'E.R.F.P.P. de son travail de fin d'études en version papier (5 ou 10 ans) et en version numérique (illimitée).

Je soussigné(e) (Prénom, NOM) : Nicolas MANZON

Promotion : 2020-2023

Autorise, sans limitation de temps, l'IFSI - E.R.F.P.P. G.I.P.E.S d'Avignon et du Pays de Vaucluse

à diffuser le travail de fin d'étude que j'ai effectué en tant qu'étudiant en soins infirmiers :

Protocole = autonomie infirmier

En version papier (au centre de documentation de l'E.R.F.P.P.)

oui

non

En version numérique - PDF (sur le catalogue en ligne du centre de documentation)

oui

non

Je soussigné(e), déclare avoir été informé(e) des conditions d'intégration, de diffusion et de conservation de mon travail de fin d'études par l'E.R.F.P.P. G.I.P.E.S. d'Avignon et du pays de Vaucluse et les accepter sans limite de temps. Ces conditions sont précisées dans la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE consultable en annexe du cahier des charges du travail de fin d'étude.

Avignon, le 30/05/2023..... Signature :

A handwritten signature in black ink, enclosed within a hand-drawn oval. The signature appears to be 'Nicolas Manzon'.

Les protocoles = L'autonomie infirmier ?

Durant mon cursus, j'ai observé et j'ai été confronté de manière régulière à la mise en place d'un protocole. L'utilisation d'un protocole semble prendre une place prépondérante dans le quotidien des infirmiers. La question de mon travail de fin d'étude porte sur : En quoi l'utilisation d'un protocole limite t'elle l'autonomie d' l'infirmier et le respect de la singularité du patient ? Les lectures portent sur l'autonomie infirmière, les protocoles et la singularité du patient. Afin de pouvoir confronter mes lectures et le terrain, j'ai mené une enquête exploratoire basé sur des entretiens semi-directifs, auprès de six infirmiers dans différents services. Les résultats de mon enquête nous montre que pour les professionnels, les protocoles apparaissent dans la plupart des discours des soignants qui les utilisent comme aidants voire très aidants, avec des nuances toutefois, allant jusqu'à moyennement aidants selon les situations et pas du tout aidants pour deux soignants sur six. Ce travail de recherche aura donc eu le mérite de faire évoluer mon regard sur mon futur métier, contribuant ainsi à mieux me préparer à ma prochaine fonction.

(179 mots)

Mots clés : protocoles, autonomie, singularité, expérience, individu

Protocols = Nursing autonomy?

During my studies, I observed and was regularly confronted with the implementation of a protocol. The use of a protocol seems to take a preponderant place in the daily life of nurses. The question of my final study is: How does the use of a protocol limit the autonomy of the nurse and respect for the patient's uniqueness? The readings focus on nursing autonomy, protocols and the uniqueness of the patient. In order to compare my readings and the field, I conducted an exploratory survey based on semi-structured interviews with six nurses in different care services. The results of my survey show that for professionals, protocols appear in most of the discourses of caregivers who use them as carers or even very carers, with nuances however, up to medium carers depending on the situation and not at all carers for two out of six carers. This research work had the merit of changing my outlook on my future profession, thus contributing to better prepare me for my next position.

(169 words)

Key words: protocols, autonomy, singularity, experience, individual