



HAL
open science

La tangente : intervention auprès d'équipes impliquées dans un projet d'innovation en santé en milieu hospitalier

Armelle Duchenne

► **To cite this version:**

Armelle Duchenne. La tangente : intervention auprès d'équipes impliquées dans un projet d'innovation en santé en milieu hospitalier. Sciences de l'Homme et Société. 2024. dumas-04757214

HAL Id: dumas-04757214

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04757214v1>

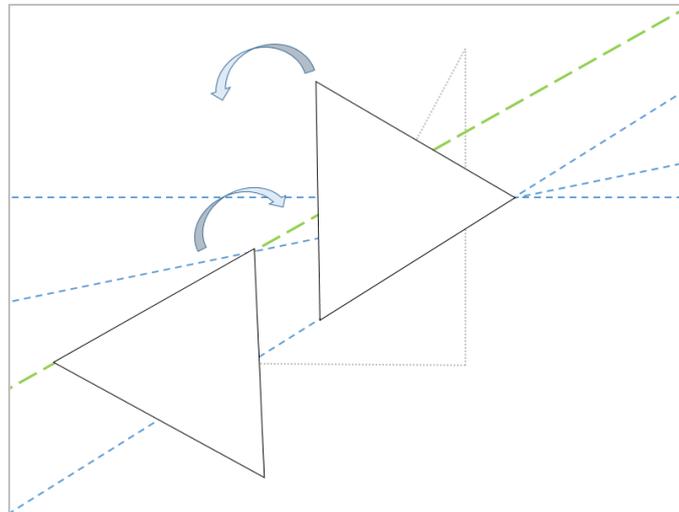
Submitted on 28 Oct 2024

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

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

La tangente

Intervention auprès d'équipes impliquées dans un projet
d'innovation en santé en milieu hospitalier



Armelle Duchenne,
Cnam Master CIDC, 2022/2023

Diplôme : Master de Sciences Humaines et Sociales - Mention sciences de l'éducation
Parcours CIDC « Conseil, intervention et développement des compétences »

Sous la direction de : Sandro De Gasparo

Date de soutenance : 01/07/2024

Jury composé de :

- Anne-Lise ULMANN
- Sandro DE GASPARO
- Véronique GIGNOUX

REMERCIEMENTS

Je remercie,

Les enseignants intervenants chercheurs rencontrés au Cnam,

Anne-lise Ulmann, Stéphane Balas, Yves Schwartz, Catherine Besse, Bernard Alix, Laurent Duclos, Charles-Antoine Gagneur et les membres du laboratoire ATEMIS : Sandro De Gasparo, Brian Demas, Patrice Vuidel, Olivier Blandin.

Ils ont tous traversé mes réflexions de travail d'intervenante, et conjointement tour à tour à des moments bien particuliers dans ce travail de mémoire.

Les collaborateurs du quotidien,

Toutes les équipes CECICS, les infirmiers de protocole de coopération et les cardiologues, les collègues cadres, les directeurs référents article 51, pour cette incroyable énergie partagée, démultipliée et pleine de ressources.

Thibaud Damy, Sylvia Oghina, Christine Lecerf, Gagan Deep Chadah, Sophie de Chambine, Nsuni Met, Emilie Houas-Bernat, Fabien Gourdon, Max René, Charlotte Roudier-Daval, Philippe Tangre, Annie Fouard, Axele Reberga,

Famille et amis,

Trop nombreux et trop chers à mon cœur pour prendre le risque d'en oublier en voulant tous les nommer. Merci d'être là, depuis hier, aujourd'hui et pour demain, par la présence, par la pensée.

« La vie mettra des pierres sur ta route,
à toi de décider si tu en feras un mur ou un pont ».

Coluche Artiste, Comique (1944 - 1986)

Table des matières

Introduction	4
1. Eléments de cadrage	8
1.1. Le contexte.....	8
1.1.1. Des enjeux de santé publique	8
1.1.2. Des dispositifs en réponse permettant d'innover : dérogation d'actes, dérogation de financement et télémédecine.....	9
1.2. La commande	11
1.2.1. Un cahier des charges à mettre en œuvre	11
1.2.2. Accompagner le projet et faire de l'expérimentation un retour d'expérience exploitable	13
1.3. Le dispositif des CECICS : périmètre de l'expérimentation	14
1.4. Dispositif CECICS : territoire d'exercice	15
2. Problématique d'intervention : comprendre la demande	15
2.1. Attentes et enjeux de la mise en place des Cellules de Coordination pour l'Insuffisance Cardiaque Sévère (CECICS)	16
2.1.1. Dialogue avec le cahier des charges.....	16
2.1.2. Mise en place d'un dispositif ou mise en œuvre d'un modèle ?.....	17
2.2. Attentes et enjeux des acteurs : leurs rapports au projet	19
2.2.1. Les groupes en dynamique	19
2.2.2. Les cardiologues et les infirmiers	21
2.2.3. La hiérarchie	22
2.3. Attentes et enjeux des institutions au regard des CECICS	24
2.4. Attentes et enjeux pour la cheffe de projet-intervenante	26
3. Méthode d'intervention	28
3.1. Choisir une posture d'intervenante-cheffe de projet	28
3.2. Situer et définir les concepts clés à mobiliser	32
3.2.1. Concept de projet, co-construction et transformation.....	32
3.2.2. Principe de subsidiarité et pouvoir d'agir	35
3.2.3. La question du temps, enjeux de temporalités et de synchronisation	37
3.2.4. Coopération, collaboration, coordination et entre-aide.....	38

3.3.	Développer les connexions, organiser des rencontres, poser des jalons	41
3.3.1.	Développer les connexions entre les acteurs, entre les acteurs et le projet, entre les CECICS	41
3.3.2.	Entre les instances de gouvernance et de pilotage.....	44
3.4.	Travailler le retour d'expérience : des livrables pour tracer et produire des matériaux d'analyse	46
4.	Résultats du dispositif et du modèle développés : accomplissement et résistance	48
4.1.	Résultats du projet : les points saillants du rapport final	48
4.2.	Retours d'expérience	51
4.3.	Externalités produites, inattendus négatifs et positifs	53
4.3.1.	Les externalités négatives.....	53
4.3.2.	Des externalités positives	57
5.	Analyse des liens possibles entre les résultats du travail des CECICS et le travail de la cheffe de projet	60
5.1.	Choix méthodologiques d'analyse	61
5.2.	Analyse du travail de l'intervenant-cheffe de projet	61
	Etape 1 : identifier les horizons d'attentes	62
	Etape 2 : Identifier 3 à 5 situations significatives	62
	Etape 3 : Cibler 2 situations réelles et les décortiquer (Cf. annexe 9b)	64
	Etape 4 : Analyser les liens et hiérarchiser les buts	65
	Etape 5 : Définir des schèmes d'actions	65
5.3.	Proposition de modélisation	66
5.4.	Dialogue entre les trois figures et les effets produits	70
5.4.1.	Liens entre les résultats et la figure de facilitateur	70
5.4.2.	Liens entre les résultats et la figure de formateur, expert	74
5.4.3.	Liens entre les résultats et la figure de tiers intervenant, clinicien.....	76
6.	Pistes et vigilances pour stabiliser et soutenir un système Cecics	83
6.1.	Situer les changements de paradigmes	85
6.2.	Repérer les composantes fixes et les variables	86
6.3.	Travailler les concepts soutenant les compétences à développer	88
6.4.	Faire ressources des rencontres et des expériences	90
6.5.	Prendre soins des ressources	91
6.6.	Situer des modes de régulation	92
	Conclusion	96

Glossaire	99
Bibliographie	100
Webographie	103

ANNEXES	106
----------------	------------

Annexe 1_Infographies des données épidémiologiques et du protocole de coopération	1
Annexe 2_Réglementation article 51	2
Annexe 3_Cartographies	4
Annexe 4_Extrait de la fiche de poste chef de projet art51-CECICS	5
Annexe 5_Premier mail de contact	8
Annexe 6a_Extrait du premier rapport annuel (Mars 2021)	9
Annexe 6b_Extrait du dernier rapport annuel (Février 2024)	10
Annexe 7_Recette pour une CECICS	12
Annexe 8a_Chronogramme d'activité d'une matinée d'Ispic	13
Annexe 8b_Extrait d'analyse du travail d'une Ispic, entretien avec un cardiologue	14
Annexe 9a_Situations significatives de la cheffe de projet	16
Annexe 9b_Cas concrets détaillés de deux situations significatives	17

INTRODUCTION

Le projet « Article 51¹- parcours insuffisance cardiaque » (ARS-IDF, 2019) est un projet d'innovation en santé débuté en 2020. Ses attendus sont consignés dans un cahier des charges publié sous la forme d'un arrêté régional (DIRNOV). Il est porté par une institution publique hospitalière, l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP). Il implique huit équipes, réparties sur huit sites différents dans Paris intra et extra-muros.

Par l'expérimentation et l'expérience, l'objet est d'explorer, de tester et de voir les effets produits de nouvelles organisations médico-soignante qui reposent sur l'intégration de la coopération comme une nouvelle modalité de travail.

Parallèlement la cheffe de projet s'engage dans un master - Conseil, intervention et développement des compétences au Conservatoire national des arts et métiers (Cnam). Elle y voit l'opportunité d'avancer d'une manière autrement éclairée avec les professionnels qu'elle accompagne depuis deux ans. De fait par le travail de ses propres postures, ses modalités d'analyse en seront influencées et ses trouvailles d'intervention seront renouvelées : elle réalisera entre autre dans ce cadre une analyse approfondie du travail d'une infirmière en protocole de coopération² et elle entreprendra de conduire en fin de projet des ateliers bien différents des habitudes.

De ce projet, les partenaires institutionnels et financeurs (ministère de la santé, assurance-maladie et agence régionale de santé) attendent la mise en place d'un dispositif comprenant la mise en œuvre de modules de soins définis sur la base de délégation d'actes, de prévention et de coordination. Cela commence par la formation d'infirmiers³ puis les patients sont inclus selon des critères de gravité et pour une durée de 6 à 18 mois en moyenne. Ce dispositif s'appelle « CECICS » pour Cellule d'Expertise et de Coordination pour l'Insuffisance Cardiaque Sévère. Dans l'institution le déploiement tient compte des voies habituelles de la structuration hospitalière.

Au fil des années les modalités d'actions des professionnels sont décrites et analysées au travers de quatre rapports d'activité réalisés par les porteurs avec la cheffe de projet, et de deux rapports d'évaluation réalisés par une société de conseil en santé publique. Ces analyses successives retracent les évolutions au fil des années. Elles reposent principalement sur des sciences de gestion et du management.

Conjointement, le développement de ce nouveau modèle d'organisation implique un travail de retours d'expérience avec des partages entre les équipes médico-soignantes et leurs acteurs pris dans un corpus de mêmes pratiques. C'est l'objet de l'équipe des « porteurs du projet ». Les actions relèvent du champ de l'intervention. Les analyses relèvent de la clinique de l'activité et prennent alors appui sur les sciences du travail.

¹ Article 51 de la Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) de 2017 pour 2018 permettant un financement particulier pour des expérimentations à condition de proposer de l'innovation en terme d'organisation médico-soignante.

² Dispositif créé et décrit en 2009 dans l'article 51 de la Loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) pour permettre à des professionnels de santé de déroger à leurs règles professionnelles dans un cadre particulier et sécurisé.

³ Un programme de formation en 7 jours a été monté à l'AP-HP pour soutenir cette étape. Au-delà du projet CECICS, 7 sessions ont été réalisées de 2019 à 2024 pour un total aujourd'hui de 120 infirmiers spécifiquement formés au protocole de coopération insuffisance cardiaque (Cf. Annexe 3 : cartographies).

Aujourd'hui, la phase expérimentale est terminée. Nous sommes à l'aube d'une généralisation⁴ possible. Cela implique de pérenniser ces nouvelles organisations mises en place avec les huit premières CECICS et de reproduire l'expérience en d'autres lieux. Pour cela, il paraît nécessaire pour tous de comprendre s'il y a eu dans les manières d'agir au-delà des acteurs des CECICS, d'autres contributions aux résultats observés du côté des porteurs et de la cheffe de projet.

Cet écrit sera ainsi le résultat d'un travail de réflexivité réalisé par l'intervenante-cheffe de projet. Il interroge l'existence de fonctions dans son accompagnement des acteurs qu'il serait nécessaire de poursuivre d'une manière ou d'une autre, pour que de telles organisations puissent fonctionner pleinement et obtenir de mêmes niveaux de résultats. Notre ambition est de pouvoir comprendre les actions menées pour tirer des enseignements, saisir les enjeux, les rouages pour situer, s'il y a, des indispensables, et si, alors de proposer des pistes pour pouvoir les prendre en charge de façon durable.

Ainsi les sujets d'attention et d'interrogations au fondement de la réflexion ont été : comment maintenir ce qui a été construit ? Comment en tirer des enseignements pour d'autres ? Est-ce utile de montrer ce qu'il s'est joué du côté de la cheffe de projet ? Si oui, quels sont les effets de sa pratique, les conditions, les processus ? Comment, dans quelles limites et avec quelles précautions dérouler les éléments explicatifs du pourquoi ça a marché, sans risque de distorsion des éléments transmis par trop de précipitation ou de résumé à l'emporte-pièce ? Et si besoin est finalement, comment créer des *rendez-vous*⁵ pour faire de cet objet de transmission un sujet relié aux ambitions de chacun ?

Nous trouverons des ressorts dans des concepts de la psychosociologie et de l'ergologie. La méthode d'analyse couplera deux angles d'approche que sont *la clinique de l'activité* et *la didactique professionnelle*. Ces deux piliers de réflexion permettront de questionner des résonances face à un double objet d'observation que sont les activités des équipes-accompagnées et de l'accompagnante-cheffe de projet.

Mais avant d'analyser, cherchant à attraper la complexité des modes de pensée de l'intervenante que nous visualisons comme une tentaculaire arborescence, nous sommes d'abord retenus par son intuition, sa crainte d'un risque de morcellement de son approche : la cheffe de projet entend la demande de développer une feuille de route type processus linéaire à partir de l'expérience, mais elle situe aussi le risque d'une telle tendance⁶. Nous explorons alors le concept d'approche intégrative. Eclairée et rassurée, nous parvenons à situer avec elle combien chacun des sous-objectifs à atteindre - prescrits et non prescrits - lui imposent, de fait, de passer par des chemins enchevêtrés mais chacun spécifiques. Par un processus devenu incontournable de dissociation de ses modalités d'action nous prenons conscience avec elle que tout en étant une conduite d'un seul et même projet, elle court des objectifs de natures bien différentes. C'est la toute première révélation de sa démarche réflexive. Trois figures d'accompagnement apparaissent. Elles deviennent un fil rouge de son cheminement

⁴ Généralisation renvoie ici à la permission en terme d'offre de soins et de sécurité sociale (accessibilité) pour toute structure de soins de pratiquer d'une certaine manière (conditions) en pouvant prétendre à une reconnaissance financière spécifique (accessibilité)

⁵ Propos repris lors d'un cours de Brian DEMAS, master CIDC_CDC204 sur Théorie et pratique de l'intervention, 09/12/2022

⁶ Un propos de François Daniellou repris en conférence par Anne-Lise Ulmann (Avril 2024) résume parfaitement ici notre pensée : « le référentiel c'est comme une boucherie chevaline. Tous les morceaux du cheval y sont, mais pas le cheval ».

avec l'intuition tenace qu'une force essentielle dans sa conduite de projet tient de leur combinaison.

Aussi il ne faut pas oublier que dans cette expérimentation il s'agit de huit équipes. Pour chacune la cheffe de projet reconnaît une constitution singulière, une combinaison d'acteurs pris eux-mêmes dans différents groupes. Nous parlons alors de groupe médecin, infirmier ou des groupes incluant des managers voire leur tutelle. La complexité de la richesse des collectifs s'invite au-delà de chaque CECICS accompagnée. Chacun dans ce projet a dû faire des efforts et accepter de les faire, l'intervenante-cheffe de projet y compris. Cela va venir enrichir l'analyse des rôles.

Dans le champ de notre discipline nous savons que déplier l'intervention est nécessaire pour la construire, comme tenir le cadre pour ne pas s'égarer en chemin, puis l'analyser pour en faire expérience. Ce mémoire vise ainsi à creuser les situations pour pouvoir distinguer et mieux appréhender ce qu'il a bien pu se passer dans le réel des activités de la cheffe de projet durant ces trois années. Il s'agit d'explorer pour analyser et comprendre dans ses actions (leurs rouages) et leurs enjeux (leurs portées), à la fois lesquelles se révéleront utiles aux déploiements de ces organisations d'un genre nouveau, et, situer les éléments de savoirs et de compétence à développer pour que ces actions puissent être mises en mouvement en d'autres lieux. Alors ensuite, tel un chemin de problématisation sans cesse renouvelées au fil des réponses aux questions précédentes (Théorie de l'enquête de Dewey), il s'agira, pour nous et pour l'institution, de faire de nouveau choix, se repositionner au regard d'enjeux actualisés. Nous saisissons alors l'opportunité de poser les esquisses d'un dessin de ce que nous pressentons pouvoir devenir un nouveau patrimoine à entretenir pour cette institution publique de santé hospitalière.

Concernant le fond, l'écriture de ce mémoire, suit une méthodologie schématique d'intervention. En premier lieu il s'agit de poser les éléments de cadrage avec le contexte de départ pour préciser les raisons qui fondent la demande d'intervention et pourquoi la conduire : situer les protagonistes et leur territoire, la commande et les moyens à dispositions. En second temps il s'agit de qualifier la problématique. Saisir la demande dans ce geste professionnel central de l'intervenant : poser l'objet cible de l'intervention pour pouvoir le tenir malgré les soubresauts probables. Il s'agit de préciser et de clarifier la démarche. Définir les dimensions structurantes de la conduite de cette intervention, questionner le rapport des acteurs au regard du sujet, reprendre leurs attentes, ce qu'ils disent, refonder les raisons. En troisième partie nous situons la méthodologie suivie par les porteurs du projet et la cheffe de projet pour accompagner : le travail de la posture, des angles d'approches, la structuration de grandes étapes, les instances de travail et de pilotages, les livrables et le budget.

C'est ensuite le moment du récit des résultats : du projet d'abord puis de ses externalités. En cinquième partie nous les analysons en les questionnant au regard des trois figures de la cheffe de projet, de sorte à répondre à la question posée - situer l'existence ou non - de possibles liens entre les résultats observés et les actions menées dans la conduite du projet. Alors par une transposition de méthodes utilisée en analyse du travail nous tentons d'entrer plus profondément encore dans le réel de son activité : Comment a-t-elle mesuré quand opter pour telle ou telle posture ? quand questionner ? Quand faire hypothèse et à partir de quoi ? Quand proposer d'intervenir ? Quand commencer à intervenir ? Quand et comment soumettre qu'il peut y avoir un travail intéressant « à réfléchir sur... », aujourd'hui ou plus tard. Dans quel

ordre ? Dans quelle continuité ou discontinuité elle est parvenue à réaliser ces *mouvements* que nous cherchons en tant qu'intervenant ?

Enfin en dernière partie nous tentons d'atterrir sur la question centrale de ces derniers mois d'expérimentation : identifier comment stabiliser le fonctionnement d'une CECICS. Il faut que la proposition soit bien sûr pertinente et aussi que cela soit audible dans la structure. Pour cela nous devons continuer d'interroger les situations, d'être à l'écoute des besoins et des intérêts, à la fois de la structure et des acteurs.

Pour ce qui concerne la forme de cet écrit : dans un continuum de posture réflexive, nous procédons pour cela aussi tel que l'intervenant procède. Il ne cesse de faire des allers-retours entre ce qu'il observe, ce qu'il cherche à comprendre et ce qu'il comprend des acteurs en situation. Il agit pour cela par un double-mouvement entre hypothèses et concepts dont il est nourri, ou, qu'il va chercher. C'est ainsi qu'il sait pouvoir trouver une clé, une combinaison pour mieux interroger et comprendre au plus près la réalité, et ensuite pour identifier l'angle et la combinaison d'approches qui pourrait répondre à la prise en charge de la problématique située, de la meilleure des manières possibles dans le réel du présent. Puis par son observation des effets produits et par les retours des commanditaires et des acteurs au fil des avancements, l'intervenant pourra tenter de juger ex-post de la qualité de son intervention. C'est alors avec l'audace et le recul qu'impose ce rôle, sans pouvoir observer ce résultat cette fois de façon extemporanée, que nous choisissons de vous confier cette analyse et ses conclusions, à vous, lecteurs, qui jugeront de la pertinence de notre propre jugement.

1. ELEMENTS DE CADRAGE

L'identification des éléments de cadrage est le premier des gestes de métier de l'intervenant. Il vise à situer un périmètre le plus clair possible pour ne pas s'égarer dans une complexité inévitable de son intervention. Ce cadrage est composé des éléments clés du contexte, de l'identification du périmètre et d'une lecture affinée de la demande, pour permettre d'en définir un objet précis de préoccupation des commanditaires, fil rouge ensuite de la conduite d'intervention.

Nous le comprenons aujourd'hui, la possible apparente opacité n'est pas le signe d'une forme d'incompréhension du sujet mais peut être tout au contraire le résultat d'un questionnement approfondi des déterminants lié à une profonde complexité. Pour une analyse cherchant la compréhension de toute « *activité située* », autrement dit le *réel de l'activité*, le questionnement concerne des domaines nécessairement pluriels : de la formation des professionnels à leurs cadres réglementaires, de la subjectivité au travail à la pratique individuelle et collective, de l'interférence des projets et de leurs extériorités tout aussi multiples. Ainsi parle-t-on en analyse du travail, si justement pour nous, soignant, de *clinique de l'activité*. Nul doute au chevet du patient que le temps n'est jamais perdu à mieux se connaître. Nul doute désormais nous aurons à prendre le temps nécessaire pour comprendre la situation et le cadre de nos interventions pour agir de façon éclairée.

L'objet de l'intervention ici est d'accompagner des professionnels et leur structure pour la mise en œuvre expérimentale d'un nouveau modèle d'organisation médico-soignant fondé sur le principe de la coopération et de la délégation d'actes. Sa cible est la prise en charge de l'insuffisance cardiaque sévère. Pour comprendre de quoi il s'agit vraiment il nous faut en savoir plus.

1.1. LE CONTEXTE

1.1.1. Des enjeux de santé publique

L'insuffisance cardiaque (IC) est une maladie chronique grave, mortelle et invalidante qui augmente de 25% tous les quatre ans avec l'augmentation de l'âge de la population générale, l'augmentation des maladies cardio-vasculaires et les progrès de la médecine. Cette maladie est devenue de plus en plus chronique avec des histoires longues (espérance de vie passée de 6-12 mois à plus de 8 ans)⁷. Elle est également de plus en plus complexe : elle implique des changements dans la vie quotidienne plus ou moins lourds et fastidieux selon leurs points d'origine et ce que l'état du cœur et l'état de santé général du patient⁸ imposent (hygiène de vie, emploi, etc.). Elle nourrit une accumulation de traitements et d'examen répétitifs. Elle nécessite vigilance et surveillance continue, celle-ci étant plus ou moins accompagnée, auto-administrée - par le patient lui-même - et auto-administrable – selon ses propres capacités et ses compétences en situation.

⁷ Propos de retour d'expérience recueilli d'un cardiologue hospitalier en conférence lors des journées européennes de la société française de cardiologie (JE-SFC) _17 au 19 janvier 2024, considérant une évolution sur une carrière d'une trentaine d'années ; De fait un article Cardio-online (2023) s'appuie sur une étude publiée dans le Lancet en 2020 qui a montré un gain de 2 à 6 années de vie ne serait-ce qu'entre la trithérapie et la quadrithérapie aujourd'hui recommandée.

⁸ HAS (2018) : Etat de santé au sens de l'OMS repris sur le site de la Haute Autorité de Santé

Malgré un terme et une définition en apparence simple et sans doute du fait d'étiologies multiples, il existe un défaut de reconnaissance de cette maladie insuffisance cardiaque⁹ (le diagnostic initial d'un infarctus du myocarde par exemple paraîtra dans les compte-rendu mais non le caractère chronique de l'insuffisance cardiaque qui persiste) et de sa complexité (plusieurs causes pouvant s'accumuler et les prises en charge se complexifiant avec les progrès médicaux et une volonté d'adaptation singulière à chaque patient). Il est ainsi aujourd'hui bien identifié la méconnaissance des professionnels y compris en cardiologie.¹⁰

A ce tableau viennent s'ajouter les enjeux économiques d'accès aux soins. Que ce soit en ville ou dans des hôpitaux saturés, le phénomène de désertion des professionnels médicaux et paramédicaux et la question du temps qui manque sont de plus en plus prégnant. Dans la prise en soins des patients insuffisants cardiaques il existe ainsi depuis des années bien des écarts avec ce qui est connu depuis longtemps et largement traduit dans les recommandations internationales¹¹. On observe ainsi des délais de rendez-vous de plus en plus long, voire inexistant, des consultations toujours trop courtes, des passages aux urgences tardifs et évitables, une à deux semaines après le début de signes d'aggravation.

Les pouvoirs publics ont identifié ces risques évitables : la spirale des décompensations, les risques iatrogéniques, les fragilités associées, ce que cela engendre de passages aux urgences et d'hospitalisations. Des dépenses extrêmement coûteuses. L'insuffisance cardiaque parmi les maladies cardiovasculaire est ainsi inscrite dans les priorités nationales¹². Un mouvement conséquent et visible dans le milieu depuis ces cinq dernières années va jusqu'à positionner l'IC sur un niveau d'exemplarité, la prenant témoin de démarches préventives et organisationnelles possibles pour accompagner et prendre en charge en France les maladies chroniques.

1.1.2. Des dispositifs en réponse permettant d'innover : dérogation d'actes, dérogation de financement et télémédecine

Dans la loi on retrouve depuis 15 ans une volonté de transformer les parcours de soins, éviter les retours sur l'hôpital et améliorer la prévention. Deux ajouts ont été portés au code de la santé publique par la loi HPST de 2009 (Légifrance, 2009). Ils sont majeurs dans ce qui nous concerne ici : 1- le principe de la délégation d'actes par coopération interprofessionnelle¹³, et, 2- l'inscription de la télémédecine comme nouvelle modalité de prise en charge médicale¹⁴. Entre temps pour l'IC chronique, la cible est devenue les patients non connus, non optimisés, non « éduqués » et graves. Dans la loi de finance de la sécurité social (LFSS) pour 2018 « *Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent les priorités nationales en*

⁹ Ameli (2022) : Définition de l'OMS repris sur le site de l'assurance maladie : « On parle d'insuffisance cardiaque lorsque le cœur perd une partie de sa force musculaire et sa capacité de contraction normale ; il ne pompe plus suffisamment de sang pour permettre aux organes de recevoir assez d'oxygène et d'éléments nutritifs, essentiels à leur bon fonctionnement »

¹⁰ L'insuffisance cardiaque (IC), définit dans les années 1970, fait l'objet d'un groupe spécifique (GICC) parmi d'autres surspécialités au sein de la Société Française de Cardiologie (SFC, 1937).

¹¹ GICC (2021) et recommandations 2016, 2021, 2023 de l'ESC (European Society of Cardiology).

¹² Rapport charge et produit de l'assurance maladie 2022-2023 ; Campagne nationale de l'assurance maladie déclenché en sept 2022.

¹³ L'article 51 de la Loi HPST n° 2009-879 du 21 juillet 2009 ouvre la possibilité de déroger aux conditions légales d'exercice décrit dans les décrets d'actes professionnels selon une réglementation précise, créant en quatrième partie du code de la santé publique (CSP) un chapitre 1er : Protocoles de coopération (Articles L4011-1 à L4011-5)

¹⁴ L'article 78 de la loi HPST ouvre un chapitre VI « Télémédecine » et donne lieu à l'article L. 6316-1 dans la 6^e partie du CSP

matière de protocoles de coopération »¹⁵ dont les pathologies cardio-vasculaires. Ainsi, un protocole de coopération spécifique à la prise en charge de l'insuffisance cardiaque en cours d'écriture parvient à être validé en moins de 18 mois et reçoit d'emblée une autorisation permettant de l'activer à l'échelle nationale.

Son application doit commencer par une chose aussi simple en apparence que complexe à obtenir en réalité : une lecture partagée par chacun des acteurs dans une même équipe qui le mettra en place. La pratique de cette intervention ne cessera de le rappeler au quotidien : *les évidences* n'existent pas. Pour autant ce protocole se trouve être bien plébiscité pour ce qu'il permet pour les patients en premier lieu. Ce protocole nécessitant du temps soignant leur permet incontestablement d'accéder plus facilement aux réponses dont ils ont besoin. Pour le médecin cela répond à son besoin d'efficacité personnelle, de trouver une solution alternative au manque de lits et à ses propres consultations surchargées. Pour les infirmiers devenus « Ispic », spécifiquement formés à l'insuffisance cardiaque¹⁶, ce fonctionnement permet de redonner du sens aux actes quotidiens et de pouvoir prendre le temps de soigner. Depuis sa validation et la création d'une formation spécifique à sa pratique, l'engouement s'affiche avec une demande croissante et une limite aujourd'hui atteinte d'une vingtaine de nouveaux infirmiers formés par an. Aucun retour en arrière des équipes qui se sont lancées n'a été observé. Les retours témoignent même plutôt d'une fierté de construire quelque chose de nouveau. Cela se manifeste par des interventions multiples en congrès, des partages nombreux dans les réseaux sociaux, et une communauté de pratique constituée depuis fin 2021 et toujours très active.

Le soutien des directions d'établissement peine encore mais nombre perçoivent désormais une opportunité de répondre à une demande des tutelles de construire de nouvelles organisations médico-soignantes et d'obtenir de nouveaux supports financiers.

La télésurveillance quant à elle, est passée en droit commun en juillet 2023 après cinq années d'une autre expérimentation pour laquelle la plupart des équipes suivies ont également contribué. Cette pratique mieux connue aujourd'hui indique qu'elle nécessite d'identifier et de dégager - malgré les manques et parce que les manques - du temps de médecin et d'auxiliaires médicaux notamment infirmier, ainsi qu'une mécanique de délégation incluant de la formation.

En parallèle des programmes de financement se sont succédés pour tenter de booster « l'innovation en santé » jusqu'à la parution d'un article 51 dans la loi de finance de la sécurité sociale de 2017 pour 2018 qui ambitionne de voir advenir – cette fois - de réel transformation. Et c'est dans ce cadre que cette intervention s'inscrit en dernier lieu : l'accompagnement d'un des projets parmi les autres « Article 51 » aujourd'hui nombreux¹⁷.

¹⁵ Article 55, II, LOI n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, impose un rendu des avis HAS pour les protocoles de coopération (PC) dans un délai de 6 mois selon 9 priorités nationales avec la prévention et le suivi des pathologies cardio-neuro-vasculaires et diabète, les pathologies respiratoires, les cancers, la prévention des hospitalisations et du maintien à domicile des patients âgés.

¹⁶ Infirmier exerçant dans le cadre de l'Arrêté du 27 décembre 2019 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée, avec ou sans télémedecine, des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un infirmier » NOR : SSAH1936424A

¹⁷ Depuis 2019, en 2023 144 projets article 51 ont été autorisés Assurance maladie. (Géronto news, 2023)

[L'article 51] permet aux acteurs de santé de déroger à des règles de droit pour tester des organisations et modèles de financement innovants. [Il vise] « à améliorer la pertinence et la qualité de la prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale et le bon usage des médicaments et des produits de santé. Des résultats sont attendus en termes d'amélioration du service rendu pour les usagers, d'organisation et de pratiques professionnelles et d'efficience pour les dépenses de santé (...) Chaque expérimentation fait l'objet d'une évaluation dans un objectif de reproductibilité et de diffusion du projet à l'échelle nationale. Ce dispositif est fondé sur un principe de confiance envers les acteurs (liberté des propositions et dans l'organisation de la mise en œuvre) avec, pour contrepartie, une plus grande exigence de transparence. » (CTIS, 2018, p5)

Ainsi les dispositifs s'enchaînent et s'additionnent dans une forme de cohérence assez nette des ambitions visées, un principe constant de promouvoir de l'innovation en santé pour répondre aux contextes général de la santé, et une intuition assez nouvelle qu'il puisse être possible de faire véritablement confiance à quelques *principes de subsidiarité*.

Le président E. Macron appuiera dans son discours du 6 janvier 2023 l'importance du suivi dans les parcours des maladies chroniques, du développement des rôles des auxiliaires médicaux, et de l'utilisation des nouvelles technologies comme la télésurveillance. En résistance vient en opposition la persistance de grandes sources de complexité qui croisent de multiples domaines : des sciences de gestion aux sciences humaines, des principes de sécurité aux réglementations croisées qui ne trouvent d'autres issues pour sortir de règles trop contraignantes que de créer d'autres règles pour déroger aux premières. Ainsi, un an plus tard on retiendra du discours présidentiel du 16 janvier 2024 un appel à la simplification des normes tandis qu'un nouvel arrêté très attendu était publié une semaine plus tôt pour la télésurveillance en insuffisance cardiaque avec pas moins de dix critères supplémentaires dont même les plus experts peinent à comprendre ce qu'ils signifient.

1.2. LA COMMANDE

Tandis que 103 expérimentations étaient déjà autorisées, le rapport du gouvernement au parlement pour les articles 51, stipule dès 2021 combien « le dispositif met également en lumière l'importance de l'accompagnement au changement dans la conduite des réformes et des politiques publiques » (Ministère des solidarités et de la santé, 2021).

1.2.1. Un cahier des charges à mettre en œuvre

Le cahier des charges précise ce qui est proposé dans le dispositif CECICS selon ces termes¹⁸ :

¹⁸ Arrêté DIRNOV portant cahier des charges pour le projet d'expérimentation CECICS, publié au JO le 30 décembre 2019.

La politique régionale menée par l'ARS Île-de-France vise à développer une organisation territoriale avec 2 volets complémentaires, selon la gravité de l'état du patient : -1er volet : prise en charge des malades les plus graves, avec une organisation à point de départ hospitalier ; - 2e volet : prise en charge en ville pour les patients moins sévères. Il a été acté de débiter par les malades les plus graves avec un point de départ hospitalier, objet de cette expérimentation, et de développer ensuite l'intégration de la ville pour les moins sévères et le transfert de la prise en charge des patients les plus stables dans un parcours de soins usuel. (ARS-IDF, 2019, p8)

Le dispositif doit comporter :

- la structuration d'une cellule d'expertise et de coordination pour l'insuffisance cardiaque sévère (CECICS), dispositif coopératif, pluri professionnel (cardiologues et infirmiers spécialisés dans l'insuffisance cardiaque) assurant la coordination, la télésurveillance et l'optimisation thérapeutique par transfert de compétence. (ARS-IDF, 2019, p8)

- la mise en œuvre de différents modules de prise en charge visant à lever les principales difficultés actuelles de prise en charge, adaptés à chaque patient (médecine personnalisée) en fonction de ses besoins, de son accord et de celui de son médecin traitant et de son cardiologue ; ces modules viennent en appui du suivi réalisé par les médecins de ville (traitants et cardiologues) s'ils le jugent nécessaire. (ARS-IDF, 2019, p8)

L'offre est celle de six modules de prise en charge. (1) La titration qui vise à optimiser le traitement de fond selon les règles de l'art qui indique à la fois d'atteindre les doses maximales tolérées par le patient et le plus rapidement possible après le diagnostic posé. (2) La télésurveillance qui vise à la fois à prévenir les décompensations et à diminuer leur gravité en les traitant le plus vite possible et le plus souvent possible depuis le domicile du patient par (3) des consultations non programmées à distance, et si besoin en permettant (4) une administration de traitement correctif à caractère hospitalier également au domicile. Enfin (5) le dépistage des fragilités gériatriques et sociales, ainsi que (6) la coordination avec d'autres équipes engagées dans le parcours du patient vient s'inscrire dans une démarche de prise en charge holistique pour chacun d'eux.

- « le développement du maillage territorial avec les acteurs hospitaliers, selon les territoires GHT/ESPIC. » (ARS-IDF, 2019, p8)

- « le développement de la coopération avec la médecine de ville (cabinets, maisons de sante pluri-professionnelles, centres de santé) au fur et à mesure de la structuration territoriale notamment via les CPTS¹⁹ et les dispositifs d'appui à la coordination (DAC). » (ARS-IDF, 2019, p8)

¹⁹ Créées par la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016, sont l'association de professionnels de santé du premier et du second recours, et d'acteurs sociaux et médico-sociaux, sur la base d'un projet de santé, pour une meilleure organisation des parcours des patients.

1.2.2. Accompagner le projet et faire de l'expérimentation un retour d'expérience exploitable

Huit sites, huit équipes, huit expériences. Au vu des principes des articles 51 exposés plus haut une commande du fait du principe expérimental²⁰ est le retour d'expérience : capitaliser et donc identifier ce qu'il aura fallu construire comme conditions de déploiement pour ces huit sites. Poser les conditions d'une mise en œuvre opérationnelle, identifier les ressources variables utiles, les limites, etc.

Par intuition, pour la cheffe de projet il ne s'agit pas forcément, bien que plus commode pour tous ensuite à attraper, de trouver UNE seule recette obligatoirement mais d'aboutir malgré tout pour chaque site à des effets comparables. Il s'agit de parvenir à dessiner un certain niveau de reproductibilité en terme de résultats en réponse aux attentes ciblées et donc identifier le plus précisément possible (et chiffré pour répondre aux attentes avec des nombres de patients, de soignant et d'euros) comment permettre pour toute équipe dans un contexte précis la mise en œuvre de telle CECICS.

Cela autorise déjà de pouvoir se reposer sur quelques principes de la clinique de l'activité. La cheffe de projet comprend aujourd'hui les avoir activés sans pour autant les avoir tout à fait déclarés. Elle développe une démarche de compréhension des situations, de prise en compte de l'activité par nature toujours située et donc singulière. Elle pose à la place des « recettes » des « concepts » pour venir nourrir le travail des acteurs au quotidien aussi sereinement que possible. Car elle vise pour eux une certaine émancipation si non acquise, du moins permise, et a minima protégée.

Ainsi elle oriente son discours très tôt dès les premières rencontres sur l'importance pour les usagers et les professionnels d'identifier le parcours (concrétiser le parcours et assumer l'affichage), et de s'identifier eux-mêmes à cette entité qu'il faudrait nommer, sans imposer le nom de CECICS à aucun d'eux, pour que chacun puisse s'approprier le dispositif à sa façon (sentiment d'appartenance, faire équipe²¹). Ensuite dès l'issue de la première année d'accompagnement elle tient à mettre en lumière la mise en place des CECICS dans une *démarche intégrative* (écrit tel que dans la présentation du deuxième COPIL). Une approche intégrative au regard des autres projets – connexes - propres à chaque endroit. Elle invite même chaque équipe à exposer ses spécificités lors de ce comité de pilotage. Un encouragement à observer la réalité des ajustements possibles du dispositif et sans doute en même temps une exploration encore aujourd'hui inachevée. Ainsi les originalités présentées furent : l'existence d'une équipe mobile depuis dix ans qui sera socle de l'équipe CECICS [D] ; l'ouverture d'un plateau d'accueil d'urgence dans le service de la CECICS [E] permettant de mixer les deux entités dans la mise en œuvre du troisième module ; le développement et la

²⁰ Définition du ministère de l'économie : « Une expérimentation est une phase de test au cours de laquelle on cherche à démontrer si un projet fonctionne ou non » : <https://www.economie.gouv.fr/mission-innovation/les-experimentations>

²¹ « La polyvalence, l'entraide, les échanges seront-ils condamnés à la semi-clandestinité, ou au contraire pris en charge par des organigrammes et par un management sensible aux exigences de souplesse et de microcréations continues des « gestions du travail » ? Ce qu'on appelle, de façon obscure, la « capacité à travailler en équipe » suppose en fait la capacité à mesurer lucidement et son propre profil de compétence et celui de ses collègues de travail, les manques, les lacunes, les points forts respectifs, et à ajuster stratégies et décisions d'action à cette appréciation synthétique des profils. Ce qui suppose de savoir être modeste quand il y a lieu de l'être ». (Schwartz, 2016, p198)

mise en visibilité de la filière cardio-gériatrique pour la CECICS [A], la mise en mouvement d'un management pluri-site pour le DMU des CECICS [C] et [F].

Prendre le temps de comprendre ces parcours, permettre et recueillir le récit de développement de ces équipes et de leurs activités seraient probablement d'une grande richesse pour nous dans ce travail d'analyse, y compris pour comprendre mieux encore ce qu'il s'est produit dans l'expérimentation, la manière dont elle a pu faire expérience pour chacun individuellement, pour chaque équipe, et au-delà comment elle a pu être potentiel d'apprentissage pour l'institution (Cf. plus bas les externalités).

1.3. LE DISPOSITIF DES CECICS : PERIMETRE DE L'EXPERIMENTATION

Les CECICS ont été l'objet central de ce projet financé par le dispositif article 51 parce que vues et jugées comme un système proposant un potentiel élevé d'innovation en santé. Dans le périmètre défini par un cahier des charges précis, et parce que le financement était expérimental, la cible a été réduite au profil des patients les plus sévères et instables pour qui les effets sur les risques évitables pouvaient être rapidement visibles et « comptables ». Dès le début de son intervention la cheffe de projet identifie là un risque de distorsion. Une distorsion des effets utiles visés et observés qu'il serait possible pour servir le seul volet d'une *gouvernance par le nombre* (Supiot, 2022, p28), et qui serait alors au détriment du repérage des ingrédients utiles et des manières possibles de les cuisiner pour arriver à ces résultats.

Les CECICS sont composées d'infirmier-e-s et de cardiologues exerçant dans le cadre du protocole de coopération national spécifique à l'insuffisance cardiaque. Ces professionnels sont de fait engagés à le mettre en œuvre pleinement. Mais aussi au-delà. Car dans le dispositif s'ajoute aux actes dérogatoires du protocole, des *modules complémentaires* pour une prise en charge d'ambition élargie à l'ensemble des besoins médico-bio-psycho-sociaux de ces patients, impactés par une insuffisance cardiaque sévère et instable. De fait les CECICS sont aussi des entités rattachées à des unités hospitalières de cardiologie avec des équipes en capacité de suivre de tels patients.

Pour l'expérimentation le nombre de cellules a dû être limitée à huit sites en Ile-de-France : quatre en intra-muros et quatre en périphérie. Mais en parallèle le protocole de coopération est appliqué par de plus en plus d'équipes. Cent-vingt infirmiers ont été formés depuis 2019 en intra et extra-hospitalier, et, toute région jusqu'à l'île de La Réunion. A date trente-quatre équipes sont déclarées auprès des ARS exerçant avec ce protocole. (Cf. Annexe 3).

D'un point de vu logistique, le sujet des espaces et des équipements de travail furent des sujets d'interférences non négligeables dans la conduite du projet et l'intervention. Identifier un bureau infirmier équipé d'un ordinateur fonctionnel, avec un double écran, un téléphone mobile avec une ligne fixe et directe, un répondeur permettant de la messagerie, un casque, une fluidité réseau pour les outils numériques, chacun de ses éléments furent autant d'incertitudes que des sujets de préoccupation qui restent même encore aujourd'hui parfois que partiellement résolus. Dans le même ordre de besoins et ressources matériels, développer une signalétique pour ces lieux et penser une visibilité dans les structures nécessaires aux patients, leurs aidants et les professionnels demeure encore complexe – paradoxalement au regard de l'objet principal visé de développement de parcours de prise en soins. Que ce soit de l'identification dans des annuaires aux en-têtes des courriers et dans les divers systèmes

d'informations ces éléments se sont montrés être pour l'intervenante-cheffe de projet des indicateurs d'intégration pour ce type de nouvelles entités et au-delà aussi des hystérésis²² ou témoins d'*historicités* avec lesquels il est utile et nécessaire de savoir composer (les infirmiers travaillent dans des postes de soins ouverts et partagés, pas besoin de ligne direct pour suivre des patients hospitaliers, etc.).

1.4. DISPOSITIF CECICS : TERRITOIRE D'EXERCICE

Définir *le territoire* apparaît être un exercice aussi important que le fait de savoir y consacrer du temps. Il se situe au travers de plusieurs dimensions.

Sur le plan géographique, nous situons le périmètre administratif de la région francilienne. Mais il convient d'y ajouter les bassins de vie des populations. Alors ce périmètre peut être beaucoup plus larges, notamment du fait de centres de référence présents dans ces hôpitaux qui amènent des patients hors régions à venir y être traités et suivis, mais aussi du fait de la dissémination des aidants pouvant être éloignés de plusieurs centaines de kilomètres voir même à l'étranger. Il est précieux de se méfier d'un possible enchevêtrement des territoires liés d'un côté au périmètre d'interventions des professionnels accompagnés (liés aux acteurs du parcours) et de l'autre du propre périmètre d'intervention pour la cheffe de projet (liés aux acteurs du projet).

Compte aussi le territoire personnel des professionnels : leurs lieux de vie impliquent jusqu'à plus de deux heures de transports par jour pour nombre d'entre eux vers leur hôpital de rattachement. Leurs lieux d'exercice sont également pluriels en terme de situation dans l'hôpital pour les activités CECICS réparties entre leur bureau, les consultations et les patients à voir dans différents services. Cette pluralité de lieux est majorés d'autant plus en cas d'activités partagées, mais aussi bien au-delà quand on accepte de prendre en considération que leurs activités directes auprès des patients de leur domicile se fait pour 80% à distance et donc rejoint in fine l'ensemble des territoires possibles de ces patients et des autres acteurs co-intervenants autour de ces patients tels que les professionnels en ville libéraux, les structures nouvelles que sont les maisons pluri-professionnelles de santé, etc.

Sur le plan politique enfin, il convient de prendre en compte les périmètres de l'institution, de l'ARS et des dynamiques territoriales de l'organisation de l'offre de soins avec entre autres les entités nouvelles que sont les CPTS et les DAC apparus concomitamment des CECICS. Enfin il faut situer la portabilité visée à l'échelle nationale de ce projet d'expérimentation dont l'objectif ultime, si cela fonctionne, est d'évaluer une possible généralisation.

2. PROBLEMATIQUE D'INTERVENTION : COMPRENDRE LA DEMANDE

La commande ne suffit pas à construire et déclencher l'action d'un intervenant. Instruire la demande est indispensable car face à la complexité des enjeux, il est central d'approfondir le questionnement pour établir un socle. Par l'exploration il est permis de comprendre la problématique et de situer la finalité du projet, l'objet d'intervention, et conjointement son

²² Notes prises en journée de formation avec Charles-Antoine GAGNEUR. (2022, 28 octobre). CDC204-Théorie et pratique de l'intervention. [Master CIDC_Cnam]

périmètre. Notre intervenante-cheffe de projet a mené ce travail pour conduire son intervention à terme avec les équipes accompagnées sans s'égarer en chemin. Un travail mené intuitivement sans l'identifier comme tel à ses débuts et que nous avons pu approfondir par ce travail réflexif.

Deux questions ici se posent :

- Quel est l'objet de préoccupation, point central d'intervention pour la cheffe de projet durant les trois années d'expérimentation ?
- Comment situer la nature et les fondements de la complexité dans ce projet : la part objectives des composantes matériels et les dimensions subjectives pour chacun des acteurs dans leur propre exercice expérimental ?

2.1. ATTENTES ET ENJEUX DE LA MISE EN PLACE DES CELLULES DE COORDINATION POUR L'INSUFFISANCE CARDIAQUE SEVERE (CECICS)

2.1.1. Dialogue avec le cahier des charges

Le cahier des charges symbolise et exprime une commande formalisée. Il s'agit de mettre en place des CECICS, sous forme d'un dispositif, en visant la construction d'une nouvelle organisation médico-soignante pour une prise en charge hors les murs de l'hôpital des malades insuffisants cardiaques les plus graves.

Cette manière de le dire présente l'avantage de résumer en une phrase tout un projet. Utile pour aller vite. Il a été pourtant nécessaire de passer par la rédaction d'un document de pas moins de quarante pages, le double avec les annexes, pour décrire les composantes, tenants et aboutissants de ce dispositif.

De fait « Construire » une « nouvelle » « organisation » ne s'annonçait d'emblée pas si simple, à commencer par comprendre ce que ce dispositif impliquait de façon concrète.

Construction du latin *constructio*²³ signifie édifier, fabriquer, élaborer une œuvre. Ainsi un effondrement en architecture saura être lié à un défaut de construction. Voilà qui résonne avec l'une des préoccupations constantes de la cheffe de projet dans son intervention auprès des équipes, continuum qui remonte même depuis l'écriture du protocole de coopération à laquelle elle a contribué. La construction désigne aussi le travail construit et l'art de bâtir. Au sens figuré, elle désigne des productions non tangibles, non matérielles, voir immatérielles. Ainsi ici elle vise une organisation et nous le verrons elle doit passer par différents niveaux de réflexion et de partage de propositions de valeurs offertes par l'activité développée. Enfin, en cherchant les synonymes de construction on trouve avec intérêt des champs lexicaux se rapportant d'un côté au travail (ouvrage, élaboration, fabrication...) et de l'autre, à la complexité (organisation, système).

Le nouveau indique qu'il s'agit de quelque chose d'inhabituel - différent, insolite - ou qui existe depuis peu, quelque chose de neuf, original, voir primitif. Au contraire *ancien* renvoi à l'archaïque, au caduc, au dépassé et nous renvoie en synonyme au terme même de *révolutionnaire*. L'ambition et l'acceptation de prises de risque, le fait d'oser, se posent comme

²³ Le Robert (s. d.). Construction. Dans Le Dictionnaire Le Robert en ligne. Consulté le 16/02/2024 sur <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/construction>

des incontournables. S'engager « dans la *construction* de quelque chose de différent »²⁴ implique un travail conjoint et solidaire pour améliorer l'état d'une situation. Ainsi *construire quelque chose de différent* n'est pas forcément de décréter une entité nouvelle au sens de la création, mais juste différente – une idée de *transformation*. L'engagement subjectif semble alors inévitable. Une autre subtilité nous questionne : celle de situer le nouveau au regard des acteurs dans ce projet, dans le sens de ce qui est depuis peu quelque part. Pour les acteurs cela implique un déséquilibre dans un positionnement, devenant face à l'objet d'expérimentation CECICS, experts de leurs domaines jusqu'alors, d'un coup en partie inexpérimentés, jeunes et novices. Il s'agit bien de se diriger dans une sorte de transition pour redevenir d'une autre manière compétents, formés et qualifiés.

Une organisation²⁵ est quant à elle toujours douée de complexité. Elle apporte l'idée de l'aménagement, de l'agencement, mais aussi de l'arrangement auquel s'ajoute la coordination. Une organisation vise un fonctionnement qui implique de l'ordre et une structure. En sciences sociales, elle est le groupement de personnes qui se proposent des buts déterminés. En management on parle d'organisation complexe, et même, d'organisme : une invitation à prendre soin de son caractère vivant.

Construire une nouvelle organisation, impliquera donc dans tous les cas un *inter-agir* entre des acteurs. Et nous pensons qu'étudier ces interactions pour la mise en œuvre des CECICS peut se faire entre autres au travers du dispositif à trois pôles qu' Y. Schwartz nous a décrit²⁶. Car cela implique de fait de considérer à la fois les positions des acteurs dans la situation, leurs besoins, leurs valeurs, leurs *savoirs en adhérence* et *en désadhérence*, ainsi que leurs subjectivités (Cf. Chapitre 2.2).

2.1.2. Mise en place d'un dispositif ou mise en œuvre d'un modèle ?

Pour répondre à l'attente finale et ambitieuse de pouvoir exprimer un retour d'expérience aussi complet que synthétique, il nous semblerait idéal de pouvoir proposer au terme de ce travail de réflexivité, une forme de modélisation des CECICS et des conditions de leur déploiement. « La modélisation est une opération par laquelle on établit le modèle d'un système complexe, afin d'étudier plus commodément et de mesurer les effets sur ce système des variations de tel ou tel de ses éléments composants » (Giraud-Pamart, 1974)²⁷. Ainsi décrire le système CECICS impliquerait de pouvoir modéliser son système logique et complexe, en représentant les structures essentielles de la réalité d'une CECICS, la dynamique de fonctionnement entre ces structures, en situant les variables observées et leurs effets sur le système. Mais devrait-on alors parler de *dispositif* ou de *modèle* CECICS ?

Nous parlions jusque-là de dispositif. Un dispositif renvoie en premier lieu à la notion d'un mécanisme constitué de plusieurs pièces. En l'occurrence nous avons ici un protocole de coopération, des acteurs et des modules à mettre en place. Mais nous avons situé à l'instant

²⁴ Dictionnaire universel de Furetière en 1690 : la construction se dit aussi d'un arrangement, celui des mots pour construire une phrase, et nous rappelle que cela se dit d'un problème. Problème telle une « *difficulté qu'il faut résoudre pour obtenir un résultat* », ou « *une situation instable ou dangereuse exigeant une décision* ». Un problème se construit et se pose.

²⁵ Le Robert (s. d.). Organisation. Dans Le Dictionnaire Le Robert en ligne. Consulté le 16/02/2024 sur <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/organisation>

²⁶ Notes prises en journée de formation avec Yves Schwartz. (2023, 4 mars). CDC207-Introduction à l'ergologie. [Master CIDC_Cnam]

²⁷ GIRAUD Jean, PAMART Pierre, RIVERAIN Jean Giraud (1974). Les nouveaux mots dans le vent. Ed Larousse. Cité dans de nombreux mémoires publiés retrouvé sur le web abordant le sujet de la modélisation. 271p.

que le moyen d'atteindre l'objet de finalité de ces CECICS pour prendre en soins les patients IC sévères et instables passait aussi et surtout par une organisation nouvelle, et, que celle-ci à son tour impliquait d'autres rouages bien moins fixes car autrement subjectifs : positionnement des acteurs, savoirs, engagement, etc.

Au sens philosophique le terme de dispositif a été de fait repris pour être théorisée par plusieurs penseurs pour décrire non plus une simple mécanique mais « un mode de gouvernance stratégique de l'action » par l'agencement d'éléments qui concourent à une action ou à un but. Un dispositif sera ainsi pour la suite de notre travail « un agencement, un ensemble de mesures prises et de moyens mis en œuvre pour une action précise »²⁸.

Eclairage complémentaire avec Michel Foucault (1977),

Quel est pour toi le sens et la fonction méthodologique de ce terme : « dispositif » ? M. Foucault : Ce que j'essaie de repérer sous ce nom, c'est, premièrement, un ensemble résolument hétérogène, comportant des discours, des institutions, des aménagements architecturaux, des décisions réglementaires, des lois, des mesures administratives, des énoncés scientifiques, des propositions philosophiques, morales, philanthropiques, bref : du dit, aussi bien que du non-dit, voilà les éléments du dispositif. Le dispositif lui-même, c'est le réseau qu'on peut établir entre ces éléments. Deuxièmement, ce que je voudrais repérer dans le dispositif, c'est justement la nature du lien qui peut exister entre ces éléments hétérogènes. Ainsi, tel discours peut apparaître tantôt comme programme d'une institution, tantôt au contraire comme un élément qui permet de justifier et de masquer une pratique qui, elle, reste muette, ou fonctionner comme réinterprétation seconde de cette pratique, lui donner accès à un champ nouveau de rationalité. Bref, entre ces éléments, discursifs ou non, il y a comme un jeu, des changements de position, des modifications de fonctions, qui peuvent, eux aussi, être très différents. (Grosricard, Foucault, 1977) ²⁸

De fait le dispositif CECICS peut être décrit comme l'agencement des règles du protocole de coopération par les binômes constitués de cardiologues délégués et infirmiers délégués. Il est constitué de principe socle tel que la délégation d'acte sous la supervision - de cardiologues. La mise en pratique du protocole est elle-même soumise à une déclaration d'activité auprès des agences régionales de santé, et à deux modalités possibles d'inclusion (l'organisation de consultation de titration ou l'entrée en télésurveillance). Le dispositif implique ensuite la possibilité organisationnelle autant que nécessaire de consultation non programmées et la mobilisation des acteurs intra et extra CECICS pour pouvoir mettre en œuvre les trois modules complémentaires (gériatre, équipes d'hospitalisation à domicile, équipe de rythmologie). Et le dispositif CECICS a sans aucun doute une fonction stratégique, pour stabiliser les patients les plus sévères, éviter leur passage aux urgences et leur hospitalisation. Enfin, les actions

²⁸ GROSRICARD, A. (1977) « Le jeu de Michel Foucault » (entretien avec D. Colas, A. Grosricard, G. Le Gaufey, J. Livi, G. Miller, J. Miller, J.-A. Miller, C. Millot, G. Wajeman), *Ornicar ?*, Bulletin Périodique du champ freudien, no 10, juillet 1977, pp. 62-93, <https://fr.scribd.com/document/171964520/Le-Jeu-de-Michel-Foucault>

conduites reposant en grande partie sur des arbres décisionnels, ce dispositif influe de fait les comportements des acteurs engagés.

Mais aussi le souhait de modélisation appelle le terme de modèle. De fait sur les derniers mois de l'expérimentation nous entendons dans les discours et les échanges entre les tutelles et les institutions référentes ce terme de « *modèle* ». Il semble même vouloir supplanter le premier terme pourtant plébiscité de « *dispositif* ».

Pour situer la différence, nous pourrions considérer un modèle comme une sorte d'exemple, de référence, qui sert ou doit servir d'objet d'imitation pour faire ou reproduire quelque chose. Mais nous choisirons plutôt une épistémologie de la science qui considère un modèle comme un système logique représentant les structures essentielles d'une réalité et capable à son niveau d'en expliquer ou d'en reproduire dynamiquement le fonctionnement (Birou 1966)²⁹. On parle alors de modèle explicatif ou de modèle logico-mathématique. Ainsi, parler de *modèle CECICS* permettrait d'attraper ce qui n'est pas dit par la description du dispositif, de ses éléments et de leur fonctionnement en réseau. Et pour nous, parler de *modèle CECICS* invitera à décrire, explorer et exploiter les analogies descriptives entre une réalité concrète (l'histoire des équipes, leur environnement, les profils des patients accompagnés, etc.), et la réalité idéalisée (à métier identique compétences identiques, organisation hospitalière type, etc.). Le modèle permet une valeur symbolique de ce réel. C'est ainsi qu'en socio-anthropologie,

(...) le modèle est un schème de référence, un modèle de conduite, basé sur la culture admise, établie dans une société et qui est acquise quasi spontanément par chacun des membres qui y vivent » (Birou 1966). Des modèles socioculturels sont ainsi des ensembles de traits qui caractérisent, globalement, les membres d'une société et qui constituent la « *personnalité de base* » (Sill.Psychol.1980, p.753). (Wolton, 2019, p28)

2.2. ATTENTES ET ENJEUX DES ACTEURS : LEURS RAPPORTS AU PROJET

Imprégnée de deux cultures professionnelles par son parcours d'infirmière puis de cadre de santé, la cheffe de projet a besoin de situer les acteurs et cherche à les comprendre pour les accompagner dans ce projet. Son regard soignant l'amène à observer la singularité en chaque individu. Son regard managérial l'aide à analyser ce qui peut se jouer à chaque étape en terme de *dynamique de groupe*. (Aymard, 2002)

2.2.1. Les groupes en dynamique

Il y a huit équipes. Pour chacune de ces équipes la cheffe de projet reconnaît une constitution singulière, une combinaison d'acteurs pris eux-mêmes dans différents groupes. Ainsi chaque personne du dispositif CECICS est partie prenante de plusieurs groupes, concomitants, successifs ou enchevêtrés au grès des situations qu'ils rencontrent (Cf. Figure 1). Or à chaque groupe appartient sa dynamique personnelle. Et comme pour chaque individu à chaque groupe correspondra une histoire unique et un développement singulier.

Entre chaque acteur et comme pour chaque binôme, la cheffe de projet a affaire à de multiples coopérations, toutes singulières, qu'il convient de respecter et de nourrir pour qu'elles opèrent. Nous identifions ainsi le groupe médecin, le groupe infirmier et le groupe complet incluant des

²⁹ Mbengue, A., Vandangeon-Derumez, I. & Garreau, L. (2014). Chapitre 11. Construire un modèle.

managers et des représentants de tutelles. Notons que cet aspect de la problématique viendra ajouter le questionnement de différentes formes possibles de coopération, la coopération horizontale et la coopération verticale. Aussi pour prendre soins des phénomènes, productifs ou contre-productif, de dynamique et effets de passage entre les petits et grands groupes existants, cela semble réclamer une vigilance de tiers-intervenant³⁰.

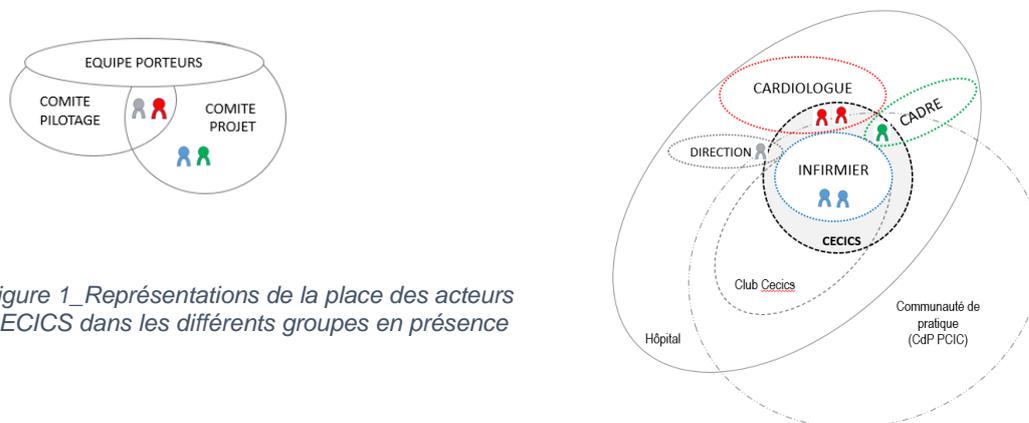


Figure 1_ Représentations de la place des acteurs CECICS dans les différents groupes en présence

Plusieurs niveaux de *groupes restreints* (moins de 15 personnes) sont en présence :

- Les groupes métier dans chaque service dont ils sont issus et auxquels ils appartiennent, selon la part de temps de travail dédié à leurs différentes activités.
- Les équipes CECICS constituée de trois à dix personnes. Au début il s'agissait parfois même de simples binômes et dans ce cas retenons que cela demande une prise en charge particulière. La cheffe de projet a en effet rapidement posé une hypothèse à cet endroit : un risque de binômes exclusifs en début de fabrication qui pourrait être un frein majeur ensuite pour le développement de la nouvelle organisation (cas des CECICS [G] et [F]). Un point de vigilance immédiat à avoir dans une posture visionnaire de la finalité poursuivie. L'enjeu est tel que malgré une constitution de départ en « simple » binôme, infirmier et cardiologue doivent pouvoir s'identifier à une notion d'équipe (Lévy, 2002), capable de se projeter en ouverture à d'autres membres plus tard.
- Le groupe des infirmiers des CECICS. Il est constitué d'une petite vingtaine de personnes. Ils se retrouvent au travers d'un groupe Whatsapp nommé OSICS-51 (nom en référence à la finalité du groupe qui est de partager des astuces avec leur outil numérique commun pour le suivi des patients) et à l'occasion de rapides visioconférences de trente minute proposées par l'équipe support en fonctionnement de type club utilisateurs.
- Pour les *grands groupes* (plus de 20 personnes) il convient de situer l'ensemble des huit équipes CECICS réunies virtuellement à l'occasion des invitations aux comités projets. Ils étaient environs soixante-dix en début de projet pour atteindre plus d'une centaine d'invités. En moyenne 25 personnes sont connectées à chaque comité, chiffre variable en fonction des disponibilités de chacun (le jour et l'heure de ces comités est volontairement variable pour cette raison, permettre à chacun tour à tour de pouvoir y participer).

³⁰ Notes prises lors d'atelier réflexif conduit par Catherine BESSE (2002/2023, novembre à février), CDC206-La dynamique de groupe. [Master CIDC_Cnam]

Il existe aussi une communauté de pratique. La quasi-totalité des infirmiers des CECICS a choisi d'y adhérer. Initialement constituée d'une petite quarantaine de membres, elle propose de regrouper les infirmiers spécifiquement formés au protocole de coopération, les délégués et les cadres qui le souhaitent également, venant de toutes les régions de France. Ils partagent librement via un groupe WhatsApp infirmier qui compte aujourd'hui 88 d'entre eux (des échanges en mode questions-réponses observés toutes les semaines). Ils ont également un espace de réunion par visioconférence chaque six semaines depuis octobre 2021 pour échanger leurs idées, leurs questions et leurs solutions pratiques avec les professionnels d'autres structures franciliennes et d'autres régions de France. Ils se retrouvent aussi volontiers annuellement pour ceux qui peuvent en présents, principalement lors des congrès.

2.2.2. Les cardiologues et les infirmiers

Afin de mieux comprendre encore qui sont ces acteurs, nous pensons utile maintenant de repartir des métiers dans la CECICS.

Il y a une quarantaine de cardiologues avec des degrés très variables d'appétence et de spécialisation en insuffisance cardiaque. Cela peut expliquer des différences en terme d'engagement possible : temps éclaté sur diverses activités, expertises développées de façon variables selon des patients habituellement suivis et soignés tout au long de sa carrière, etc. Ils sont en temps pleins ou partagés et par la mise en œuvre du protocole ils ont endossés une nouvelle casquette de médecin délégué avec une charge supplémentaire donc, sans temps dédié officiel pour la majorité d'entre eux. Leur moteur, au fil des observations et des dialogues conduits avec eux, tient à leur attrait pour l'innovation et l'envie de faire évoluer la prise en charge de leurs patients insuffisants cardiaques, de faire accroître la connaissance sur cette maladie pour laquelle certains ont choisi déjà bien avant de se sur-spécialiser, d'ouvrir la possibilité de répondre autrement au patient. Nous repérons trois éléments constitutifs de leur engagement : contribuer à la proposition d'une nouvelle offre, s'inscrire dans une pratique non isolée car en équipe, et exercer en sécurité par le cadrage d'un protocole : « Avant tout ce qui nous préoccupe les docteurs c'est la sécurité », exprimera clairement l'un d'entre eux. La demande des médecins est d'être rassuré sur la sécurité des actes, des décisions prises et des circuits de prise en charge.

Nous avons ensuite dix-neuf infirmiers de coopération spécifiquement formés (Ispic). Ils ont une expérience de quelques mois à plus de dix ans en cardiologie et ils sont à terme en temps plein ou partagés. Leur période de formation pour exercer dans le cadre du protocole s'étale de dix à dix-huit mois avec un DIU en insuffisance cardiaque, un parcours de sept jours de formation dite théorique-pratique (co-construite avec l'aide du centre de formation et du développement des compétences (CFDC AP-HP), et une période de compagnonnage menée en parallèle ou à la suite. Cette ultime étape doit aboutir à la réalisation d'un minimum de 50 heures ou de 100 consultations en supervision d'un cardiologue. Ainsi la durée totale est très variable car toutes ces étapes de formation sont réalisées en parallèle de leur exercice professionnel (avec un temps plus ou moins octroyé déjà à de l'activité CECICS, et des opportunités plus ou moins nombreuses de consultations spécialisées). Parmi les infirmiers il y a aussi dans deux CECICS une infirmière en pratique avancée (IPA), nouvelle spécialité nécessitant deux années de master et dont les premiers diplômés sont sortis en 2019. L'une fût diplômée en juillet 2021, la deuxième déjà formée depuis 2019 au protocole de coopération fut diplômée IPA un an plus tard en juillet 2022. Il est important de les situer car leur présence

a impacté l'expérience de ces deux équipes dans lesquelles elles ont évolués. Dans ces lieux c'est alors un trio qui s'est constitué « délégrant-délégué-IPA » et cette situation a induit un accompagnement spécifique de la cheffe de projet. Mais c'est en quelque sorte « une intervention dans l'intervention » qu'il conviendra de ne pas explorer dans ce travail de mémoire car il apporterait une autre complexité qui risquerait d'être trop mal car insuffisamment traitée. Tous ces infirmiers sont arrivés dans le projet avant tout parce qu'ils étaient venus se former à ce protocole dans lequel ils ont situé la possibilité d'un renouveau dans leur exercice. Ils indiquent avoir par ce biais voulu retrouver du sens à leur travail, pousser leurs connaissances scientifiques et (re)trouver ce que nous avons plusieurs fois entendu, accompagnés de signes physiques de soulagement : « *ce qui est bien avec la CECICS c'est que je suis libre de pouvoir m'organiser à ma manière, de pouvoir enfin reprendre le temps de vraiment soigner les patients, dans leur globalité* ».

La demande de ces professionnels du soin est de l'ordre du soutien. Un accompagnement axé sur une présence stable, la délivrance de repères réglementaires et stratégiques, la disposition pour une écoute active et une posture de réassurance : « *on a besoin d'un conseil...* ». La finalité de l'accompagnement visée par des encouragements de la cheffe de projet est qu'ils osent se positionner. Elle voit l'utilité de les aider à développer leur *pouvoir d'agir*. (Clot, 2008)

2.2.3. La hiérarchie

Sa présence est forte, une sorte d'omniprésence invisible particulièrement institués et telle que bien connue des hôpitaux publics³¹. En théorie, un cadre de santé référent est rattaché à chaque CECICS. En pratique, nous avons vu le cadre quand il était présent, dans une position de dedans-dehors, plus ou moins engagé ou empêché de lui-même ou par autrui (Cf. chapitre 4.3. Des externalités et des inattendus). Le constat est un positionnement tout à fait variable au regard des équipes en charge ? nous émettrons bien des hypothèses sans jamais parvenir à confirmer ni à oublier : un besoin de marquer une position de hiérarchie, ou de collaborateurs, un sujet de confiance en soi ou d'un sentiment possible *d'il-légitimité* face à la nouveauté ? Le projet n'aura connu in fine qu'une seule CECICS avec le même manager de proximité constamment présent sur les trois ans. Ailleurs nous aurons vu jusque trois cadres différents en trois ans (cas de la CECICS [A]) ou, à l'inverse, cette fonction non attribuée sur la totalité du projet sur un fond de problématique de postes vacants (cas de la CECICS [D]). Au-dessus de ces cadres « de proximité » dit dans le jargon, nous avons parfois des cadres supérieurs dit « de secteur » (pour plusieurs unités de soins), et dans tous les cas un cadre paramédical de pôle (appelé DMU à l'AP-HP) pour plusieurs spécialités. Ces derniers sont donc au nombre de cinq. Parce que six des CECICS appartiennent structurellement par paire à un même groupe hospitalo-universitaire (GHU) subdivisé lui-même en DMU et regroupant le plus souvent les services de même spécialité comme la cardiologie des différents sites. (Notons que cette description marque un signe d'une complexité institutionnelle à repérer mais sur laquelle il ne sera pas possible ici de s'attarder). De la part de ces cadres de santé, de tout niveau hiérarchique, la cheffe de projet a systématiquement cherché l'expression de possibles demandes. Mais elle déplore n'avoir obtenu que très peu de verbalisation directe, au plus des

³¹ Cf. de nombreux ouvrages sur la gouvernance hospitalière : d'Halluin, J., Maury, F., Petit, J. & de Singly, C. (2007). Pouvoirs et organisations à l'hôpital. *Esprit*, 14-39. <https://doi-org.proxybib-pp.cnam.fr/10.3917/espri.0701.0014> ; Rivière, A., Commeiras, N. & Loubès, A. (2013). Tensions de rôle et stratégies d'ajustement : une étude auprès de cadres de santé à l'hôpital. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 31, 142-162. <https://doi-org.proxybib-pp.cnam.fr/10.3917/jgem.132.0142> ; Cauvin Renault, C. (2020). 1. Le basculement des valeurs. Dans : , C. Cauvin Renault, *Reconstruire l'hôpital: Concilier normes et relation de soin* (pp. 27-53). Toulouse: Érès. ; etc.

regards, des absences, ou des remerciements. Et voici autant de symptômes d'une autre complexité sur laquelle nous ne pourrions nous attarder suffisamment pour correctement la traiter. Mais une complexité qui, peut-être, explique cette énigme persistante concernant l'engagement des cadres. Or nous verrons plus loin la nécessité cependant de ne pas oublier ces cadres car à la fois force et faiblesse pour une possible pérennité et généralisation du modèle. Mieux comprendre ces symptômes permettrait de pouvoir les prendre en charge dans une manière d'intervenir collectivement ou s'il le faut à chaque endroit spécifiquement.

Ensuite autour des CECICS et au regard du territoire défini plus haut, nous devons considérer quatre autres catégories d'acteurs.

Pour continuer sur l'organisation institutionnelle, il y a des collaborateurs directs en interne qui sont : huit chefs de services, cinq directeurs médicaux identifiés comme référents pour le projet et pouvant être de toute fonction de direction possible (en l'espèce un DG, un DRH, un DAF, un DURQ et un DOP)³². L'article 51-CECICS ayant été le premier article 51 opérationnel dans l'institution mais suivi aujourd'hui d'une dizaine d'autres, ils sont devenus pour la plupart avec le temps des référents pour tous les projets article 51 de leurs sites. Il y a aussi les cadres administratifs, référent de DMU. Cinq en théorie donc mais là aussi deux seulement ont été stables sur les trois années (CECICS [A] et [C]). Puis selon les sites et l'organisation des GHU : des référents experts pour la coopération et les pratiques avancées, soit cinq au total, un autre pour la télé-médecine, soit 5 de plus, un pour le lien ville-hôpital, encore 5, ou encore un autre pour le dossier patient informatisé, 5 à 10 selon les organisations de GHU. La cheffe de projet aura cherché et sera parvenue à presque tous les identifier mais non à les rencontrer. Puis, sans lien direct avec les équipes CECICS mais impliquées de façon plus éloignée du projet et pouvant être en lien direct avec la cheffe de projet selon les sujets, les problèmes rencontrés et l'implication de chacun, on retrouvera des directions fonctionnelles et leurs services supports tel que l'informatique ou encore les services de facturation.

Dans la catégorie des partenaires il convient de situer en premier lieu les patients. Ils sont de fait en première position dans ce projet de santé. Un projet à situer dans une dynamique servicielle sur laquelle nous reviendrons. Dans le cadre de l'intervention chacun de ces patients est pour la cheffe de projet non pas un acteur direct de l'intervention mais un autrui à la présence continue. Cet autrui auquel on pense dans l'action, un marqueur d'une ligne directrice, le patient dont le gain en qualité de vie est l'objet central du projet.

Ensuite viennent par centaines les professionnels exerçant au domicile ou en structures de ville, médicaux et paramédicaux. Il y a aussi les industriels, fournisseurs de solution de télésurveillance, quatre sociétés, start-up pour la plupart et concurrentielles entre elles. Marqueur et précurseur déjà d'une certaine transformation des soins, ils sont en lien direct et parfois au quotidien avec d'un côté les patients et de l'autre les infirmiers des CECICS. Ils sont aussi en lien, bien que plus rarement, avec les médecins cardiologues et responsables administratifs énoncés.

Enfin, une dernière entité est l'équipe des porteurs, ainsi nommé dans les articles 51. Elle est constituée pour cette expérimentation de trois porteurs scientifiques (PU-PH, dont l'un d'eux est particulièrement investi dans ce projet, demandeur originel du protocole de coopération

³² Cf. Glossaire : Directions Générales (DG), des ressources humaines (RH), des finances (DAF), des risques et de la qualité (DURQ), des opérations (DOP).

puis de ce financement dérogatoire d'innovation), une directrice référente au siège de l'institution, et la cheffe de projet, ancienne cadre de santé de la CECICS pilote avec qui a été écrit le protocole de délégation. Autour de ces acteurs gravite un dernier trio support avec deux chargés de mission en attache de la cheffe de projet qui seront venus principalement en appui du système d'information et du travail des données.

Suite à cette mise en perspective de la commande face aux attentes des acteurs, l'objet de l'intervention pourrait être ainsi défini, en dessinant une horizon d'attente commune : accompagner les professionnels dans la co-construction de leur CECICS en soutenant le développement individuel et collectif de leurs pouvoirs d'agir, faciliter les contacts entre les milieux pour développer un équilibre des savoirs, et le rapport de chacun avec les activités CECICS, puis stabiliser leur fonctionnement³³.

2.3. ATTENTES ET ENJEUX DES INSTITUTIONS AU REGARD DES CECICS

Pour le ministère de la santé l'attente au regard du projet CECICS est celle de tous les articles 51 c'est-à-dire d'expérimenter de nouvelles façons de prendre en charge les patients, de mettre en place de nouvelles coopérations pluri professionnelles et de renforcer les actions de prévention³⁴. Quand le comité technique (représentants de la CNAM, des DAC, d'ARS, la secrétaire général du ministère) émet un avis favorable à l'autorisation de l'expérimentation le 27 décembre 2019 (CTIS, 2019), son attente est de produire un impact économique favorable sous réserve d'atteindre 13 à 19,5% de réduction des hospitalisations (taux variant selon la sévérité de la pathologie) ; de tester un modèle de financement forfaitaire plutôt qu'à l'activité au service d'une organisation de coordination et de prise en charge intégrale des patients ; d'organiser une prise en charge pluri-professionnelle avec une mobilisation accrue des infirmiers dans un contexte de tension sur la démographie médicale ; de favoriser le maintien à domicile et la prise en charge ambulatoire de patients insuffisants cardiaques sévères. Ils attendent des réponses aux questions suivantes : Est-ce que le parcours de soins des patients atteints d'IC s'est-il amélioré ? L'accès à une expertise a-t-il été facilité ? La filière de prise en charge de l'IC est-elle plus visible pour les patients ? Le patient est-il plus impliqué dans la prise en charge de sa maladie ? Le dispositif permet-il un maintien à domicile en limitant les institutionnalisations ? La qualité de vie des patients s'est-elle améliorée ? Est-ce qu'une meilleure coordination ville-hôpital-domicile a-t-elle été constatée ? Les professionnels de santé impliqués sont-ils satisfaits de ce nouveau dispositif (amélioration de leur qualité de vie au travail) ? L'organisation interprofessionnelle basée sur la mise en place de protocoles de coopération est-elle efficace ? Le dispositif est-il efficient (meilleure utilisation des médicaments, meilleure observance, diminution des effets secondaires, diminution du nombre de jours cumulés d'hospitalisation pour IC, diminution du nombre d'hospitalisation pour IC, diminution du nombre de passage aux urgences, diminution des chocs, diminution des hospitalisations pour arythmie et AVC, diminution de la mortalité, etc.) ? L'expérimentation est-elle reproductible à d'autres territoires ?

L'assurance maladie et l'ARS assurant tous deux le financement de l'expérimentation dans une démarche de soutien à l'innovation, attendent avant tout que la promesse faite par le cahier

³³ Travail d'analyse sous l'angle de l'économie de la fonctionnalité que nous avons réalisé en mai 2023 dans le cadre du module de formation du Cnam CDC2023- master CIDC

³⁴ Attente rappelé par Aurélien Rousseau, Ministre de la santé et de la prévention dans le rapport au parlement 2023 sur les expérimentations innovantes en santé, éditorial, p2.

des charges soit tenue, que les fonds servent à ce pour lesquels ils sont prévus et qu'ils soient informés de leurs bons usages. [Fonds d'innovation du système de santé (FISS) et Fond d'intervention régional (FIR)].

Et au niveau de l'AP-HP, en terme de pilotage institutionnel, la fin de l'année 2022 et l'année 2023 sont fortement marquées par la parution d'un document central nommé « les 30 leviers pour agir ensemble à l'AP-HP »³⁵. Bien que ce document arrive en aval de la commande initiale (deux ans après le cahier des charges des CECICS), il est une expression des attentes de l'institution et des collectifs contributeurs. Car le processus s'est voulu participatif : initié par un sondage ouvert à tous les agents de l'institutions puis travailler à l'échelle des services, puis des DMU puis des aller-retour entre eux et les directions centrales pour élaborer in fine ce document socle. Il est une forme d'obligation institutionnelle qu'il convenait de prendre en compte dès lors dans l'intervention pour ne pas omettre des enjeux croisés pour les équipes et le projet.

Ainsi, la cheffe de projet entreprend à sa parution de faire un exercice de résonance entre chacun des leviers et les éléments concrets du projet. Rares ont été ceux pour lesquels elle n'a pas vu de lien avec les possibles « agir » des CECICS.

En premier lieu, clé de voute du projet des CECICS, la *coopération* est nommée telle que et à plusieurs reprises dans le document. Et de fait, la coopération a bien contribué à « *améliorer la cohésion d'équipe entre PM et PNM* » comme attendu par ce levier. La cheffe de projet relève aussi l'intention de donner les moyens de « *identifier les potentiels à la coopération* ».

Les CECICS répondent ensuite à la demande de « *mobiliser la communauté AP-HP dans l'identification des justes leviers de performance* » : par « *un travail sur le bon usage et juste prescription* » via les titrations de médicament assurées par les Ispic. Et elles agissent sans nul doute « *sur le volet stratégique des circuits patients* » (levier 20-21-22-28). Elles participent à la « *poursuite des évolutions vers une prise en charge plus ambulatoire* » et contribuent à « *mobiliser tous les autres leviers disponibles, notamment appui des équipes de notre filière gériatrique* » pour trouver des solutions d'aval pour les patients les plus complexes. Et pour la suite du projet elle note l'intention d'un « *état des lieux du positionnement de l'AP dans l'offre de soins régionale filière par filière* ».

Aussi, pour « *contribuer à une meilleure conciliation entre les temps personnels et professionnels, médicaux et paramédicaux, de réunions et de co-construction* », les acteurs CECICS font l'effort du choix de créneaux de rencontres à des heures compatibles aux infirmiers et tenables pour les médecins. Les revus de dossiers, les visites sur sites, sont autant de « *temps de formation conjoint* ». Les comités de projet trimestriels où tous – acteurs concernés - des infirmiers, aux directions - sont conviés, contribuent enfin à la « *participation des paramédicaux aux conseils de service* » posé dans ces leviers comme un objectif à atteindre rapidement.

Ensuite, les CECICS contribuent à l'enjeu de « *fidéliser en donnant accès à des carrières paramédicales plus riches et variés avec un cadrage plus clair de leur rôle et de leur condition d'emploi* » (Leviers 4,5,6). De façon concrète des infirmiers ayant exprimés le souhait de quitter l'institution sont finalement restés en procédant par mutation interne d'un service hospitalier (CECICS [A, C, E, F, H]). Au-delà, pour deux infirmières cela a permis de les

³⁵ Nicolas REVEL, DG APHP, communiqué de presse le 13/12/2023. (AP-HP, 2023)

maintenir dans le métier malgré des restrictions physiques qui leur imposait sinon une reconversion (CECICS [H] et [F]). Certains ont déjà pu se saisir de « *la création d'au moins 300 postes pour des recrutements de nature à faire gagner du temps, de type coordination de parcours* » et « *libérer du temps aux soins* » (CECICS [G] et [H]). Il est aussi mentionné le souhait d'insuffler *plus de transversalité entre les différentes directions*, de réfléchir à des *accueils spécifiques selon les métiers pour faciliter les collaborations* ; la question de *l'accompagnement des changements de postures* est soulevée, ou encore de l'amélioration du fonctionnement quotidien des outils numériques qui est un sujet aussi important pour la fluidité des CECICS (« *missions de proximité en informatique* » et « *déploiement d'outils numériques* »). (Leviers 11,12,13)

Pour l'encadrement enfin elle lit une ouverture pour apporter une réflexion sur la posture du cadre de proximité face aux nouveaux métiers, à la coopération et aux nouvelles organisations possibles. Mais nous repérons à cet endroit un paradoxe entre ce qui est affiché et l'observation des symptômes visibles chez les cadres tels que décrits. Les leviers indiquent ainsi la nécessité « *en cas de difficulté liée ou non au management, la garantie de l'apport d'une réponse plus rapide et adapté à la situation par formation, coaching, médiation.... (...)* et *la conception d'outils pour mieux accompagner les cadres* (Leviers 6, 9 et 14) ». Quid de la compréhension de ces difficultés, de leurs raisons d'être à l'endroit des cadres, ou de leurs invisibilités. Un autre signe de la complexité particulière des difficultés rencontrées à ce niveau ? Un plan cadre a été décliné. La cheffe de projet pourra peut-être y accéder, nous lui souhaitons, pour y trouver de nouveaux leviers et re-questionner ces hypothèses qui résistent au sujet du positionnement des cadres au regard des CECICS.

2.4. ATTENTES ET ENJEUX POUR LA CHEFFE DE PROJET-INTERVENANTE

Ce qui est attendu de la cheffe de projet - justifiant son financement - est mentionné au cahier des charges :

Pour l'ensemble des sites, il est nécessaire d'accompagner le pilotage et la montée en charge du projet, de suivre la qualité de l'activité dans chaque DMU, d'animer le lien inter CECICS, de favoriser l'harmonisation des pratiques et de participer à la structuration des liens avec la ville, de gérer le secrétariat du COPIL du projet. Ces missions seront menées par un chef de projet qui aurait un profil de cadre de santé expérimenté. (ARS-IDF, 2019, p33)

Il ne s'agissait donc pas initialement d'accompagner les personnes impliquées (annexe 4). L'ordre de missions indique de « coordonner la mise en œuvre », d'assurer la « gestion du projet » (établir la feuille de route du déploiement, aider au montage des CECICS en s'adaptant – précisé dans le texte - aux situations locales ; coordonner les différentes équipes, suivre les infirmiers et harmoniser leurs pratiques. Il est attendu qu'il s'implique aussi dans la coordination avec les partenaires de la ville, qu'il organise le pilotage avec des COPIL et autres comités pour la gouvernance du projet. Le chef de projet doit enfin assurer l'encadrement des chargés de missions qui auront pour activité de suivre l'avancement opérationnel du projet ; accompagner le déploiement de l'outil numérique de suivi des patients, assurer le contrôle qualité des données, réaliser le secrétariat de la gestion de projet, structurer le reportage pour les tutelles et pour le financement (ARS-IDF, 2019).

Dans la fiche de poste cette fois il est demandé « d’accompagner les équipes » dans la mise en place des CECICS en les aidant et en veillant à la mise en place du protocole de coopération dans le respect des critères définis, à la mise en place des parcours de soin et de leur organisation, « proposer un accompagnement pour la gestion des réclamations des personnes impliquées et/ou impactées par le projet ». Il lui est aussi demandé d’informer le COPIL des difficultés constatées, et de proposer des mesures à prendre pour y remédier. (Cf. annexe 4 : Fiche de poste)

Le budget, le dimensionnement et le financement découlent ainsi de la projection d’un processus de gestion au départ très opérationnel. Un processus visant un déploiement de nouvelles entités, un dispositif donc, avec des parcours à structurer et des grandes étapes à franchir. Pour les plus concrètes ce sont les mises en place des modules de prise en soins, des outils de fonctionnement matériel ou organisationnel.

Or, la demande sous-jacente à cette commande tient aussi du champ de l’intervention. Car il s’agit d’accompagner le développement de nouvelles organisations médico-soignantes, et donc accompagner une transformation dans le milieu où il opère (définition de l’intervention)³⁶. Ainsi nous posons le fait qu’il s’agisse d’une intervention (pour accompagner l’ensemble) ou de huit interventions (pour accompagner chaque CECICS). La cheffe de projet est financée pour 4 ans, de 2020 à 2023 pour finalement à la fois accompagner l’opérationnalité et le déploiement du dispositif, et, par un travail de l’expérience identifier un possible modèle.

En dernier lieu, en juin 2023 une ultime attente des commanditaires est formulée lors de l’entretien de l’équipe des porteurs avec les évaluateurs : « il faudrait que tu listes tout ce qu’il te semble devoir être nécessaire pour jouer ce rôle, cette fonction de tiers dont tu nous as parlé, pour la suite des CECICS à l’AP-HP et pour pouvoir l’écrire et l’inscrire dans les éléments clés à prendre en compte pour la généralisation ». Cela nécessite pour elle de déterminer les éléments de sa posture et les actions clés qui lui ont permis de soutenir la mise en place des CECICS. Et en effet bien que la formalisation par le cahier des charges et la fiche de poste sont utiles pour qualifier et resituer les finalités d’action de sa position, nous savons que « le prescrit ne règle pas tout »³⁷. Autrement dit la question est : qu’est-ce qui a pu échapper dans le réel à la lecture de l’activité de la cheffe de projet et qu’est-ce que cela révèle ?

S’interroger de la sorte nous invite à utiliser les méthodes d’analyse du travail pour tenter de dévoiler ses actions d’intervention au plus proche du réel et tenter de répondre au mieux à la question de ce qu’il faudrait poursuivre pour la stabilisation des CECICS au-delà de l’expérimentation et de façon pérenne.

³⁶ Notes prises en journée de formation avec Brian Demas. (2022/2023, 9 décembre et 20 janvier). CDC204- la Théorie et pratique de l’intervention. [Master CIDC_Cnam]

³⁷ Notes prises en journée de formation avec Ulmann, AL. et De Gasparo S. (2022/2023, octobre à mars). CDC208-Les compétences et la mobilisation subjective au travail. [Master CIDC_Cnam]

3. METHODE D'INTERVENTION

Il s'agit de définir les dimensions structurantes de la conduite d'intervention.

3.1. CHOISIR UNE POSTURE D'INTERVENANTE-CHEFFE DE PROJET

Lors des sessions de formation des Ispic la cheffe de projet revient très régulièrement sur l'importance de se positionner. Savoir « d'où on parle » et savoir l'exprimer sont pour elle deux enjeux fort de sa pratique : un positionnement professionnel tient de soi, et des autres, d'un mouvement entre la manière dont ils nous positionnent, dont nous accueillons ce positionnement, ce que nous pensons pouvoir en faire, ce que nous souhaitons en faire et ce que nous en faisons.

En passant par l'identification de situations significatives trois postures se sont distinguées pour situer et comprendre son approche globale et pour raconter son travail sans taire de sa complexité. Cela a nécessité une étape d'éclatement complet, non des besoins du projet mais des objets de préoccupation de la cheffe de projet pour l'accompagner. Car comme pour tout professionnel il est bien difficile de se raconter, de pouvoir regarder le réel de son activité. De plus il est pour elle autant difficile de raconter ses manières de s'y prendre pour accompagner le projet et les équipes, qu'il est une évidence qu'elle joue de ces différentes postures au regard des situations et des besoins identifiés. Tout est pour elle intégré et nécessairement enchevêtré dans son intervention.

Nous distinguons alors trois rôles joués par dominance selon les occasions. Nous pouvons les reprendre en repartant des préoccupations, des finalités, courues par la cheffe de projet.

- La première finalité est d'expérimenter la mise en place de Cellules d'expertise et de coordination pour l'insuffisance cardiaque sévère (CECICS). Il s'agit de suivre un processus à peaufiner, à détailler, et à tester sur huit sites, pour arriver à une méthode précise permettant une reproductibilité. L'ambition à terme est de définir un dispositif éclairé de conditions nécessaires et suffisantes pour une généralisation, c'est-à-dire permettant d'obtenir un même degré d'efficacité pour toute équipe qui s'y engagerait. Apporter des solutions et capitaliser les expériences en identifiant des freins et des leviers de réussite. L'objectif s'apparente alors à l'ajustement d'une recette avec une définition des ingrédients et des étapes. Il suffirait de la décliner en mode processus pour que cela fonctionne (cf. annexe 7). La cheffe de projet travaille ainsi au fil de l'expérimentation une feuille de route pour qui voudrait reproduire le dispositif, avec des indicateurs chiffrés d'activité, l'élaboration de graphiques de tendance et le repérage d'éléments de langage commun (rapports annuels). Elle se voit tenir là une posture opérationnelle, de conducteur de projet, *prescripteur* pour mettre en place les éléments structurels de cette nouvelle forme d'organisation pour une prise en charge des patients hors les murs de l'hôpital. Ce rôle est joué dès les premiers jours par l'élaboration et l'adaptation de ces feuilles de route pour le démarrage de chaque CECICS, puis au travers de conseils organisationnels, ou encore pour l'aide au pilotage par le travail d'éléments chiffrés et la valorisation financière de l'activité. Nous situons que ce travail pour la mise en œuvre des activités CECICS impose une figure de *facilitateur*.
- La deuxième finalité est d'accompagner des changements de pratiques individuelles et le développement de nouvelles compétences individuelles et collectives. Car un protocole de coopération implique un transfert d'activité. Dans les CECICS, il intègre des

cardiologues *délégant* et des infirmiers *délegués* qui se reconnaissent entre eux dans un fonctionnement en binôme cadré par des arbres décisionnels (cadre réglementaires). Dans leurs relations, avec les patients et entre professionnels, ces modalités de pratiques répondent à des enjeux particuliers. Ils impliquent pour les infirmiers et pour les cardiologues un positionnement nouveau avec une appropriation de nouvelles postures professionnelles. Et les infirmiers sont de surcroît particulièrement attendus dans le dispositif sur le champ du développement de leur compétence, car c'est sur eux que doit s'opérer le transfert. Alors quand cette activité devient leur seule et pleine activité, cela prend l'allure d'une *transition* vers une nouvelle fonction, un nouveau *métier*. Pour la cheffe de projet cela impose un accompagnement particulier, de chacun, individuel. Cela l'appelle à tenir une posture d'*expert* pour accompagner le développement de compétences. Un rôle tenu lors de la formation des infirmiers au centre de formation, puis dans l'animation de la communauté de pratique, l'organisation de visio-conférence destiné aux responsables médicaux et paramédicaux des infirmiers formés, la production de documents supports, et la manière de répondre aux questions des professionnels selon leurs métiers (par mails, par téléphone, lors de réunions, de rencontres informels, de congrès, etc.). Nous posons que ce travail visant la fiabilité et la robustesse des pratiques, appelle une posture de transmetteur, une figure de *formateur*.

- La troisième finalité est d'aider à la mise en œuvre du protocole de coopération national insuffisance cardiaque, élément socle du dispositif. Par la dimension protocolaire et le cadre réglementaire de cet exercice, il pourrait être supposé qu'une mise en œuvre des CECICS induirait naturellement une *coopération*. Or, comme elle s'en aperçoit, et nous tenterons de l'éclairer dans notre analyse, pour coopérer il ne s'agit pas de plaquer par au-dessus un processus type feuille de route. La coopération implique plusieurs niveaux d'engagement. Elle ne se décrète pas, elle s'accompagne³⁸. Ainsi bien que les professionnels visent dans les CECICS sans aucun doute au moins une finalité commune - *un mieux* pour les patients - pour autant ils n'en demeurent pas moins tout à fait alignés. Chacun est traversé par ses propres enjeux. La cheffe de projet travaille pour cela la capacité de chacun à considérer les enjeux de l'autre. Elle va pour cela tenir une posture d'accompagnateur stratégique des groupes et des individus. Une posture d'intervenant *contributeur* et *clinicien* pour soutenir l'exercice en coopération et tenir les questions de responsabilisation. Un rôle soumis à la spontanéité, impliquant une mise en disponibilité pour ouvrir des espaces d'écoute, d'expression et d'élaboration, au moment des visites sur site, pendant les réunions d'équipes, et avant ou après sur des temps informels. Ainsi nous situons que le déploiement du modèle en adaptation à chaque milieu invite cette fois une figure de *tiers-intervenant*.

Conduire ce projet pour l'intervenante est la « co-construction d'un voyage ».

Il y a sur la place de départ des organisations et des structures a priori assez homogènes, qui se révèlent très hétérogènes. Les membres se connaissent bien moins qu'ils ne semblent le penser dans leurs imaginaires collectifs. Médecins, infirmiers, cadres de proximité et cadre supérieur, directeur de pôle, de site, de finance, professionnels de ville : ils se croisent, peuvent se parler, échanger des contenus mais ils n'ont pas l'habitude d'échanger sur leurs savoirs, leurs expériences et encore moins sur leurs pratiques. Or il est possible de transformer ce groupement hétérogène d'individus en un collectif d'acteurs organisés autour d'un projet commun. Mais cela ne peut pas venir de nul part. Aider pour que des liens constructifs entre les acteurs puissent se nourrir en toute occasion est ainsi une préoccupation constante de la cheffe de projet. Pour cela le pilotage du projet en équipe de porteur en ayant un espace de verbalisation et de confrontation de ses hypothèses sur sa manière de s'y prendre nourri sa

³⁸ Notes prises en journée de formation avec Patrice Vuidel (2023, 17 février) et De Gasparo S. (2023, 31 mars). CDC203-économie et territoire, approche territoriale et développement socio-économique. [Master CIDC_Cnam].

réflexivité. Elle met l'accent sur la qualité des rencontres (organisation et satisfaction des personnes), elle puise son énergie en développant ses intuitions, et cherche des concepts solides pour combiner ces ingrédients. Elle situe de nombreux points de fragilité et des risques de *mal-formation* du cadre de leur pratique qu'il faut ajuster et renforcer. Car du fait du contexte d'innovation, la vision des finalités et des valeurs solides n'est pas encore tout à fait partagée entre des acteurs, eux-mêmes caractérisés par une grande variabilité de leurs parcours et de leur contexte d'activité. Au trois figures nous ajoutons alors l'adoption d'une posture de prudence.

Nous comprenons ensuite que son style d'intervention est inspiré d'un émerveillement quotidien face à l'observation des caractères complexes et vivants des organisations. Attraper continuellement des enjeux d'ajustement entre toutes les variables pour en tirer une harmonie, et pour chaque équipe CECICS, et entre les CECICS, dans une portée globale, est pour elle un beau défi. Nous retrouvons cet état d'esprit dans son document écrit de candidature au titre de cadre supérieure. Elle y propose d'accompagner les professionnels en soutenant le *principe de subsidiarité* comme socle de structuration des services, en nourrissant un esprit de coopération et de collaboration. Elle écrit : « *Tout cela est utile pour émanciper les professionnels, injecter de la souplesse dans les organisations, qu'ils puissent retrouver un sens à leurs actions quotidiennes, l'expression des valeurs communes, et in fine abandonner l'idée de fuir la pratique de leur métier* »³⁹. Revenir sur les objectifs, les besoins, individuels et collectif est chez elle un leitmotiv. Elle situe dans cette *dynamique servicielle* que *le projet* est une question centrale et elle rejoint cette idée que plus un service proposé est discuté et discutable plus il faut poser et clarifier les intentions visées. Or cette dynamique est double dans ce projet : elle se trouve dans le fonctionnement des CECICS dont l'objet est le soin, et, elle se retrouve dans l'accompagnement des CECICS par la cheffe de projet. Cela l'invite à être le plus clair possible sur ses propres intentions et en même temps à chercher en permanence à clarifier les intentions, et des acteurs et des équipes et des tutelles et des porteurs du projet, sur ce qu'ils cherchent à faire tous ensemble. Elle reprend régulièrement et autant que nécessaire les besoins auxquels le projet ambitionne de répondre : la mise en place des six modules, les finalités pour les patients, les perspectives de généralisation. Elle cherche aussi l'expression d'objectifs plus personnels pour chaque équipe dans leur milieu : démarche intégrative à laquelle elle s'accroche par une intuition forte qu'elle est la principale clé de réussite et de pérennité. Et elle cherche en même temps les externalités qui immanquablement devraient être induites par les actions de chacun : équipe et acteurs.

Par ses expériences antérieures d'encadrement et de conduite de projet, elle est convaincue de la force, du potentiel qui peut se dégager du collectif en terme d'énergie pour les individus qui le compose et le rayonnement autour d'eux. Elle garde en tête que pour faire équipe et construire des collectifs, comme cela est nécessaire - comprendra-t-elle plus tard - pour travailler en coopération, de pouvoir réaliser des déplacements des uns vers les autres. Cela demande de passer par quelques changements d'angles et de points de vue pour ensuite pouvoir se déplacer d'une idée à une autre, d'une projection à une autre et percevoir ainsi au moins en partie ce que l'autre perçoit. Ce sera donc une préoccupation en chaque instant pour elle d'alimenter l'envie et d'accompagner ce type de mouvement, appuyée par les apports

³⁹ Lettre de motivation de la cheffe de projet au concours professionnel permettant l'accès au grade de cadre supérieur de santé paramédical de la fonction publique hospitalière, mars 2023.

sociologiques en formation des cadres de santé - sociologie des organisations, des professions, psychosociologie et dynamique de groupe - suivie dix ans plus tôt.

Enfin elle juge utile de *composer*, au sens musical du terme. Un continuum apparaît entre ses différentes postures. Les trois figures sont mises en avant de façon plus ou moins prépondérantes ou alternativement selon les besoins de la situation et les sous-objectifs ciblés de chaque instant. Nous situons ainsi que la mise en œuvre des activités CECICS impose en principal une figure de facilitateur, le travail qui vise la fiabilité et la robustesse des pratiques appelle une figure plus volontiers de formateur, et le déploiement du modèle en adaptation à chaque milieu invite quant à lui d'avantage la figure de tiers. Et comme le montre plus bas la schématisation des temps forts de son travail sur une échelle de temps, ces trois figures ont été le plus souvent mis à contribution en parallèle, l'un pouvant servir à l'autre, l'un précédant l'autre, inversement et réciproquement. Nous chercherons à comprendre leur articulation et leurs impacts sur les résultats au regard du dispositif CECICS, et, du modèle CECICS décrits.

Un autre élément caractéristique est la forme d'accompagnement qu'elle choisit d'adopter : une forme constituée de plusieurs accompagnements, en miroir des trois figures et en réponse à la pluralité des objets visés (individus compris), une pluralité de type ou de nature d'accompagnement :

- ✓ Accompagnement du projet avec les partenaires institutionnels, lors d'arbitrage.
- ✓ Accompagnement des équipes, dans une alternance de petits et de grands groupes prenant soin de nourrir un esprit de bienveillance, sinon d'espace d'expression.
- ✓ Accompagnement individuel des infirmiers, des référents médicaux, des cadres, des directions.
- ✓ Accompagnement des situations comme le besoin de définir une méthode pour gérer une file active de patients, correspondre avec les autres professionnels, etc.
- ✓ Accompagnement dans des discussions éthiques concernant la prise en charge singulière de certains patients discutés lors des revues de dossier.

Nous avons vu avec les trois figures que se relier trois angles d'approche retrouvés au travers du cadrage, trois dimensions de la posture, avec le type d'actions menées. Or, par la solution trouvée de la mise en mouvement de cette triade, nous éclairons dans le même temps l'enchevêtrement auquel l'intervenante-chef de projet est confronté.

La cheffe de projet fait des ponts tout au long de sa conduite de projet entre ces gestes de métier que sont l'écoute, le recueil d'information et leur analyse systémique, mobilisés antérieurement dans sa trajectoire de cadre de santé responsable d'unité de soins et sa posture actuelle d'intervenante. Une posture de cadre de santé comme *transposée* et *transformée* pour aller vers une posture de cheffe de projet. Et c'est sans doute une piste pour comprendre ce qu'il a pu se jouer dans les externalités du projet et ce qui pourrait faire ressource pour la pérennité et la généralisation de ce type de projet CECICS. En effet sans être dans la même position, dans l'une comme dans l'autre elle a cherché à agir en prenant compte du travail réel, visible et invisible. En tant que cadre de santé, la hiérarchie verticale est un poids inéluctable. Dans cette position, développer un management horizontal nécessaire à la co-construction et au développement de ce type de projet demande des efforts quotidiens. En tant que cheffe de projet c'est une autre position, dehors-dedans. La hiérarchie existe. Elle est même double pour cette cheffe de projet car fonctionnelle d'une part, avec le siège de l'institution, et administrative d'autres part avec son site de rattachement. Mais elle est hors des services et hors de la hiérarchie paramédicale. Et le constat est que cela lui a permis de développer d'autres *pouvoir d'agir* (Y. Clos). Pouvoir s'adresser directement à la

personne concernée par un sujet selon son niveau de besoin, sans interdire autre que de rester aligner sur une valeur commune qui est de considérer en tout lieu et pour tout objet la position et le temps contraint de chacun. Cette position lui a permis d'explorer l'expression du *principe de subsidiarité* - comme elle l'entend - d'en tirer tous les bénéfices, et de nourrir l'espoir de pouvoir témoigner de l'intérêt de son développement. (Retenons ici une piste possible à explorer pour traiter le sujet des externalités à l'endroit des cadres de santé discuté plus bas).

Dans sa posture elle est aussi animée d'un souci constant de ne pas alimenter d'avantage la spirale des épuisements professionnels et autre *burn-out*, fléau de l'hôpital. Et elle refuse d'admettre qu'il puisse être véritablement possible d'envisager que toute tâche est parfaitement reproductible et toujours à optimiser d'un point de vue du temps et du visible (Lean management). Ni de considérer qu'une compétence puisse être acquise toujours définitivement, qu'elle serait fixe dans le temps comme cela lui était imposé de renseigner dans les évaluations annuelles des agents durant ses années d'encadrement. Tout autant, elle assume le portage du projet. Partie prenante de ce développement d'un nouveau mode d'organisation elle s'interroge jusqu'où aller dans une montée en charge attendue, constitutive du principe de l'expérimentation. Un sujet fort de préoccupations pour elle encore aujourd'hui.

Ainsi, pour pouvoir manœuvrer entre ces postures, elle tient à intervenir à sa façon mais en transparence tant qu'il lui est permis de le faire, en exprimant le pourquoi de ses choix, action et prise de position.

De fait, au vu des objectifs à atteindre selon le cahier des charges, la description des acteurs, celle du territoire ou de l'institution, entre la pluralité des problématiques rencontrées, et des besoins spécifiques d'accompagnement, il nous apparaît qu'il est pour elle nécessaire de tenir conjointement plusieurs types et dimensions d'accompagnement.

3.2. SITUER ET DEFINIR LES CONCEPTS CLES A MOBILISER

Nous comprenons : cette intervention consiste à accompagner les professionnels dans la co-construction de leur cellule d'expertise en soutenant le développement individuel et collectif de leurs pouvoirs d'agir dans une nouvelle organisation médico-soignante. Quant à la manière de s'y prendre, nous pensons qu'elle peut aussi s'expliquer par une lecture particulière de la cheffe de projet et pour ce projet CECICS de certains concepts clés.

3.2.1. Concept de projet, co-construction et transformation

En intervention la question du projet est central car « c'est un vecteur d'engagement puissant, qui devient prescription plus même que les prescriptions matérialisées »⁴⁰ (le cahier des charges de l'expérimentation, les fiches de poste, etc.). Et comme souligné dans la description des acteurs : « ce n'est pas parce que le projet est fondamentalement louable que les gens acteur du projet ne peuvent pas être en souffrance vis-à-vis du projet ou dans leur quotidien, du fait des doutes, et/ou du fait de surinvestissements » (id.). Faire projet ensemble est centrale, car « à la fois c'est un vecteur d'engagement très puissant, et, à la fois c'est un risque de fragilisation et de débordement » (id.). L'intervenante va pour cela toujours chercher à créer de la place pour que les personnes puissent raconter, exprimer leur doute, pour que chacun puisse se sentir conforté par le collectif. Elle sait qu'il est important « *d'observer dans le dialogue aussi tenu soit-il, que les réponses apportées n'enlèvent pas forcément les*

⁴⁰ Notes prises en journée de formation avec Brian Demas. (2023, 24 mars). CDC203- économie et territoire, approche territoriale et développement socio-économique. [Master CIDC_Cnam].

questions » (Demas, 2022). Elle veut pouvoir accompagner dans le respect de la singularité des situations de chacun : organisation, échelle de valeur, buts, espace de compétences, etc. Et elle semble vouloir tenir à cette fin une position d'observateur et de régulateur en chaque situation dans un mouvement alternatif et rapide, quasi-simultané.

Il faut ajouter que pour accompagner un projet il est utile de parvenir à « *distinguer ce qui est support et ce qui est objet de finalité* » (Demas, 2023). C'est un geste de métier et une compétence à développer pour l'intervenante et pour ceux qu'elle accompagne. Cela nous invite alors à préciser un autre élément central à la fois pour nous dans cette analyse et marqueur d'une manière d'agir de la cheffe de projet : la compétence est pour elle, et pour nous, toujours située. Or cette capacité d'agir en situation est une épistémologie de la compétence, non universel. C'est un choix de la considérer comme telle. Ce serait une autre acception de considérer la compétence comme un socle définitivement acquis par la formation et l'expérience. Ainsi pour nous elle appartient aux *savoirs* et invoque surtout des *potentiels*. Elle n'est jamais acquise car c'est un travail sans cesse renouvelé que de savoir et pouvoir les mobiliser. Et cela aussi peut nécessiter un accompagnement, un apprentissage, une figure de formateur. Dans tous les cas, ces visions du concept de projet et de la compétence appelle une manière particulière de conduire un projet, en l'espèce ici le développement des CECICS.

De fait « *dans l'histoire de la pensée psychosociologique aussi bien que dans les pratiques (...) on s'aperçoit vite que [le projet] entretient de nombreuses connivences, parfois même une parenté très étroite avec les préoccupations psychosociologiques autour de l'acteur, du sens, de la complexité, de l'innovation, du changement, de la crise, de l'identité, du lien social ou de la sublimation* ». (Boutinet, 2002). Pour agir, se mobiliser et se mettre en mouvement, nous avons besoin d'un prescrit, c'est-à-dire de l'expression d'une commande, un attendu entendu « *qui fait qu'on ne se pose pas en permanence la question de pourquoi on fait les choses* » (Demas, 2023). Ici nous avons vu le cahier des charges qui concerne tous ceux engagés dans le projet (des professionnels aux institutions partenaires en passant par les directions et l'équipe des porteurs), le protocole de coopération pour les professionnels accompagnés, la fiche de poste pour la cheffe de projet.

Le terme de *co-construction* « *désigne toutes les démarches visant un point de vue partagé entre différents acteurs ; celle-ci ne signifie pas que tous les acteurs adoptent le même point de vue car un accord peut advenir, au cours du déroulement des échanges, à partir du moment où chacun des acteurs perçoit que les nouvelles formulations (...) sont compatibles avec ce qu'il défend. Elle désigne un processus délibératif encadré par un dispositif formel et par l'intervention d'un tiers régulateur et médiateur* » (Foudriat, 2014). Voilà la figure de tiers qui apparaît. Et c'est là-dessus que s'est positionnée l'intervenante-cheffe de projet. Parce que cette notion de co-construction, nous explique Michel Foudriat « *traduit un changement dans la façon de réfléchir sur la problématique des changements organisationnels et de concevoir le management de ceux-ci* ». Pour le tiers et si c'est le cadre « *c'est à la fois définir et être garant d'un espace délibératif particulier qui introduit d'autres formes d'interactions entre les subordonnés entre eux et entre ces derniers et lui* ». Voilà qui rejoint les éléments de la problématique exposé au regard des acteurs, leur position et leurs difficultés, notamment au regard des habitudes de hiérarchie et de subordination.

L'accompagnement du projet ici c'est l'accompagnement d'un nouveau modèle d'organisation du travail. Il tient d'une conduite de *la transformation* qui implique deux *changements*

*paradigmatiques*⁴¹ du fait de la délégation d'actes. Un changement des pratiques professionnelles : une combinaison des actes avec de nouvelles cartes pour les infirmiers, un rôle de supervision nouveau pour les délégués, une pratique du soin à distance invitant à développer de nouvelles compétences, et une grande proximité avec les patients, et sur plusieurs mois. Un changement aussi de positions sociales en tant qu'individu et en tant que groupe. Un déplacement avec de nouvelles convergences ou divergences dans la hiérarchie des valeurs et des buts professionnels (vision patient, vision populationnelle), des interférences de subjectivités dans l'agir de chacun individuellement modifiées (vision des rôles et des possibles), des changements de modes de travail en petits groupes (coopération horizontale), mais aussi en grands groupes (en comité projet tous les métiers et niveaux de hiérarchie sont invités) et une alternance inhabituelle entre les deux (un travail hospitalier est volontiers *posté* dans une appartenance strict à un service).

Or, « *La conduite d'un projet qui demande un changement paradigmatique demande beaucoup d'effort* »⁴² et voilà l'explication d'une autre complexité du projet et de sa conduite. Et cela nécessite pour l'attraper de passer à nouveau par la visualisation conjointe des trois figures identifiées : *facilitateur, formateur et tiers*.

On peut voir le changement comme une réorganisation et non une transformation, quand ce sont les techniques qui sont bouleversées mais non les buts ni les règles. Dans le cas des CECICS à l'endroit de l'hôpital nous dirons que le but a changé car il s'agit désormais non seulement de guérir mais de prévenir (les décompensations cardiaques). Les règles ne sont plus seulement de prescrire et d'exécuter et d'agir de façon coordonnée, mais d'analyser et d'arbitrer en croisant des regards, et d'agir en complémentarité de compétences en situation. Choisir le terme de transformation ou de transition pour les CECICS ? « Dans les deux cas, il s'agit de quitter une chose pour une autre (...). Ce qui les distingue, c'est la temporalité que porte *la transition* qui est graduelle, progressive et qui désigne un état intermédiaire, un état « entre-deux », un temps de chrysalide, une transformation à l'œuvre » (Lafont, 2021). S. Lafont nous explique que « La transition parle d'un paradigme qui explose. D'un cadre de référence qui disparaît à tout jamais. Elle est l'état intermédiaire et nécessaire pour passer d'un cadre à un autre radicalement différent ». Elle est le passage « *d'un monde stable et prédictible, à un monde incertain et totalement inconnu car impossible à modéliser* » (Lafont, 2021).

C'est changer les paramètres de son équation. Les critères de réussite ne peuvent plus être les mêmes. Le vivant dans toute sa diversité est à intégrer. La rentabilité ne peut plus être que financière. La vocation de l'entreprise est ébranlée. Ce n'est plus le capital financier qui devient prioritaire mais notre capital collectif. (Lafont, 2021)

Ainsi il nous semble plus correct de parler pour les CECICS de *transition* à l'heure de l'expérimentation, puis de *transformation* quand viendra l'étape de la généralisation. Et S. Lafont met en garde aussi sur son blog :

Aujourd'hui, beaucoup d'entreprises passent à côté de leur transition croyant qu'elles sont face à un changement majeur qu'elles pourront absorber en agissant sur la

⁴¹ « Un nouveau paradigme constitue un changement profond, dans notre vision du monde et conséquemment, dans nos modes de pensées et d'agir ». (MASCOTRA, 2009, p15)

⁴²Notes prises en journée d'accompagnement dans la conduite de projet. Sandro De Gasparo (2023, mai). CDC201-Conduite de l'intervention. [Master CIDC_Cnam].

forme : changer l'organisation, utiliser de nouveaux mots, développer de nouvelles pratiques plus collaboratives, modifier leur activité pour aller vers les activités d'avenir (le « green »), travailler le sens, etc. Elles travaillent avec acharnement et sérieux la forme mais oublient au préalable de travailler le fond, sur ce paradigme qui vole en éclat. Et on le comprend, car accepter de travailler le fond, c'est accepter de plonger dans un monde inconnu sans recettes prêtes à l'emploi, sans récits, sans témoignages. Quel business plan à 5 ans peut tenir quand les hypothèses traditionnelles de base s'évanouissent ? C'est l'aventure la plus totale. C'est aux antipodes du désir de maîtrise de l'entreprise qui à travers ses études de marché et ses benchmarks tentent de rendre le monde prédictible, cherchent les scénarii duplicables, le retour sur investissement, la sécurité, les équations linéaires à peu d'inconnues. (Lafont, 2021)

Elle recommande : « *Pour entrer en transition, l'entreprise doit s'ouvrir à l'espace de réflexion et de création que celle-ci exige* ». Il nous semble ainsi que pour cette expérimentation, l'institution hospitalière est parvenue à ouvrir et tolérer ces espaces. « *L'interdépendance est clé et se déconstruire à plusieurs est tellement plus soutenable* » nous indique-t-elle enfin. Un message que nous pensons certainement utile à retenir aussi pour la généralisation.

3.2.2. Principe de subsidiarité et pouvoir d'agir

A l'échelle internationale la gouvernance est « La somme des différentes façons dont les individus et les institutions, publics et privés gèrent leurs affaires communes. C'est un processus continu de coopération et d'accommodement entre intérêts divers et conflictuels. Elle inclut les institutions officielles et les régimes dotés de pouvoirs exécutoires aussi bien que les arrangements informels » (Commission on Global Governance, 1995, p. 2) ⁴³. Le principe de subsidiarité quant à lui est propre à tout système déconcentré. Pour nous il repose sur l'idée que c'est le professionnel de chaque niveau d'une organisation qui serait le mieux placé pour voir les dysfonctionnements et imaginer les solutions les plus appropriées. Notre cheffe de projet a particulièrement travaillé sur ce concept lors de ses études de cadre de santé. C'est un concept donc également socle pour elle dans sa manière d'accompagner des équipes. Pour situer ce concept nous reprenons ses recherches de l'époque : Dominique Peljak, directeur d'hôpital, s'appuyant sur les travaux de sociologues tels que Michel Crozier écrira dès 1997 à ce sujet.

La subsidiarité constitue une nouvelle modalité de management permettant de repositionner l'hôpital à travers trois axes d'analyse : le système de santé, l'organisation hospitalière et les pratiques professionnelles. En posant la règle permettant de déterminer le niveau de prise en charge le plus adéquat possible et le plus proche des usagers de l'hôpital, ce concept permet de résoudre certains défis contradictoires de l'hôpital. (Peljak, 2002).

La *Nouvelle gouvernance* de l'hôpital 2007 visait de faire reposer sur ce principe une nouvelle structure organisationnelle avec une gouvernance qui se voulait fondée sur la coopération et la confiance et non plus sur l'autorité et les relations hiérarchiques. Il s'agissait d'autonomiser,

⁴³ [Commission on Global Governance, 1995, p. 2] cité dans Devin, G. & Smouts, M. (2011), p118.

de déléguer, d'associer la personne quel que soit l'échelle⁴⁴. Le principe de subsidiarité associe donc toute personne à une activité en fonction de son niveau d'action possible, lié à sa position dans un système organisé du travail et ses propres capacités : à observer, à analyser, à raisonner, à élaborer, à créer, mais aussi à se positionner.

Cela nous invite à poser le concept du *pouvoir d'agir*. C'est dans le travail de Yves Clos que nous retrouverons le mieux la manière de penser de la cheffe de projet et qui raconte aussi une part de sa manière d'agir dans cette intervention : pour son analyse de l'activité des CECICS et la relation entre les acteurs, pour sa propre activité et sa relation avec les personnes accompagnées. C'est un concept développé ni seulement à l'endroit de la psychologie, ni de la psychosociologie, ni de l'ergonomie, mais plutôt au milieu d'eux. Dans son ouvrage « Pouvoirs d'agir et marges de manœuvre » (Clot, 2015) nous retenons pour ici trois piliers de cette pensée :

- Le pouvoir d'agir se discute en situation et les marges de manœuvre ne sont ni que personnelles ni uniquement permises par un pouvoir extérieur.
- Il existe toujours un rapport singulier entre les travailleurs et leur activité - pensons ici aux soignants médecins et infirmiers, mais aussi aux cadres, aux directions, correspondants et représentants d'institution :

Celles ou ceux qui travaillent — seuls ou ensemble - loin d'être seulement déterminés par les contraintes ou les ressources de leurs activités, cherchent toujours à les déterminer en se déterminant. Ils cherchent toujours, quitte à échouer, à créer leur milieu professionnel en l'habitant par leur histoire propre. Ils ne sont pas le réceptacle ou le théâtre de forces qui agissent sur eux à leur insu et surtout n'y sont pas réductibles. (Clot, 2015)

- Quand le pouvoir d'agir du sujet dans la situation de travail effective, au cours de son activité réelle avec les autres ne régénère plus son pouvoir d'agir sur lui-même, il est de moins en moins capable d'être affecté. S'il ne parvient pas alors à changer *la* situation de travail ou encore *de* situation de travail, il est poussé au geste machinal et au monologue intérieur ; son énergie potentielle se disperse, il se durcit jusqu'à nécroser ses marges de manœuvre personnelles. (Clot, 2013)

Revenons sur les trois postures de la cheffe de projet dans l'accompagnement des professionnels. Nous avons vu qu'il y a celle de clinicien. Dans son rôle de tiers, elle est clinicienne de l'activité, au chevet du travail des CECICS et de leurs organisations. Ainsi elle voit, l'activité comme une triade entre le sujet, l'objet et les autres (autrui) (*activité triadique* comme le définit Y. Clos) : L'activité est guidée par la tâche mais elle ne se définit pas seulement par son objet. Elle est aussi dirigée vers l'activité des autres portant sur ce même objet dans la situation. Elle est donc adressée et toujours tournée en même temps dans deux directions différentes (vers l'objet et vers les autres c'est-à-dire collaborateurs, patients, mais aussi « autrui » - symbolique - entourage personnel, connaissance professionnelles, etc.). Pour Y. Clos, et en clinique de l'activité, le travail est donc une triade vivante animée d'un

⁴⁴ Reprise de travail de recherche réalisé en 2021 pour le diplôme cadre de santé et master 1-Economie de la santé et des politiques sociales: *La mise en place des pôles d'activité et le management de proximité : quelles formes de collaboration entre le cadre responsable d'unité de soins et le médecin chef de service ?*, p8-12 [non publié]

conflit moteur qui est la source même de son développement potentiel. L'activité est triadique et dialogique. Voilà qui rejoint le caractère aussi vivant que nous portons sur les organisations, un regard qui fait source d'énergie pour la cheffe de projet, mais qu'elle sait et que nous savons aussi possiblement source d'inquiétude et d'angoisse pour des professionnels particulièrement bousculés et en déséquilibre dans un tel projet d'innovation.

3.2.3. La question du temps, enjeux de temporalités et de synchronisation

L'activité dialogique invite à son tour la question du temps et des *temporalités* : la temporalité des acteurs, du projet, des actions à mener, mais aussi la question du temps, pression du temps et intensité des moments. Les vagues de crises sanitaires successives bouleversantes traversent ce projet, et avant cela ont bousculé les équipes hospitalières et déstructuré de nombreux services (2020/2021). Elles ont été une source de désorientation importante. Elles ont été aussi la confirmation que dans les soins il fallait toujours et dans tous les cas continuer d'agir pour le présent connu, un après souhaités, et un futur inconnu.

Derrières les dimensions de temporalité, se cachent aussi celle des délais. Dans le projet CECICS et par ses enjeux, la question de la temporalité devient une question paradoxale quasi compétitive depuis l'angle de vue de chaque acteur : dans le cadre d'une prise en charge singulière d'une relation soignant-soigné le délai est assez court (moins d'un an en moyenne), dans celui du projet le délai est à moyen presque long terme (de quatre années d'expérimentation à la généralisation), pour le patient vivant avec une maladie chronique le délai est infini (jusqu'au terme de sa vie).

« Nos classiques grecs disposaient, pour la temporalité, de diverses nominations *aïôn*, *chrônos*, *nun*, *kairos* », *Aïôn* désigne les notions de durée, d'éternité et de force vitale perçue. *Chrônos* désigne la durée objective, une quantité de temps mesurable et continue, le temps de nos horloges. *Nun* exprime l'instant. *Kairos* précise la notion du moment opportun (Hortonéda, 2005). Dans le monde du soin dans lequel ce projet évolue, le tiraillement entre ces quatre temps est une constante que la cheffe de projet garde en tête dans sa manière d'agir. Elle se concentre à chercher le *Kairos* pour tenir les délais de *Chronos* dans le respect le plus possible du *Nun* des soignants pris dans leur propre tiraillement des temps.

Quid alors ensuite du défi de *la synchronisation des temps*. A l'hôpital elle est si constitutive des problématiques du quotidien que l'ANAP a élaboré un guide⁴⁵ à ce sujet. Dans l'enjeu de la double dynamique servicielle (soignant/soigné et tiers/accompagnés) elle est une équation aussi épineuse que labile. Et c'est un paradoxe de métier, ou pas, nous ne savons le dire, mais en tout cas un constat : les soignants semblent plus en capacité de résoudre cette problématique de la synchronisation pour les soins, que prompts à identifier des risques de « désynchronisation » et à élaborer des stratégies « de resynchronisation » avec leurs pairs ou autres collaborateurs. Or ce constat est très variable dans la conduite du projet. Parfois un frein à la coopération (incapacité à se poser ensemble pour dialoguer en équipe) ou parfois un levier (énergie contagieuse et apaisement quand elle survient), elle varie selon les acteurs, les équipes et les périodes. Nous notons dans tous les cas un enjeu fort d'aider à développer collectivement cette compétence de la synchronisation. Le sentiment de bien-être associé à la perspective d'interview rapide et efficace, pèse de tout leur poids quand cela marche. Nous retenons que la tenue, du cadre d'intervention et des jalons posés, joue ici une fonction essentielle.

⁴⁵ ANAP (2017), Synchroniser les temps médicaux et non médicaux auprès du patient hospitalisé

3.2.4. Coopération, collaboration, coordination et entre-aide

Nous avons vu que les CECICS sont des cellules d'expertise et de *coordination*, et leur dispositif est basé sur un protocole de *coopération*. En le posant ainsi, coordination d'un côté, coopération de l'autre, croisé avec un fourchement régulier dans les bouches en début de projet pour nommer ces infirmiers tantôt de coordination ou de coopération, nous a conduit à l'hypothèse d'une possible confusion entre les acteurs, et une cause possible de difficulté de positionnement de chacun pour soi et entre soi.

Une *action organisée* (Crozier et Friedberg, 1977)⁴⁶ a pour objet d'éclairer la logique et la rationalité des solutions trouvées face aux difficultés et aux contraintes rencontrées. Il est autre chose encore de comprendre comment elles s'organisent : entre collègue il est plus ou moins possible et attendu ou au contraire empêché, de s'entre-aider, de collaborer, de se coordonner ou de coopérer. Il nous semble essentiel de s'accorder sur la définition de ces concepts pour comprendre la suite de notre analyse. Cela a d'ailleurs été nécessaire pour la cheffe de projet de s'y attarder pour comprendre ce que ces confusions langagières pouvaient raconter et savoir s'il fallait et pourquoi s'en inquiéter. Et nous pensons qu'il sera sans doute aussi essentiel de faire l'exercice pour la généralisation.

L'*entre-aide* relève d'une réaction spontanée empathique entre les professionnels. Il s'agit de donner un coup de main à l'autre. Cela s'observe chaque jour à l'hôpital entre les soignants d'un même service, pour finir par exemple un tour de surveillance pour les infirmières, la distribution des repas, etc.

Dans un travail de coordination, chacun a ses propres enjeux dans son propre travail. Les acteurs se mettent d'accord sur des règles entre eux, tel que le font un cuisinier et un grossiste pour prendre un exemple en dehors de la santé, tel que le font deux médecins de spécialités différentes ou le médecin généraliste avec le spécialiste dans un compte-rendu ou un courrier de correspondance sans attendre de retour particulier de celui à qui il a été adressé. Le but est d'optimiser la productivité, la qualité et économiser des moyens. La coordination est toujours nécessaire entre des acteurs dont les activités se succèdent ou se croisent. Les intérêts de chacun ne sont pas alignés, chacun poursuit ses enjeux selon ses propres réalités, ses risques, etc.

Le concept de collaboration vient du latin *cum laborare* qui signifie travailler avec. En soins infirmier nous retrouvons comme définition :

La collaboration interprofessionnelle est un ensemble de relations et d'interactions qui permettent à des professionnels de mettre en commun, de partager leurs connaissances, leur expertise, leur expérience pour les mettre, de façon concomitante, au service du client (D'Amour, 1999). La collaboration interprofessionnelle est le lieu de structuration d'une action collective qui réunit médecins et infirmiers autour d'un but commun comme la réanimation du patient ; elle se réalise à travers un processus d'interactions entre les acteurs d'une part et entre les acteurs et l'environnement d'autre part, dans une dynamique complexe de communications, de prise de décisions, de responsabilités, d'actions et d'apprentissages. Ces acteurs sont interdépendants, ils interagissent selon

⁴⁶ CROZIER et FRIEDBERG, 1977, L'acteur et de système, cité dans notre mémoire de master 1 [mémoire non publié].

des modalités qui s'enracinent dans leurs rôles, statuts et cultures professionnelles respectifs. La collaboration interprofessionnelle suppose la connaissance du champ de pratiques de l'autre ainsi que la reconnaissance de ses compétences respectives ». (Policard, 2014)

En outre nous lisons que « les principes clés de la collaboration sont la communication, la coopération et la coordination ». Ainsi la coopération ferait parti de la collaboration. Et pourtant. En pratique notre constat est sans appel : autant la collaboration comme l'entraide sont du quotidien des soignants dans les services hospitaliers, mais ce que la cheffe de projet observe de transformation dans les relations de travail entre les cardiologues délégués et les infirmiers délégués dans les CECICS n'a rien de comparable avec cette collaboration dans les services de soins. Elle est tout aussi forte et utile que la coopération dans les CECICS, mais elle est tout à fait différente.

« *La coopération commence quand l'entre-aide s'arrête* »⁴⁷. Elle apparaît en fait souvent quand commence les contrariétés, quand le travail de l'autre impact son propre travail et qu'on se trouve à chercher à comprendre, à faire l'effort de questionner pourquoi l'autre n'a pas pu, n'a pas fait. Ainsi elle peut survenir dans des situations d'urgence où pour chacun il va falloir trouver une solution pour tous ou a minima que chacun fasse un effort pour l'autre. Il va falloir construire un arbitrage, écouter l'autre et identifier quel effort, quitte à ce qu'un assume plus une fois et l'autre une autre fois. Dans tous les cas une activité réalisée en coopération implique une capacité à considérer les enjeux de l'autre, à chaud ou à froid, dans l'urgence ou installée dans un fonctionnement continue.

Travailler en coopération nécessite donc que chacun fasse un effort pour comprendre et agir en intégrant les enjeux de l'autre. Elle relève d'une exigence de travail. Une manière dont on prend en compte le réel du travail de l'autre dans sa manière de travailler. Et c'est sans doute là cette grande différence que constate la cheffe de projet. Dans les CECICS cette coopération est continue (et non discontinue comme la coopération peut survenir ponctuellement face à une urgence vitale) et l'effort qu'elle demande l'est tout autant. Ce qu'il nous semble important de souligner aussi c'est que les acteurs ne sont là ni partenaires, ni alignés. Elle met à distance des relations de subordination. Quelle que soit la forme de la relation, collaborateur, associé ou hiérarchique il y a dans la coopération une forme d'engagement où chacun cherchera à comprendre et être attentif à l'autre. Par exemple en médecine avant de prendre une décision il s'agit, dans un esprit de coopération, de vérifier l'incidence sur les prises en soins des autres acteurs (tel traitement ou tel parcours interagissant avec tel autre). Dans les CECICS il s'agit par exemple pour les infirmiers délégués comme pour les médecins délégués d'accepter ou de refuser d'inclure un nouveau patient en considérant l'enjeu collectif d'en accepter un maximum mais dans les limites de chacun, médecin et infirmier, selon le degré de complexité (médical, social, relationnel) et de l'équipe (dans sa capacité de relais et possible phénomène de saturation). Ainsi, il ne s'agit pas seulement que certains travaillent ensemble à un niveau, sans prise en compte de la hiérarchie, cardiologue et infirmier sans le cadre par exemple. Ce ne serait pas tout à fait de la coopération dans ce cas, car elle ne considérerait pas tous les enjeux d'externalités autour de leur activité et donc ne prendrait pas en compte les incidences des actions de chacun dans les situations. Enfin, il est utile de repérer que parce qu'elle exige

⁴⁷ Notes prises lors des journées de formation avec De Gasparo S., Blandin O. et Vuidel P. du laboratoire ATEMIS*. (2023, février-mars). CDC203- économie et territoire, approche territoriale et développement socio-économique. [Master CIDC_Cnam].]. *Le laboratoire Atemis (Francois Hubot et Christian Du Tertre) a développé un modèle appelé « économie de la fonctionnalité et de la coopération » et formé 500 entreprises.

des efforts et que cela n'est pas si simple, elle peut vite rester à l'état de projet, d'idée de principe. A l'inverse il est intéressant de situer aussi qu'une coopération peut aller jusqu'à internaliser des extériorités négatives (c'est-à-dire les prendre en charge dans son fonctionnement). Ainsi, exercer dans une démarche de coopération permet de créer de la cohérence. Et c'est sans l'avoir ainsi identifié mais bien avec cette pensée que la cheffe de projet parlera intuitivement durant tout son accompagnement des CECICS de complémentarité et qu'elle posera la notion de démarche intégrée dès le troisième COPIL. De fait « pour que les actions de chacun impactent positivement celles des autres, il est judicieux d'identifier des solutions intégrées »⁴⁸.

Mais ainsi, riche de promesse, il faut avoir conscience qu'avant tout la coopération se vit, s'expérimente tous les jours pour prendre réalité sur le terrain. C'est pour cela qu'elle a besoin de soutien. Elle n'a rien de spontané, ni de naturel. Il est donc besoin d'une fonction tiers parce que pour discuter les enjeux de coopération, il faut du dialogue. C'est un mode de régulation qui passe par la réflexivité, l'expression de savoirs partagés, le repérage collectif des externalités, une confiance renforcée. Ainsi il faut soutenir les personnes dans leurs capacités à coopérer et pour cela penser ce qui peut être soutenant à cet endroit. Manager d'une certaine manière, faire des retours d'expérience, ou plein d'autres possibles. L'enjeu commun est de « Comment faire sens ensemble ». Pour se développer, elle doit pouvoir être pour les CECICS soutenu par l'institution.

En outre, nombreuses sont les interférences qui se jouent dans les relations de coopération entre ces professionnels de santé, notamment infirmiers. Et une analyse du travail menée auprès d'une Ispic entre avril et juillet 2023 a permis de situer le risque d'une confusion possible entre ce qui relèverait dans ces équipes d'un débat de normes, de questions éthiques, ou de questionnement sur la fonction exercée et le déport de responsabilité. Car il ne faut pas oublier que la fonction Ispic est encore récente. Ainsi il pourrait s'agir parfois plus de parvenir à tracer les contours de l'activité que véritablement de débats de normes (AL Ulmann, retour sur l'analyse du travail réalisé).

A la fois origine et fruit de dialogue entre les acteurs des CECICS les représentations soignantes peuvent se trouver nécessairement pris dans une sorte de dialogue socratique tel que décrit dans le dispositif à trois pôles modélisé par Yves Schwartz⁴⁹. Nous nous interrogeons ainsi sur une sorte d'effet miroir possible entre la définition qu'ils appliquent à certains concepts pour les patients mais différemment pour eux-mêmes. Par exemple dans leur relation avec le patient atteint d'une maladie chronique se joue un accompagnement long et une question de durée. Leur vision de ce qu'est l'*autonomie* induit dans leur accompagnement des intentions, une patience ou une tolérance plus ou moins engageante pour respecter le besoin d'être ou ne pas être autonome par exemple pour le patient. Or ce sont des concepts appelés pour eux-mêmes dans leur pratique : font-ils le lien avec leur relation de coopération interprofessionnel, vis-à-vis d'eux-mêmes, pour eux-mêmes et entre eux ? Et cette question se pose pour bien d'autres concepts qu'il pourrait être riche d'enseignement d'étudier sous cet angle : d'un croisement possible entre une manière de concevoir la relation soignant-soigné et leur relation de coopération : l'*empowerment* et le *pouvoir d'agir*, l'*altérité* dans la relation de service, l'*auto-détermination*, etc.

⁴⁸ Notes prises en journée de formation _Vuidel P. CDC CDC203- économie et territoire, approche territoriale et développement socio-économique. [Master CIDC_Cnam].

⁴⁹ Notes prises en journée de formation avec Yves Schwartz. (2023, 4 mars). CDC207- Introduction à l'ergologie. [Master CIDC_Cnam].

Ce sont en tout cas des débats et des tiraillements que nous voyons possibles entre les acteurs et pour chacun avec lui-même dans ce qu'il se joue de cette pratique attendue de lui. Cela questionne d'emblée une externalité possible en terme de vécu et de manière de se voir soi-même pour les professionnels des CECICS dans cette nouvelle organisation. Et en faisant un parallèle, nous pouvons supposer que ces professionnels investis au quotidien dans l'accompagnement des personnes, en coopération avec les patients, sont en attente d'un même cheminement des acteurs autour d'eux dans cette dynamique servicielle de leur propre relation de coopération entre eux. Car dans les deux, il s'agit bien d'une aventure commune, construite en marchant les uns en proximité des autres, les uns avec les autres.

3.3. DEVELOPPER LES CONNEXIONS, ORGANISER DES RENCONTRES, POSER DES JALONS

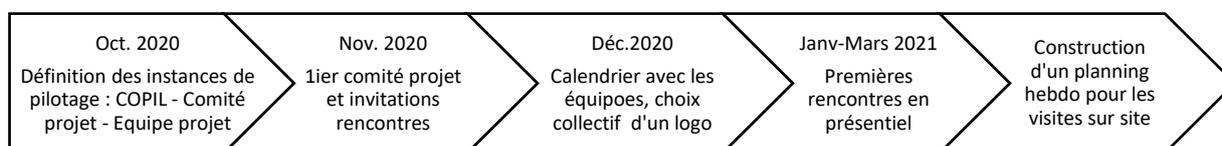
En terme de méthodologie, deux axes principaux à situer.

Pour la cheffe de projet, co-construire ne pouvait débuter que par faire « co-naissance ». Un moment essentiel - fondamental - qui devrait prendre le temps qu'il faudrait. C'est seulement ensuite que pourrait venir une certaine définition de règles de travail.

Un autre geste de métier est alors de donner des points de repères, des « rendez-vous » pour co-construire. Ainsi pour la cheffe de projet chacun de ces rendez-vous visent à la fois de mettre en mouvement et de sécuriser les acteurs, d'ajuster l'approche du projet (la sienne et celle du collectif) et de tenir le cadre fixé (finalités communes de l'expérimentation de prendre en charge les patients insuffisants cardiaque sévères). C'est alors que poser des jalons permet d'étalonner la boussole pour ni s'égarer, ni s'épuiser, ni perdre des acteurs en chemin. Pour chaque rendez-vous, il s'agit de chercher à ouvrir des espaces de dialogue, s'autoriser à s'émerveiller, situer les énergies positives et négatives, et cristalliser les apprentissages.

3.3.1. Développer les connexions entre les acteurs, entre les acteurs et le projet, entre les CECICS

Il s'agit donc de faire connaissance avant tout, puis continuellement de créer des espaces et œuvrer pour que puisse advenir du dialogue.



La cheffe de projet comprend en chemin que mettre les acteurs des CECICS et selon les groupes autour de la « même table » est non seulement le premier des défis mais aussi un défi continu. La finalité tenue quel que soit les conditions et l'objet de rencontre est de rassembler pour communiquer, faire exprimer et dialoguer, observer le non verbal tout aussi instructif, in fine et si possible pas trop tard d'abord « faire groupe » et plus tard pour chaque CECICS « faire équipe » (Lévy, 2002).

Un acte de langage crée une situation socio-linguistique spécifique, une « suite » performantielle, qui, très schématiquement, peut se résumer ainsi. 1/ Un locuteur énonce

un certain nombre de faits, d'événements le concernant. Il essaie de les articuler le plus significativement possible pour lui et pour son ou ses interlocuteurs. Il produit un énoncé. 2/ Aussi clair que soit cet énoncé, il ne sera jamais transparent : la vie ne pourra jamais se traduire complètement en mots. Il restera toujours un résidu biologique non dit. Un certain nombre de filtres (personnels, sociaux, physiques...) tamisent l'expression. L'énoncé pose donc aux locuteurs et interlocuteurs un certain nombre de questions qui appellent une seconde opération : un travail sur l'énoncé, un travail d'analyse, d'interprétation et de critique. (Pineau, G. & Le Grand, J., 2019, p92)

L'équipe des porteurs de projet. Le premier niveau de pilotage est tenu dans des points mensuels de l'équipe projet, avec pour membres : les trois porteurs scientifiques PU-PH, la directrice du projet et la cheffe de projet. Les modalités de fonctionnement reposent sur des visioconférences chaque 3 ou 4 semaines, pour 30 minutes, le vendredi à 8h30. Les objectifs de ces rendez-vous sont principalement de croiser leurs regards, arbitrer sur les questions posées par les différentes CECICS (conditions d'inclusion et de sortie de prise en charge par exemple), trouver des angles d'approche pour débloquer certaines situations (Cf. plus bas l'exemple de la CECICS [H]) et suivre les chantiers transversaux : système d'information, financement, préparation des Copil et comités projets, évaluation, rapport d'étape.

Les équipes CECICS. Le niveau suivant vise l'accompagnement en proximité des équipes par des visites sur site de la cheffe de projet pour accompagner chaque étape du déploiement du projet d'une part et pour une conduite du projet ajusté à chaque terrain d'autre part. Le principe posé (cf. Annexe 5 : mail d'invitation à une première rencontre) est celui de réunir l'ensemble de l'équipe opérationnelle d'une CECICS locale : médecins, infirmiers et cadre, le référent projet pour la direction du site et l'équipe support Art.-51 ainsi que des invités occasionnels selon les sujets prévus d'aborder : service informatique au début, partenaires industriels pour la télésurveillance, référents locaux de thématique comme la coopération ou la télémédecine, puis plus tard parfois des représentants de l'HAD ou de territoires. Les modalités de fonctionnement sont de poser un rythme d'une fois par mois en présentiel ou visioconférence (1^{er} jeudi du mois pour l'un, 4^e pour l'autre, 2^e mardi du mois, etc.) de sorte à ne pas passer plus de temps à chercher des dates qu'à se réunir, et à se permettre aisément d'annuler une date de temps en temps sans contrarier le rythme d'avancement du projet. La cheffe de projet instille aussi l'idée d'optimiser pour eux ces temps en les couplant autant que possible sur leur temps habituel dit de « mini-staff » pour les équipes ayant le plus de patients à suivre (au-delà d'une centaine en général), ou de revue de dossier. Car celle-ci doivent dans tous les cas se tenir au minimum une fois par mois dans le cadre du protocole de coopération (obligation réglementaire). Ces visites visent la rencontre en présence des parties prenantes locales de chacune des CECICS. Elles se succèdent durant tout le projet (Cf. ci-dessous le calendrier d'intervention) avec pour principe, un minimum pas toujours respecté : un infirmier (souvent au début encore en cours de formation), un cardiologue délégué et un cadre référent. En initiation du projet, l'hypothèse de seules rencontres virtuelles est exclue pour pouvoir vraiment débuté une co-naissance. Les contraintes encore existantes liés aux risques Covid (troisième vague fin 2020, puis vite la quatrième vagues) sont prises en compte autant qu'un fort besoin perçu de sortir du tout visio, de « passer à autres chose », de retrouver un fonctionnement d'équipe. Car la crise Covid créa le paradoxe d'imposer à la fois un esprit fort

de collectif, tous engagés face à une même situation d'urgence, et en même temps d'éclater les équipes, le personnel souvent éparpillé au quatre coin de l'hôpital. Ainsi, dans ces premières visites il pouvait se jouer aussi quelques retrouvailles.

Face à l'impossibilité de tenir les premières rencontres et l'incertitude du quand elles seraient possibles, l'idée fut de créer un logo soumis à délibération des huit CECICS dès la fin 2020, en guise de premier geste marqueur donnant vie au projet. Il offre alors l'avantage de pouvoir créer un lien entre la cheffe de projet et les équipes et entre les acteurs de chaque CECICS par la constitution de mailing-list, de se repérer entre les CECICS (8 sites parmi les 40 sites de l'AP-HP) et d'offrir un visuel identitaire commun.

Le groupe des Ispic. Après plusieurs mois, la cheffe de projet situe que les équipes entre elle ne se connaissent pas mais que leurs questions se croisent bien souvent. Elle initie l'idée de créer un groupe d'échange par réseau social puis d'un club utilisateur nommé « Club CECICS ». Ce groupe se constitue progressivement des 18 infirmiers formés. Il faut noter pour ce qu'ils nous apprennent que ces deux espaces d'échanges supplémentaires n'étaient pas prévus de façon formelle en début de projet. Ils sont venus se greffés en réponse à des besoins repérés au fil de l'accompagnement : d'abord sur l'hypothèse d'un manque de sentiment d'appartenance au projet collectif avec peu ou pas de prise de parole des infirmiers lors des visites sur site et peu ou pas de connexion aux comités projets ; puis devant l'absence de création de réseau spontané entre eux pour trouver des solutions à des problèmes de leur quotidien commun (sollicitation unique de la cheffe de projet). Le constat était celui de blocages répétés, souvent évitables mais sans réflexe entre ces infirmiers de trouver des résolutions autonomes. Ils exercent pourtant tous dans une même institution, sont passés par la même formation, se savent embarqués dans un même projet, et sont appelés à savoir faire réseau au moins pour l'accompagnement des patients dans leur parcours. Un autre paradoxe pour lequel nous cherchons encore des hypothèses tenables : une gêne mutuelle (tout le monde étant débordé à l'hôpital), un manque d'assurance, un doute sur les possibles par habitude du bricolage ou d'abandon face à des problèmes trop souvent resté irrésolus dans leur carrière, etc. De nombreuses pistes et probablement des effets combinés. Cela laisse encore perplexe la cheffe de projet et nous continuons de chercher à comprendre pour mieux agir à ce niveau, pour une forme de co-développement partant du « *postulat qu'en se concentrant sur l'entraide entre pairs, à partir de situations concrètes et qu'en croisant des regards, sans jugement, une alliance se crée et des solutions émergent du collectif intelligent* »⁵⁰.

Un groupe de travail ponctuel pour le module HAD-diurétique (Hospitalisation à domicile pour l'administration de diurétique intra-veineux, nécessaire en cas de décompensation grave ou résistante). Ce groupe est organisé en marge des autres instances car ce sujet spécifique nécessite la production d'un protocole de prise en charge complémentaire, permettant d'allier les expertises des CECICS alors développées (12 à 18 mois du début de l'expérimentation) et l'expertise des équipes HAD. Il est ouvert à tous et annoncé en comité projet puis lors des visites sur site mais il a été finalement composé que de membres médicaux et paramédicaux de l'équipe pilote, sans doute parce qu'elle était la plus opérationnelle, la plus en maîtrise du protocole, et qu'elle a aussi une expérience antérieure de ce type de prise en soins mixte (quelques années auparavant). Mais un risque apparaît en opposition à la dynamique globale

⁵⁰ co-fondateurs Adrien Payette et Claude Champagne, basé sur l'« action learning » : approche pédagogique inventée par l'anglais Reg Revans vers 1940. <https://cecodev.fr/codeveloppement/>, consulté le 16/06/2024.

des huit CECICS : celui d'un clivage possible entre ces CECICS et une certaine forme de désintérêt pour cette partie du cahier des charges pour lequel chacun s'était – indirectement – engagé. Cela pose en outre la question de la légitimité et du positionnement par l'expérience. Le livrable est un document qui sera commun et opposable à tous pour une pratique de routine. Il est central qu'il n'émerge pas en déconnexion des préoccupations du collectif globalement engagé dans le projet. Deux risques sont alors à prendre en charge dans l'intervention sur cette période de 4 à 6 mois, à la fois dans l'accompagnement du groupe de travail constitué de volontaire, et dans la continuité de l'accompagnement de chacune des équipes CECICS.

Autres opportunités de partage : Les courriels, échanges téléphoniques et supports de communication sont en parallèle autant d'autres opportunités mises à profit pour le partage et l'affichage d'un collectif large dans le projet.

3.3.2. Entre les instances de gouvernance et de pilotage

Toujours en terme de méthodologie plusieurs instances ont été mise en place pour la gouvernance⁵¹ du projet, au-delà du pilotage, en dualité avec les deux personnes ressources, directrice référente du projet à la direction centrale et le porteur scientifique principal, cardiologue premier instigateurs. Ils sont des personnes clés car engagées de la première heure dans la naissance du projet, et parce qu'ils maîtrisent parfaitement le cahier des charges qu'ils ont co-écrits.

On retrouve un schéma assez classique à trois niveaux pour définir les orientations, prendre des décisions et réajuster la démarche (Cf. Annexes 6) : un comité de pilotage (COPIL), un comité de projet et la réunion d'équipe projet déjà cité.

Des « bilatérales » en point hebdomadaire puis bimensuel d'environ une heure sont tenues sur le premier semestre entre la cheffe de projet et la directrice de projet. Ce sont ces bilatérales qui ont ensuite pris la forme de temps courts de trente minutes en visioconférence avec les trois autres membres de l'équipe projet, bien que ces temps se tiennent en fait majoritairement en trio avec la cheffe de projet et ces deux personnes ressources.

Les temps forts vont pouvoir ainsi s'alterner et d'autres se greffer, répétés et variés. Chaque personne se retrouve dans au moins deux des dispositifs de partage, et en groupe de périmètre différent (petit et grand). Chacun se trouve donc tour à tour dans une disposition différente : participant observateur, contributeur ou animateur.

⁵¹ *Pilotage* : action, art de guider, de conduire à, de diriger vers ; implique des fonctions de contrôle et de communication – *Gouvernance* : désigne un ensemble de décisions, de règles et de pratiques visant à assurer le fonctionnement optimal d'une organisation, et organes structurels chargés de formuler ces décisions, règles et pratiques, de les mettre en œuvre et d'en assurer le contrôle.

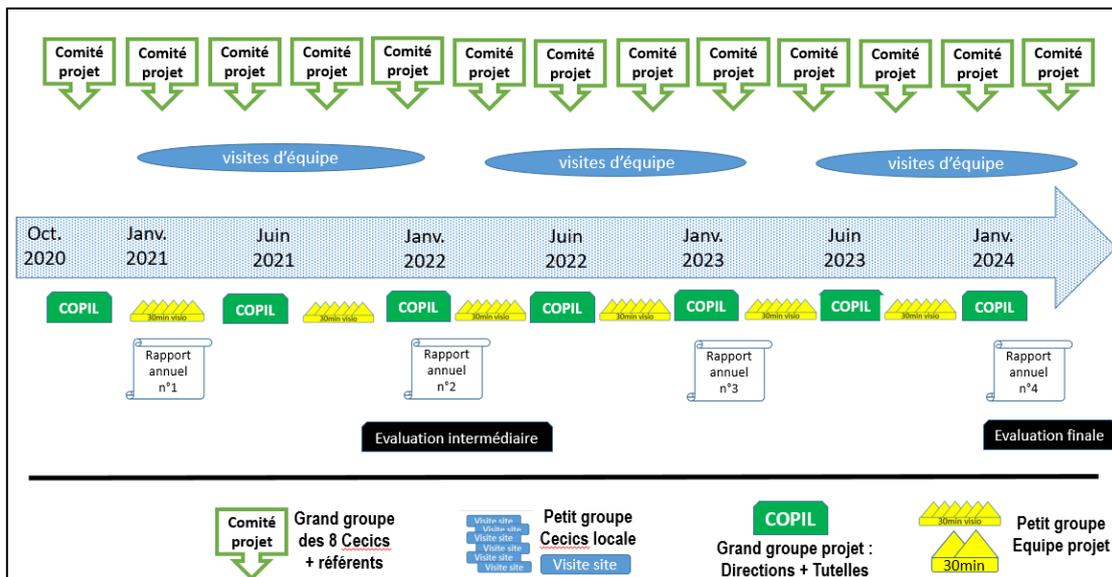


Figure 2: Calendrier d'intervention prévu dans le projet art51-CECICS_2020 à 2023

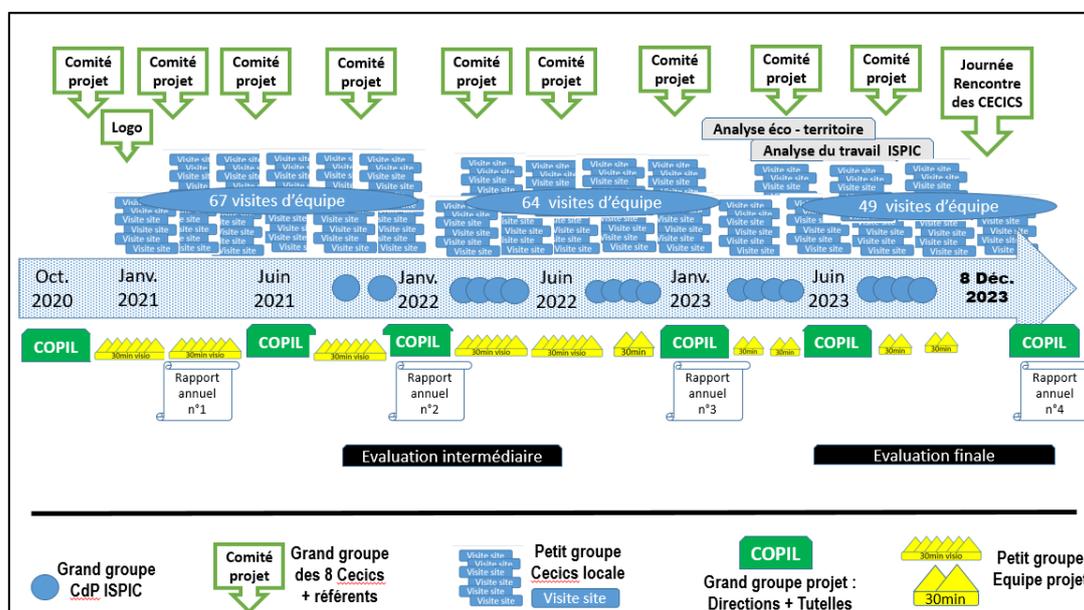


Figure 3: Calendrier tenu dans le cadre de l'expérimentation CECICS_2020 à 2024

En chaque lieu, pour chaque temps, le principe commun est d'ouvrir un espace de dialogue pour chaque professionnel en lien avec le projet et de permettre une cohérence entre le cheminement propre de chacun et le cheminement du projet collectif.

Le comité de pilotage stratégique (COPIL) : Il suit un rythme biannuel. Il est le temps partagé rassemblant pour soixante à quatre-vingts dix minutes l'équipe des porteurs, les représentants des organismes financeurs assurance maladie et agence régional de santé (ARS) et du côté de l'institution AP-HP la directrice générale adjointe et direction de la stratégie et de la transformation, et un représentant médical et de direction par CECICS. Les objectifs fixés de ces COPIL sont d'exposer l'état d'avancement global du projet, les résultats au regard des objectifs fixés, les freins éventuellement rencontrés, de capitaliser des retours d'expériences généraux et de discuter des leviers possibles et des réajustements éventuels. A l'occasion des temps d'évaluation externe intermédiaire et finaux, à mi-projet et en fin de projet l'évaluateur externe est aussi invité. Enfin un représentant de l'équipe national des article 51 du ministère

et de la CELEVAL (cellule d'évaluation) participe au trois dernier COPIL. Nous notons pour notre analyse l'absence de représentation paramédicale à l'exception de la cheffe de projet, endossant alors aussi souvent à cette occasion les casquettes du métier infirmier et de cadre de santé.

Le comité de projet opérationnel : Le comité de projet est une instance interne de l'institution, conduite par l'équipe projet. Il convie l'ensemble des équipes CECICS (pour avoir au moins un représentant de chaque CECICS et un représentant de chaque métier), les cinq directeurs fonctionnels ou médico-administratif de site et de DMU, les directions fonctionnelles du siège (DSI et DEFIP), et un représentant de l'hospitalisation à domicile (HAD-AP-HP). Les modalités de fonctionnement sont de se réunir une fois par trimestre en visioconférence avec pour objectifs d'exposer l'état d'avancement par site, celui des chantiers transversaux, et partager les expériences locales. Il est possible d'avoir d'autres invités occasionnels selon l'évolution du projet. Les ordres du jour sont structurés autour d'un focus trimestriel choisi au regard des jalons opérationnels du projet telle que la formation et les enjeux du compagnonnage pour la délégation d'actes, puis la mise en place de la télésurveillance, puis celle des consultations de titration, et des thèmes abordés selon les préoccupations du moment (déploiement du système d'information, mise en œuvre des modules complémentaires, développement des liens avec les structures de ville et les correspondants).

Chacun de ces temps est la possibilité d'*ouvrir des espaces* pour questionner la démarche, l'intervention, les priorités, l'identification des blocages, croiser des regards pour compléter l'analyse la plus juste possible et identifier les possibles actions résolutive ou changement d'orientation nécessaire. Ils visent à cultiver et garder une dynamique collective et l'engagement de chacun, à encourager en marquant les pas réalisés. Ils sont aussi des moments de *crystallisation*, c'est-à-dire d'appropriation forte d'éléments de changement, par la mise en lumière des changements d'organisation matérialisés au début par des photos par exemple, en continue par l'analyse de données chiffrées, régulièrement par le récit des équipes de leur retour d'expérience.

3.4. TRAVAILLER LE RETOUR D'EXPERIENCE : DES LIVRABLES POUR TRACER ET PRODUIRE DES MATERIAUX D'ANALYSE

Ce sont des travaux d'élaboration et de rédaction qui mobilise en premier lieu la cheffe de projet et l'équipe support avec les deux chargés de mission, puis les lecteurs auxquels ils sont adressés. La préoccupation constante pour ces productions est celle d'une certaine pédagogie avec un niveau d'exhaustivité et de visuel suffisant pour situer les tenants et aboutissants des sujets et en retenir le ou les quelques messages clés, dans cette prise en compte toujours de la *pression du temps*⁵². Tous ces documents ont une visée d'information et de mémoire (pour l'intervenante-cheffe de projet entre autre) et possiblement de cristallisation consciente ou inconsciente pour ceux qui l'auront lu (vœux de l'intervenante-cheffe de projet mais difficile d'en évaluer la réelle portée).

Des présentations à chaque comité projet et comité de pilotage, et des compte-rendu envoyés à la suite pour capitaliser les éléments de débat à tous les membres de ces instances.

⁵² Cœugnet et al., (2011). La pression temporelle : un phénomène complexe qu'il est urgent d'étudier.

Au-delà ils sont diffusés toujours à l'ensemble des équipes élargies des CECICS (cardiologues, infirmiers, cadres et référents locaux désignés).

Des présentations pour diverses contributions à la demande des institutions (AP-HP, ARS, sociétés savantes) ou partenaires. Ces livrables sont à la fois des inattendus et des opportunités de co-construction : rédaction de newsletter, congrès, réalisées en impliquant des infirmiers des différentes CECICS et au maximum sur le principe du binôme déléguant-délégué, et cadre si possible (une fois). La démarche poursuivie alors est celle d'une *appropriation* des concepts et principes développés dans la mise en place des CECICS en terme de nouvelle organisation : enjeux de sécurité dans la délégation d'actes, principes de complémentarité entre les professionnels, apprentissage collectif dans la gestion des files actives des patients suivis, etc.

Des comptes-rendus sous forme de point d'étape mensuel pour chaque visite terrain ou visio-conférence. Leur finalité est de restituer (notamment pour les absents) ce qui a pu être dit, les préoccupations, valoriser les personnes présentes, leur engagement, souligner les prises de décision et éventuels positionnements. En réalité ils ne sont pas toujours finalisés et peu d'espoir qu'ils soient lus. Ils sont donc plutôt rédigés dans un souci d'ajustement à la singularité de chaque équipe et de finesse d'intervention au fil des rencontres (dans l'esprit d'un journal de bord). Au mieux ils sont donc préparés en amont, complétés en cours de réunion et finalisés pour être expédié dans la foulée ou à défaut dans la quinzaine. Ils ne sont pas faits quand la cheffe de projet est rattrapée par le temps, dans un équilibre toujours complexe entre un *Chronos* reconnu et un *Kairos* attendu, pour ces réunions comme pour chacune des autres sollicitations. Ces comptes rendus de réunion d'équipe sont envoyés en diffusion large à l'équipe et l'ensemble des collaborateurs du site (équipe élargie), ce qui en est la principale vertu : une reconnaissance de l'existence du projet et de sa mise en œuvre réelle par les équipes aux yeux de leurs directions.

Des rapports annuels dit « rapport d'étape » attendus au 30 janvier de chaque année pour l'année précédente. L'objectif est d'offrir un espace d'expression ouvert aux porteurs de projet article 51 pour apporter les éléments qualitatifs devant éclairer les décideurs à l'issu. Ils mentionnent les faits marquants de l'évolution du projet, les freins et les leviers à la mise en œuvre. Un enjeu donc de capitalisation des étapes pour évaluer l'expérimentation en vue d'une possible généralisation. Une invitation à l'analyse qualitative de la mise en place de ces nouvelles organisations. Ces rapports sont pour la cheffe de projet la permission d'un moment de pause et de temps fort de mise en perspective, une rétrospective propice et nécessaire à la réflexivité du style et des modalités de ses modes d'accompagnement dans l'intervention globale. Ils offrent l'opportunité d'une lecture en dézoom de la dynamique globale, et des liens entre le déploiement opérationnel de certaines CECICS et les événements dans ou hors des équipes tel que l'arrivée de nouveaux et départs de certains acteurs (cadre souvent, cardiologues cycliquement, infirmiers plus rarement), les grandes incertitudes de changement réglementaire pour la télésurveillance (18 mois d'attente entre l'annonce du passage en droit commun et la publication des textes définitifs), etc. Ces temps de rétrospective sont aussi l'occasion pour l'intervenante-cheffe de projet de réfléchir aux enjeux des rencontres avec les équipes dans une question constamment ouverte sur la réalité du besoin quant à sa présence régulière et physique auprès d'eux, le doute de ne pas y aller assez souvent, avec un écart au regard de la cible d'une par mois mais un nombre total de visites réellement effectuées sur l'année important (Figure 2).

Des notices et des fiches pratiques. Sans engagement préalable, elles sont réalisées au grès des besoins, jamais tout à fait exprimés mais repérés par l'intervenante et confirmés le plus souvent a posteriori. C'est un travail d'élaboration dans une démarche de facilitation et de développement des compétences. Leur actualisation se fait au fil de l'eau de leur retransmission selon l'avancement de chaque équipe ou l'arrivée de nouveaux acteurs.

4. RESULTATS DU DISPOSITIF ET DU MODELE DEVELOPPES : ACCOMPLISSEMENT ET RESISTANCE

L'expérimentation eut pour perspective ambitieuse d'oser tenir le pragmatisme jusqu'au bout, et par chacun à son niveau, de façon concomitante. Elle fut un parcours de création collective à partir de savoirs pluriels, des professionnels de santé, des managers, et des institutions. Elle fut aussi pour la cheffe de projet un voyage composé de dialogues continus entre des visions opérationnelles, stratégiques et politiques.

Nous avons vu que la pratique médico-soignante dans le cadre de ce dispositif repose sur la coopération, et que la coopération ne va pas de soi. Est-elle effective aujourd'hui et doit-on y veiller dès la formation des infirmiers ? Quelle réalité et vigilance à avoir pour cette coopération ? Comment l'institution pourrait-elle continuer d'ouvrir l'espace et organiser le dialogue qui sont des conditions pour un tel exercice ? Quel serait les bons périmètres des règles de travail pour la suite et ces règles sont-elles en partie déjà instituées ou à instituer ? Quelle place dans cette affaire de soutien entre le management, l'institution et la formation ? Coopération horizontale et verticale appellent-ils les mêmes leviers ?

Le rapport d'évaluation finale⁵³ décline douze éléments clés (Ministère de la santé et de la prévention, 2024, pp. 3-4). Nous les avons classés par catégorie pour pouvoir les mettre ensuite en discussion avec le travail d'intervention et ainsi tenter d'éclairer les questions posées, dont la plus générique est : quels seraient les conditions nécessaires pour pérenniser le dispositif CECICS et généraliser ce nouveau modèle d'organisation.

4.1. RESULTATS DU PROJET : LES POINTS SAILLANTS DU RAPPORT FINAL

Le rapport situe que « le modèle propose un parcours coordonné innovant mobilisant protocole de coopération, délégation de compétences, télésurveillance, accès à l'expertise, et coordination de tous les acteurs du parcours ».

Il conclut que « D'après les enseignements et constats dressés au cours des 4 années d'expérimentation, les CECICS répondent en grande partie aux critères permettant d'envisager un déploiement plus large dans de nombreux territoires », tout en prévenant que les articulations avec les structures et professionnelles de ville sont encore à développer en terme de visibilité du service disponible et d'adressage, et que le modèle économique est à retravailler car déficitaire : équilibre à parfaire entre les moyens disponibles et la complexité des patients inclus.

Nous devons retenir qu'en validant le rapport en mars 2024, les instances nationales, comité technique et conseil stratégique de l'innovation en santé (CTIS et CSIS) confirment le modèle

⁵³ Rapport final - CECICS – 2024, Expérimentation Art51 CECICS, 22 janvier 2024, pp. 3-4

CECICS comme étant : faisable, robuste, agile, en cohérence avec la politique régionale et nationale de prise en charge de l'insuffisance cardiaque et répondant à de fortes attentes des professionnels. (Point saillant n°12).

Ainsi, l'expérimentation et les retours d'expériences montrent qu'il est possible de développer un parcours maladie chronique efficace et soutenable depuis l'hôpital public, en réponse aux défis décrits : maladie chronique longue, gravité et instabilité, effet ciseaux entre la conjoncture démographique des patients à soigner (en augmentation) et les professionnels de santé (proportionnellement en diminution).

Les prérequis et les points de vigilance ont été listés en fin de rapport⁵⁴ afin d'alimenter les réflexions sur les conditions de reproductibilité du dispositif, objectif de la période de transition qui s'ouvre d'avril 2024 à mars 2025.

A) Résultats pour les patients

- « **La faisabilité** avec des CECICS aujourd'hui installées et opérationnelles dans 8 établissements » (point saillant n°1).
- « **Des traitements optimisés dans un délai satisfaisant** : la part de patients en trithérapie augmente suite à la prise en charge dans la CECICS, le niveau d'atteinte des doses cibles recommandées est amélioré. L'optimisation thérapeutique est réalisée dans un délai moyen de 3 mois sur 4 consultations en moyenne. L'optimisation des traitements est considérée comme un des effets les plus visibles des CECICS » (point saillant n°8)
- « **Des patients satisfaits** et plus autonomes dans la gestion de leur maladie », résultats de l'enquête externe menée via des entretiens semi-directifs auprès de 50 patients (point saillant n°6).
- « **Une efficacité démontrée** des CECICS : moins d'hospitalisations les plus graves et une moindre mortalité précoce (en comparant à des témoins) ; de fortes diminutions du nombre et de la durée cumulée des hospitalisations et des passages aux urgences suivis d'une hospitalisation (via la comparaison avant/après sur 12 mois pour les patients des CECICS) » (point saillant n°7).

En trois ans et demi, de mi-2020 à fin 2023, 1 852 patients ont ainsi été pris en soins par une CECICS. Les plus graves et instables peuvent être suivis sur plusieurs années, ce qui explique un total 2455 parcours annuels assurés par ces équipes organisées autour de la délégation d'actes.

Les bénéficiaires indirects sont les acteurs engagés autour du patient tels que les aidants : réassurance, écoute, information, accompagnement, orientation. Mais aussi les autres professionnels en ville, au domicile ainsi qu'à l'hôpital : par action de coordination, mise en lien, vigilance sur les points de jonction tel que les ordonnances émises par les uns et les autres, les rendez-vous croisés ou non communiqués.

⁵⁴ Rapport final - CECICS – 2024, Chapitre 6, « RESULTATS AXE 3 : REPRODUCTIBILITE », pp. 111-116

B) Résultats pour les établissements

Le rapport stipule des « impacts très positifs de cette nouvelle organisation des soins pour les professionnels, le service et l'hôpital (point saillant n°9), en précisant,

« **Pour les infirmiers** : de nouvelles missions, une montée en compétences et une expertise sur l'IC, et davantage d'autonomie et de responsabilités, entraînant une valorisation importante, et une attractivité de ce nouveau métier.

« **Pour les cardiologues** : un changement de pratiques, une meilleure coordination et relation médecin/IDE et au final, un gain de temps médical sur les patients vus par les IDE experts en insuffisance cardiaque (IEXP_IC) et un recentrage sur les patients les plus graves (pour lesquels le cardiologue a une réelle plus-value).

« **Pour le service et l'hôpital, un réel impact organisationnel** (...) Un cadre de fonctionnement très motivant, une structuration et un vrai changement organisationnel ; avec une incidence en termes de flux mieux gérés au niveau du service de cardiologie et des urgences ».

In fine, « une très bonne adhésion des professionnels des CECICS fortement liée à la nouvelle organisation mise en place » (point saillant n°3).

C) Des conditions de mise en œuvre

L'évaluation finale mets en avant :

« **Une démarche inclusive et un modèle souple** qui ont permis une adaptation des CECICS aux organisations et aux environnements préexistants (plasticité, agilité) : la mise en place des CECICS s'est bien articulée avec les organisations existantes et les projets spécifiques de certains sites ou GHU. La souplesse du modèle est un facteur favorisant la mise en œuvre à grande échelle » (point saillant n°2).

Une « **nouvelle organisation mise en place qui repose sur trois piliers principaux** : un protocole de coopération, une formation ad hoc longue et intensive des infirmiers et la constitution du binôme déléguant/délégué » (point saillant n°3).

« Un **rôle important des cadres de santé** dans l'installation opérationnelle et organisationnelle de la CECICS. Le **soutien des différentes directions** de l'AP-HP est souligné notamment lors de la mise en place et lors des périodes de tension majeure au niveau des infirmiers ».

D) Les axes à développer

Les évaluateurs pointent que le parcours souffre encore d'un niveau de **mise en œuvre hétérogène des différents modules entre les CECICS**. Si les modules de titration, de télésurveillance et de consultations non programmées sont opérationnels partout, il prévient que « les modules complémentaires (...) nécessitent une plus grande maturité de la CECICS » (point saillant n°4).

Concernant les interactions entre les CECICS basée sur des hôpitaux et les professionnels de santé en ville : « Le socle prévu a bien été mis en œuvre (transmission d'informations tout au long de la prise en charge, organisation logistique du parcours, numéro de téléphone et adresse mail dédiés) » et les échanges sont engagés avec les acteurs de terrain via les CPTS

principalement. Mais « il reste à **développer l'adressage** des patient par tout professionnel y compris de la ville vers les CECICS au regard des besoins ainsi rendu accessible soit pour optimiser leur traitement, soit pour passer le cap d'une période d'instabilité, soit pour un besoin d'une meilleure compréhension de la sévérité de la maladie » (point saillant n°5).

In fine l'**impact économique** est estimé **relativement neutre**. « L'expérimentation CECICS induit un transfert de charges des établissements de santé vers la ville », avec « un moindre recours à des soins hospitaliers et un plus grand recours à des soins de ville » (point saillant n°11). Cependant, le « bilan financier de l'expérimentation fait apparaître un différentiel de 516K€. Le coût moyen par patient inclus dans l'expérimentation en 2022 est évalué à 1400€. Pour pouvoir couvrir les coûts de l'expérimentation, une augmentation du forfait par patient est nécessaire. Cette augmentation du forfait serait de 114€ en moyenne par patient en prenant en compte, pour les patients télésurveillés, les nouveaux montants de forfaits majorés de télésurveillance » (point saillant n°10).

4.2. RETOURS D'EXPERIENCE

Nous comprenons que l'expérimentation a permis de démontrer que le système CECICS offre, une amélioration dans la capacité de prise en soins des patients insuffisants cardiaques chroniques et à hauts risques avec,

- ✓ Une faisabilité opérationnelle : l'expérimentation apporte la preuve que le dispositif imaginé des CECICS est réaliste. Les CECICS sont viables et fonctionnelles.
- ✓ Une efficacité : les objectifs principaux ont été atteints : stabilisation de la maladie avec l'optimisation du traitement médicamenteux, prise en charge précoce, l'évitement de nouvelles décompensation cardiaque, de passage aux urgences et en hospitalisation.
- ✓ La qualité de prise en soins : les évaluateurs décrivent une meilleur compréhension et appropriation des patients de leur maladie, un développement de compétences et le gain d'une autonomie possible, propre à chacun.
- ✓ Et un bémol puisque seul les trois modules principaux ont été totalement déployés et que les trois autres peinent encore à s'inscrire dans des routines de pratiques.

Mais nous devons garder en tête qu'il y a eu des paradoxes dans les mises en place structurelles des CECICS.

Cinq équipes sont parvenues à démarrer l'activité dès la première année. Notre première hypothèse est la présence d'activités historiques qui a facilité une assimilation plus rapide des enjeux : maturité vis-à-vis des objectifs du projet (sensibilité et spécificité existante pour l'insuffisance cardiaque), notoriété public et soutien de direction (organisation). Mais trois d'entre elles ont semblé pourtant stagner malgré cela.

Plusieurs hypothèses : l'habitude d'un manque chronique de moyen qui les empêche de voir de nouveaux *possibles* ; que par des phénomènes propre à chacune des équipes, leur histoire, celle de leur structure et de leur organisation, ils ne pouvaient voir d'autres choix possible que la débrouillardise permanente, sans pouvoir envisager l'existence possible d'un soutien extérieur ; un fonctionnement installé avec un besoin de conserver une routine ; ou peut-être aussi le rejet de toute objet de reproductibilité par peur du conformisme, ou la crainte de perdre une certaine auto-détermination.

Aussi, il y a eu l'abandon d'une équipe et ce avant même d'avoir essayé. Il y a alors une discordance forte de dynamique entre les 3 corps de métiers : médecin, cadre et infirmier. Un exercice très cloisonné et isolé de chacun. Nous retenons de ce fait l'hypothèse pour eux d'une impossibilité d'accéder à une vision de ce que peut être cette coopération interprofessionnelle.

Enfin, trois autres équipes ont été à la peine sur 18 mois par suite de départs de personnels ou de postes bloqués. Mais elles sont restées à bord du projet et se sont lancées pleinement dès que possible et ont rejoint la dynamique des autres.

Nous constatons in fine que la pertinence du système CECICS est une vision qui s'est tout de même rapidement partagée avec la réalisation des bénéfices attendus pour les patients et pour les professionnels : l'optimisation des temps infirmiers et leur valorisation, l'optimisation du temps médical et le soulagement d'une solution opérationnelle pour leur patient les plus graves, l'attractivité du changement organisationnel et sa fluidité au regard des organisations traditionnelles pour l'exercice à l'hôpital, le tout en quelques mois.

Le retour d'expérience permet de mettre en lumière,

- ✓ Des axes pour la viabilité et la pertinence durable de ce système CECICS :
 - La nécessité de développer un modèle d'organisation médico-soignant, au-delà de l'application simple du dispositif tel qu'écrit dans le cahier des charges. Un modèle avec des caractéristiques communes et en même temps ouvert aux différences, passant par la considération, et visant le respect, des situations singulières de chaque CECICS. Un ajustement à travailler à chaque endroit dans le respect des projets locaux : institutionnels, collectifs et individuels.
 - L'importance de travailler des enjeux de positionnement et de visibilité des nouveaux services que les CECICS permettent d'offrir au vu du faible développement des modules complémentaires malgré leur nécessité démontrable d'un point de vue épidémiologique et structurel (dépistage et orientation en cas de fragilité gériatrique, usage de l'HAD).
 - Des leviers à trouver pour améliorer le faible niveau d'adressage des patients en dehors des services de cardiologie et de la ville malgré les preuves scientifiques connues que le traitement n'est pas optimisé pour la moitié de ceux qui y sont éligibles, que 47 % arrivent aux urgences avec des signes de décompensation existants depuis plus de 15 jours⁵⁵, que la majorité des réhospitalisations pour décompensations cardiaques sont évitables.
- ✓ Des premières hypothèses de réussite :
 - La mise en place par une démarche inclusive, le partage des finalités et la confiance dans les acteurs.
 - La rencontre des professionnels hors cardiologies. Cela nécessite de développer pour les acteurs CECICS une capacité à savoir raconter son activité. Et cela reste difficile, parce qu'à la fois nouveau et incorporés, et parce que dans la culture professionnelle des infirmiers il est rare de s'exposer à expliquer sa pratique en dehors de la relation d'accompagnement d'un stagiaire. Or, par la délégation d'acte ce sont les infirmiers qui portent en pratique au quotidien l'activité des CECICS
- ✓ Des vigilances à avoir au regard de :
 - La nécessité de comprendre les tenants et aboutissants des organisations existantes, des projets locaux, des capacités des acteurs et de leurs environnements.
 - Le cloisonnement des services avec un défaut de communication. Un défi de coopération horizontale d'un autre niveau avec d'autres problèmes d'interculturalité et de langage

⁵⁵ SFC-GICC Etude ICPS2 – Beauvais F et al. Clin. Cardiol. 2021

(UODC, Desjeux, 2024). Cela nécessite du temps, de la pédagogie et de la diplomatie, de l'énergie et de la patience. Cela nécessite aussi une synchronisation des acteurs : pluri-professionnels (médecins et infirmiers) et plurisectoriels (ville et hôpital)

Enfin, en retour d'expérience il est réjouissant d'avoir pu montrer qu'il était possible de faire mieux sans dépenser plus pour l'assurance maladie. En effet le bilan monétaire a été estimé neutre car d'un côté il a été démontré une augmentation pour les dépenses en officine de ville mais de l'autre une baisse des remboursements de soins vers l'hôpital. Ainsi, coupler aux résultats précédents cela signifie que les CECICS offrent la possibilité de réaliser plus de soins, à la fois en terme d'accompagnement et de prévention, sans perdre malgré les dépenses de structures et de ressources humaines qu'elles impliquent. Il semblerait donc que miser sur la coopération, la confiance et le pouvoir d'agir des professionnels a du bon pour tous, à tous les niveaux, et que ce n'est pas une utopie.

4.3. EXTERNALITES PRODUITES, INATTENDUS NEGATIFS ET POSITIFS

Au-delà des effets utiles, il convient aussi pour une coopération durable de chercher les externalités. Et c'est aussi un apprentissage de réflexion à tenir en intervention au regard de dynamique économique et de territoire : les actions conduites produisent toujours des externalités. Ce sont des effets indirects et non intentionnels qui peuvent être aussi bien négatifs que positifs. Savoir les repérer, c'est à la fois identifier les menaces et les opportunités, c'est permettre de les prendre en charge dans une finalité vertueuse, non délétères. Ainsi, travailler les externalités offre la possibilité d'en tenir compte dans la manière de poursuivre le projet, de conduire le futur des CECICS, de permettre leur stabilisation et leur durabilité.

4.3.1. Les externalités négatives

- **Une sous-utilisation du protocole de coopération insuffisance cardiaque**

L'optimisation du traitement de fond des médicaments et la télésurveillance sont utiles à tous les patients insuffisants cardiaques qui en ont besoin quelques soient leur sévérité. La finalité c'est la prévention des dégradations de l'état de santé. Cela les concerne donc tous, dès lors que leur traitement n'est pas optimisé (délai moyen de rendez-vous avec un cardiologue versus haut risque des premiers mois) ou qu'ils découvrent leur maladie et son caractère chronique (apprivoiser la maladie, repérer les risques et les conduites à tenir). Le protocole a été écrit entre 2018 et 2019 pour rendre cela accessible et au plus grand nombre. Il est même bien plus facile à mobiliser par les infirmiers quand les patients sont moins grave et son efficacité est maximal (moins vite le patient se dégrade mieux c'est pour lui et le système de soin). L'enjeu de l'expérimentation était de montrer non pas l'efficacité du protocole (déjà validé nationalement et utilisé aujourd'hui dans toutes les régions) mais qu'il était aussi mobilisable pour des patients très graves et que même moyennant beaucoup de temps, cela valait quand même le coup. Ce qui a été démontré. Ainsi que la capacité de CHU de s'organiser autrement pour déporter leur expertise hospitalière directement au domicile des patients. Mais cette étude médico-économique repose sur des patients les plus coûteux (en dépenses globale de santé). Et l'expérimentation d'un côté a concerné qu'une partie des usages de protocole (critères patients), mais de l'autre en allant aussi plus loin avec les modules complémentaires (hors protocole de coopération).

Et pour ces deux raisons nous identifions le risque qu'il y ait des ombrages possibles :

- Sur l'usage possible du protocole de coopération IC dans des périmètres plus restreints (en cabinet) ou plus large (patients moins sévères). Le risque pour les tutelles est d'oublier cet usage et pour les professionnels de se diriger vers. La prise en charge de cette externalité est assurée par la communauté de pratique car elle porte en partie cette finalité : mettre en lumière tous les usages possibles du protocole et l'efficacité de ces usages adaptés au contexte. Aujourd'hui aucune des équipes qui s'est lancée (formation terminée, titration mise en place, etc.) n'est revenue en arrière. Toutes cherchent au contraire le moyen de pouvoir répondre à la masse du besoin (patients nombreux à optimiser). C'est aujourd'hui plus d'une centaine d'infirmier formés à ce protocole de coopération et la formation va devoir doubler ses places pour ne pas freiner les équipes prêtes à se lancer (visibilité). Aussi la moitié des infirmiers en formation en 2024 (10/20) sont du secteur privé pour exercer avec des cardiologues libéraux en structure de ville.
- Sur l'opportunité de sublimation que l'usage de ce protocole par des infirmiers permet en pensant l'organisation comme le système CECICS, y compris pour des patients moins sévères en maillant toutes les composantes de la prévention qui sont accessibles tel que le dépistage des fragilités, l'orientation et le travail de réseau.

- **Une compétition entre les projets de services ou entre les acteurs impliqués**

Difficile à objectiver mais la mise en lumière de l'activité CECICS et sa réussite provoque un autre ombrage : une compétitivité possible pour d'autre projet, en terme de moyens alloués, de postes, de budget, ou même d'écoute (par l'institution et les institutions).

Par l'expérience, nous avons identifié la démarche intégrative, comme une clé de prise en charge de cette externalité. Pour être concret, prenons quelques exemples observés lors de l'expérimentation.

Cas de la CECICS [B] : Son expérience est sans doute la plus caricaturale sur ce point. Avec des périodes de grandes avancées et de grands reculs durant les trois années, cette CECICS reste l'une des plus complexes à accompagner pour la cheffe de projet. L'hypothèse la plus tenace est la peur irréprouvable de la cardiologue en charge de la mise en œuvre du dispositif CECICS de voir dérouter les patients de son autre structure. Car cette structure elle l'a construite il y a plusieurs années, elle en est fière et elle y croit (à juste titre puisque cela fonctionne depuis des années). Or elle prend déjà en soins et en grande partie des patients insuffisants cardiaques. Alors pourquoi ce site a rejoint le projet CECICS ? Parce que les patients adressables dans cette structure et ceux à orienter vers la CECICS ne sont pas les mêmes ou que très rarement. C'est donc comme s'il était inconcevable de rendre visible les autres patients insuffisants cardiaques passant dans l'hôpital (constats chiffrés) mais invisibilisés par le manque de capacité d'accueil (ceci est d'ailleurs une clé d'accompagnement à révéler ici : pour un médecin, admettre que nombreux patients n'ont pas accès à vous malgré les heures d'exercice et les journées sans fin à soigner peut ne pas être tenable). Depuis peu l'idée de réunir les deux entités a fait son chemin, puisque les professionnels agissant dans l'une et l'autre sont les mêmes pour la presque totalité. La coordination médicale de la partie CECICS est déléguée à l'un des autres cardiologues délégués. Cela permet aujourd'hui ainsi de : laisser une place de responsabilité à un jeune collègue (qui devait partir, qui choisit de rester), de répartir la charge de supervision et de dessiner des parcours optimaux selon les évolutions des patients, et d'étoffer l'équipe de nouvelles infirmières (deux nouvelles recrues) en élargissant leur champ d'activités.

Cas de la CECICS [E] : la situation de départ était celle d'un croisement des engagements sur des activités de télésurveillance et entre les protocoles de coopération en insuffisance

cardiaque et en rythmologie (autre sur-spécialité de cardiologie). L'encadrement est alors très peu présent, et globalement le restera. Le groupe est déjà une équipe, forte, car construite depuis deux ans déjà avec la mise en place de la télésurveillance parmi les premières équipes en France. Le projet avec la disponibilité de la cheffe de projet amène alors un soutien important et une mise en lumière aux yeux des directions pour la partie CECICS qui n'existe pas pour les autres projets. Lors des premières rencontres, elle observe alors une confusion des financements, des finalités et des rôles. Une période de débrouillage qui dure plusieurs mois. Elle sera alors très présente sur la première moitié de l'expérimentation et elle va observer de nombreuses évolutions au fil du déploiement avec une clarification des regards sur : les finalités (capacité à les verbaliser) et la faisabilité réelle pour des infirmiers de réaliser de tels actes (évolution du langage : « c'est déjà ce qu'elles font », puis « non mais c'est pas possible », et finalement « c'est super de travailler comme ça mais ça n'a rien à voir avec ce qu'on faisait, ça ne se fait pas comme ça, ça s'accompagne, les infirmiers faut les soutenir, surtout au début »). Aujourd'hui les multiples complémentarités croisées entre acteurs signe de cheminement vers une coopération assumée est même revendiquée (témoignage en congrès). L'accompagnement aujourd'hui est minime.

Cas de la CECICS [D] : à cet endroit la résistance vient au contraire d'une marginalisation de l'activité en insuffisance cardiaque au profit des autres projets du service de cardiologie notamment interventionnelle. Nous avons ici une double hypothèse : l'activité la plus rémunératrice est privilégiée (favorable au modèle économique de l'hôpital et donc à la visibilité du service) et il s'agit de la sur-spécialité du chef de service (centre d'intérêt de la hiérarchie médicale et paramédicale). Le constat est en tout cas celui d'un désintérêt total et historique du CP-DMU. Il bloquera jusqu'à son départ tout déploiement du projet et les moyens nécessaires pour, sauf la validation des demandes de formation des infirmiers. Notre hypothèse est que cela lui permettait d'afficher un soutien sans que le temps nécessaire (moins visible) ne soit jamais libéré pour la mise en pratique, en tout cas pas autrement que par la seule contorsion de l'équipe elle-même entre toutes les autres activités courantes. Malgré la validation d'un plein temps par la direction (dans le cadre de l'expérimentation financée pour quatre ans), il est resté impossible durant toutes ces années de pouvoir compter sur plus de vingt pourcent de temps des infirmiers pour l'activité CECICS. Or confirmation de ces hypothèses : la chefferie a changé il y a peu, médicale et paramédicale. Depuis cadre supérieur et cadre référent ont assisté à des visites mensuelles. La procédure de recrutement d'un infirmier supplémentaire pour étoffée l'équipe est engagé. La cheffe de projet a même découvert une infirmière qui s'était déjà signalée il y a plusieurs mois. Malgré l'heure tardive dans l'expérimentation, l'avis favorable arrivant pour une généralisation cette nouvelle infirmière a pu récemment passer quelques journées avec les deux Ispic déjà formés, participer à une réunion CECICS, et va pouvoir suivre la formation.

- **Blocage de déploiement par peur de l'inconnu**

Nous avons observé des manifestations de fortes craintes, parfois tenaces et même virulentes de professionnels hors CECICS face à ces nouvelles modalités de pratiques. Ce sont des inquiétudes objectivées au fil des échanges avec les différents partenaires, par des réactions entendues lors de présentation en congrès de l'une ou l'autre des équipes ou de la cheffe de projet. Les origines possibles de ces malaises sont multiples, variables en nombre et en intensité selon les personnes qui les portent : l'exposition à un regard sur sa propre activité (pensons au jugement de beauté de Guy Jobert), un impact possible sur des activités libérales (pour des cardiologues de ville et des médecins généralistes, bien que pourtant débordés), un changement dans la reconnaissance de l'expertise (les CECICS viennent questionner les postures et les positionnements), enfin, une complexification supposée des circuits de prise en charge dès lors que toute nouvelle entité fait son apparition (peur du changement).

A nouveau ici, la clé de résolution s'est montrée être la démarche intégrative et le jeu des complémentarités. Des équipes CECICS deviennent pour certaines formatrices auprès de professionnels libéraux via les CPTS. Des réunions de territoire se développent pour apprendre à se connaître et identifier chez les uns et les autres les ressources et les besoins. Aussi, (preuve par l'expérience) le témoignage de professionnels et de patients de prises en charge en période de crise ou de grande complexité avec un retour vers les médecins habituels se montre aussi le meilleur des moyens de rassurer.

- **Apparition possible de risques psycho-sociaux**

Les bénéficiaires directs sont à la fois les patients et les professionnels. Nous avons vu que tous sont engagés et pris dans l'activité dans une relation de coopération. Mais il ne s'agit pas, pensons-nous pour autant, du même engagement pour chacun et tout le temps de la même manière, au regard de leur métier, du dispositif (la pratique) et du modèle CECICS (la mobilisation des valeurs). Les situations sont uniques et les combinaisons d'action tout autant. Il y a ce caractère insaisissable inhérent à tous les soins. Alors les réglementations, les recommandations, les protocoles viennent rassurer, poser des cadres. Mais nous l'avons vu ça ne règle pas tout et qui plus est dans ce domaine de la santé cela peut créer bien des conflits internes en soi, pour soi et pour les autres (risques d'erreur, paradoxe du temps, etc.)

Pour les patients, malgré l'information donnée d'un dispositif qui se veut temporaire au regard d'objectifs fixés avec lui, certains refusent de le quitter à l'issue, prolongeant parfois des prises en charge « pour de mauvaise raison ». Les professionnels se trouvent pris entre deux culpabilités : celle de devoir dire non (sentiment d'abandon) et celle d'avoir échoué dans leur accompagnement. Ces situations viennent heurter la démarche d'émancipation et d'autonomie originellement visée et le plus souvent poursuivie. Elles mettent aussi en mouvement ces conflits intérieurs évoqués plus haut entre des valeurs projetées différemment sur les patients, sur soi et entre soi (autodétermination par exemple) et les changements de paradigmes de positions sociales entre soignant et soigné (Cf. les concepts de *jugement d'utilité* et de *jugement de beauté* de Guy Jobert).

Infirmiers et cardiologues des CECICS s'engagent au regard des patients, de leurs responsabilités et celles de l'hôpital à pratiquer de façon nouvelle et sécurisée dans le cadre du protocole de coopération auxquels ils ont adhéré auprès de l'ARS. Ils se sont déclarés comme équipe utilisant la télémédecine, activant les outils de télésurveillance et de téléconsultation selon les cahiers des charges officiels et nationaux. Ils se savent attendus sur l'inclusion d'un nombre croissant de patients chaque année. Pour autant soixante-dix pourcent seulement des infirmiers sont à temps plein pour cette activité et quasi aucun des cardiologues n'a réellement de temps affiché pour coordonner la CECICS. Les temps médicaux pour les CECICS viennent se glisser dans l'emploi du temps des cardiologues assurant la responsabilité par rotation au regard de leurs autres activités de service. Presque tous, infirmiers et médecins contribuent à l'activité au-delà de leurs temps de travail réglementaire, notamment pour tout ce qui vient s'ajouter aux activités de soins directs : actions de communication, groupe de travail sur le territoire de santé (lien avec les acteurs de ville), réunion interne pour l'ajustement de l'organisation ou le développement des outils (dans l'équipe, avec le service et les autres services de l'hôpital).

Le caractère nouveau et expérimental accentue certainement cet état de fait mais nous pensons qu'il existe du coup un risque de croire que cela pourrait ensuite rouler tout seul et sans effort. Or nous le savons maintenant le système CECICS est une affaire de coopérations. Et toute coopération demande un effort continu (sans avoir à être une souffrance pathologique pour autant, au sens de Christophe Dejours). Ainsi nous situons que le soutien est nécessaire à cet endroit. Cela commence par la simple mais indispensable reconnaissance de cet effort fourni et à fournir.

- **Un désengagement des cadres.**

Lorsque la cheffe de projet lance le sujet de l'identification des rôles en réunion d'équipe, le cadre référent de l'équipe exprime souvent aucun mot, voire il fuit le regard des infirmiers, parfois ceux des cardiologues. Ces cadres de santé sont souvent mutiques, sans position managérial visible (posture) et surtout en la présence du cadre supérieur. Nous déplorons souvent l'absence de prise en main des sujets quel qu'ils soient et qu'ils soient soulevés par les infirmiers ou la cheffe de projet (un peu plus de réactivité si cela vient des médecins). Cette dernière tente alors d'aborder autrement le sujet de l'accompagnement du projet - et de l'équipe - en marge des temps collectifs. Mais la conversation est souvent écourtée au prétexte du temps: « oui sûrement, mais là je n'ai vraiment pas le temps ». Ce à quoi la réponse est : « oui je comprends pas de souci, n'hésitez pas plus tard si ». Elle propose d'autres modalités d'échanges, par téléphone, en revenant sur site, etc., ce qui est un peu suivi d'effet mais trop peu selon elle au regard des demandes des équipes.

Ce désengagement questionne jusqu'à aujourd'hui. Un incompris qu'il reste difficile à appréhender. Et l'observation de ce phénomène n'est pas propre à ce projet mais partagé avec d'autres porteurs de projet dans l'institution, notamment sur des projets d'innovation ou de développement de nouvelles activités. Nous émettons donc plusieurs hypothèses, rapidement ici, qu'il faudrait d'avantage explorer :

- La peur d'être ou de devenir illégitime dans l'accompagnement de l'équipe par la perte de repères face à trop d'éléments nouveaux, trop rapidement et l'impossibilité de trouver du temps pour suivre les évolutions. Ainsi les propos tenus tels que « ce n'est pas facile à suivre » à « je te fais confiance, toi *au moins* tu maîtrises le sujet ».
- Une culture de la coopération peu développée, voir non envisagée au profit d'une relation de compétition qui viendrait alimenter ces peurs et empêcherait une relation de confiance.
- Une compétition de nature systémique entre une coopération horizontale entre cardiologues et infirmiers, et une coopération verticale entre chacun d'eux et leurs lignes hiérarchiques et administratives respectives.

Nous savons qu'il est en effet possible que le pouvoir managérial se voit heurté par l'autonomie des professionnels supervisés et que cela engendre la crainte d'une perte de pouvoir. Pour étayer cette hypothèse le contre-exemple vient ici plus aisément. Ainsi, dans le cas des CECICS [G] et [B] où les cadres sont expérimentées, les échanges avec l'intervenante ont concerné des aspects tout de suite opérationnels et vite ensuite la manière d'accompagner l'équipe et les infirmiers en particulier dans la délégation d'acte. L'une comme l'autre sont toujours visibles lors des visites bien que pas forcément présentes durant toute la durée, s'ajustant manifestement au grès des besoins. Elles verbalisent leur point de vue sur l'état des choses, elles sont dans tous les cas positives, expriment leur encouragement et leur confiance, envers tous et dans le projet. Avec les cadres référents des autres CECICS le sujet de l'accompagnement ne vient pas ou peu spontanément, dans un contexte, rappelons-le, où ils changent souvent, sont novices, ou carrément n'existent pas.

4.3.2. Des externalités positives

- **Mise en lumière d'un accès continu possible hors les murs pour les patients les plus instables nécessitant une hyper-expertise hospitalière**

L'intervention sur le parcours de ces patients chroniques sur plusieurs mois ou années, possiblement itératifs et à distance de l'hôpital, reliant directement son expertise au domicile sans physiquement y entrer, est venu réinterroger les places et les rôles entre l'hôpital et les

structures de ville dans les parcours de ces patients chroniques, et cela au-delà des patients pris en charge ici dans l'expérimentation CECICS particulièrement sévères et instables. L'ambition derrière la mise en place du dispositif fût l'ajustement, rendu possible par le modèle, en invitant les acteurs de soins à aller-vers les uns les autres, à s'intéresser à ce qui se transforme par eux et autour d'eux, à comprendre le fonctionnement et préoccupation des co-acteurs du système de soins dans lequel ils sont chacun pris, par la présence même du patient et ses besoins de prise en charge par chacun tour à tour. Par la visibilité de leurs actions, cela vient réinterroger les rôles de chacun et le champ des possibles pour les soins à apporter à ces (nombreux) patients.

- **Une invitation à oser des transformations malgré les contraintes**

Les contraintes existantes sont connues : déficits en personnels, scepticisme et défiance dans la capacité institutionnelle à soutenir des projets d'équipe, certitude que toute transformation vise (seulement) à réduire les coûts, et que cela ne peut se faire qu'au détriment de la qualité des soins. Or malgré cela les résultats séparés et conjoints des 8 CECICS conclue à la faisabilité, l'efficacité et la qualité (cf. chapitre 4 .2). Ces résultats apportent la preuve de la possibilité de transformer positivement une organisation hospitalière et plus largement des parcours de prise en soins.

Par ailleurs, en continuant de suivre et d'accompagner nombre des infirmiers formés avec leurs collaborateurs dans d'autres régions, c'est aussi pour la cheffe de projet un enrichissement mutuel qui s'opère et une confirmation des uns vers les autres qu'il existe bien des manières différentes de mettre en place et d'investir le protocole de coopération. A chaque équipe sa manière de mettre en mouvement la délégation d'acte tout en respectant scrupuleusement le cadre socle de sécurité du protocole autorisé : dans des hôpitaux petits ou grands, dans des structures de soins de ville avec des équipes pouvant être extrêmement variées : en nombre (petite équipe de 3-4 personnes ou grande avec plus d'une dizaine), en âges (de jeune diplômé à pré-retraités), en expériences (déjà hyper-spécialisés ou le devenant).

- **Un système transposable**

La mise en place des CECICS a dessiné un système dans le sens où la mécanique à elle seule du dispositif ne suffit pas à expliquer l'ensemble des résultats obtenus (voir plus bas la modélisation). Répondre aux finalités du projet attendues dans le cahier des charges (pour les patients, pour les professionnels et pour le système de santé) a nécessité d'autres rouages invitant la reconnaissance de la subjectivité et la prise en compte des ressources immatérielles exposées plus haut : position et posture des acteurs, savoirs pour et pouvoir agir, engagement dans un exercice réalisé en coopération. Et par cette mise en œuvre du dispositif par différentes équipes cela a permis de développer un modèle d'une nouvelle organisation d'un travail médico-soignant qui pourrait être transposable pour d'autres pathologies. (La discussion s'ouvre déjà dans l'institution du côté de la diabétologie et de la rhumatologie).

L'espace ouvert pour toutes les combinaisons a rendu possible la démarche intégrative. Et cette manière de s'y prendre a permis de prendre en charge l'externalité négative la plus forte au lancement des CECICS : le risque d'ombrage sur les projets connexes (car aussi probable que néfaste tant pour les individus que les groupes et l'institution). La CECICS [B] par son évolution sur les trois ans est l'exemple le plus frappant de cette externalité intégrée au système CECICS. Longtemps bloquée, elle se dirige aujourd'hui vers un maillage complet des activités anciennes et nouvelle par la même équipe. Nous observons l'enrichissement mutuel des énergies de chacune de ces activités, d'une part par le partage du travail pluri-professionnel (diététicien, psychologue, etc.) de l'unité connexe vers la CECICS, et d'autre

part la contamination de la manière d'agir en coopération de la CECICS vers l'unité connexe (encore fragile mais déjà exprimé).

Ainsi l'ajustement aux projets locaux est possible et c'est devenu une externalité positive dès lors qu'elle a permis un apprentissage. Au-delà de pouvoir confirmer à l'intervenante que son hypothèse était juste et qu'elle pouvait continuer d'accompagner dans ce sens, démontrer cette réalité de la démarche intégrative par la présentation en COPIL des équipes elles-mêmes et ce dès la première année a été utile à plus à plus d'un titre : témoignage de cette faisabilité (pour les autres CECICS), de l'intérêt d'y veiller dès la mise en place (pour la hiérarchie) et de l'utilité de l'encourager (pour l'institution).

- **L'émergence de nouveaux savoirs professionnels**

Avant, pendant ou en second temps nous faisons le constat d'une co-construction singulière propre à chaque Cecis. Les temps de coordination de structure, de supervision et de régulation, en partie imposés par la revue de dossier mensuelle du protocole, implique une démarche de réflexivité sur le travail réel, du partage et du retour d'expérience, des débats éthiques et des dialogues pour des enjeux de positionnement. Ce sont ensemble des sources d'ajustement et d'apprentissages constants pour chacun et tous ensemble. Car il y a individuellement découverte des connaissances propres au métier de l'autre (de la médecine et du soin infirmier) et découverte collective face à une nouvelle manière de soigner :

- Au regard du patient : affiner les raisons pour confier un patient dans ce type de système, situer comment se quitter, saisir l'opportunité de soutenir les aidants, etc.
- Au regard du jugement clinique : comment faire confiance à son écoute, comment oser « voir sans voir », comment évaluer son action de soin sans accès au non-verbal.
- Au regard du travail en coopération : comment s'interpeller entre collègue, comment se présenter, comment se relayer, etc.

- **Un épanouissement visible des professionnels**

Malgré la conjoncture actuelle, l'exercice en CECICS permet l'épanouissement de professionnels de santé. L'hypothèse est que cela vient certainement à la fois d'une redécouverte d'un sens au travail, associé au développement d'autres compétences en soins et hors soins. Cela a été confirmé par les évaluateurs à l'issue de leurs entretiens. Cela se confirme aussi par l'arrivée de nouveaux infirmiers au fil de l'expérimentation, motivés disent-ils, par la promesse de ce que le dispositif leur permettait de réaliser et qu'ils ne trouvent pas ailleurs. Enfin, nous pouvons mentionner d'autres indicateurs comme l'absence d'abandon après la fin du compagnonnage, ou encore la volonté de poursuivre cette manière d'exercer ailleurs pour les deux infirmiers ayant déménagé en province pour des raisons personnelles.

La participation aux ateliers lors de la journée de rencontre organisée à l'issue de l'expérimentation, la manière de se projeter d'abord individuellement puis collectivement et la fierté exprimée quel que soit le métier, sont également des manières de confirmer cette hypothèse. Et cela permis aussi d'en prendre conscience collectivement (Cf. Annexe 6b – Extrait du dernier rapport annuel).

- **Des moyens matériels différemment alloués**

Il se joue en terme de ressources matériel ce qui se joue aussi en terme de ressources immatérielles dans les enjeux de coopération, la délégation d'acte en premier lieu et ce qui nécessite des co-apprentissages : la place manquant, des bureaux de médecins ou salle d'examen servent régulièrement de box d'appoint. Des bureaux ont pu être négociés au fil des mois, équipés de postes de travail (téléphone, double écran, scanner et fax) et un accès à des boxes de consultation selon un planning partagé avec d'autres consultants,

majoritairement médecins, parfois d'autres professionnels tel que diététiciennes, psychologue ou spécialités. En terme de bénéfices directs palpables, des fonds sont versés à l'hôpital, les postes infirmiers ont été créés et des locaux équipés. L'activité de soins externes n'est pas lu que sous l'angle médical, avec des consultations longues rendues visibles, intégrant désormais le temps nécessaire à l'accompagnement.

- **Une publicité positive pour les institutions et politique d'innovation**

Pour les tutelles et les directions, la réussite de l'expérimentation est la démonstration d'une institution innovante capable de témoigner d'un possible changement radical en décrivant une sorte de, tel qu'exprimer par la directrice du projet, « un nouveau visage des équipes hospitalières comme une manière de voir un champ possible de sortie de crise » (crise à savoir la pénurie critique d'effectifs médicaux et paramédicaux, en ville et à l'hôpital qui vient à la fois empêcher la réponse aux besoins des patients et provoquer une spirale négative de désengagement des individus et des collectifs). Au-delà, le système CECICS permet d'afficher un fruit à la dynamique de soutien aux projets d'innovation pour améliorer les parcours de soins. Il devient une ressource possible en terme de stratégies et démarches actives de politique publique de santé pour les pathologies chroniques (un des enjeux de la généralisation).

5. ANALYSE DES LIENS POSSIBLES ENTRE LES RESULTATS DU TRAVAIL DES CECICS ET LE TRAVAIL DE LA CHEFFE DE PROJET

Nous avons identifié des résultats et des externalités, liés à la mise en œuvre de nouvelles pratiques (dispositif CECICS) associé au développement d'une nouvelle forme d'organisation et de travail (modèle spécifique). Il reste que l'hypothèse d'un élan global, à la fois pluriel et collectif qui se mettrait en mouvement comme par magie n'est pas tenable. La mise en mouvement n'a rien de spontanée. Les penseurs et chercheurs dans le champ de l'intervention et de la clinique de l'activité, eux-mêmes en se basant sur les sciences de la sociologie, de l'anthropologie, de l'ergonomie ou de la psychosociologie, l'ont largement démontré.

Ces deux mécanismes – dispositif et modèle CECICS - sont mis en mouvement (ou non) par des actions directes (actes de soins) et indirectes des professionnels (co-constructions et apprentissages). Ces actions sont rendues possible par des combinaisons de moyens matériels (accès à la formation, bureaux, box, etc.) et de moyens immatériels (expériences antérieurs des professionnels mobilisés, espace de réunions, etc.). Et ces conditions nécessaires sont permises, a minima non empêchées, ou au mieux facilitées par les acteurs (équipes CECICS, managers et directions).

La généralisation des CECICS sur l'ensemble du territoire national vise d'apporter une réponse large au problème de santé publique exposé à l'origine du projet. La question pour permettre cette généralisation et soutenir la pérennité, est celle de la mise en mouvement et des conditions de cette combinatoire d'un dispositif et d'un modèle que nous avons maintenant bien identifiés.

Dans cette expérience les actions de l'intervenante-cheffe de projet apparaissent multiples. Nous le voyons au travers de son calendrier d'intervention comme au travers des situations exposées, comme le soutien et la mise en lumière de la capacité intégrative des CECICS dans leur contexte. Dès lors, parce que toute action dans un système quel que soit son auteur produit des effets, nous comprenons qu'il n'est pas possible de faire hypothèse que les résultats comme les externalités seraient tout à fait les mêmes sans tenir compte d'aucune part contributive de cette cheffe de projet,.

Et donc pour sécuriser la généralisation des CECICS, mais aussi la transposition déjà envisagée de ce modèle d'organisation pour d'autres parcours de maladies chroniques graves et instables, il nous faudrait pouvoir éclairer cette part contributive des actions de la cheffe de projet aux résultats et externalités identifiés. Quels sont les liens ? Sur quoi cela repose ?

5.1. CHOIX METHODOLOGIQUES D'ANALYSE

Rappelons-nous de la dernière demande des commanditaires : « Expliques-nous comment tu as fait » Et cette commande place la cheffe de projet dans un inconfort. Elle est devant une énigme, et nous avec elle aujourd'hui. Nous devons trouver les composantes engagées par la cheffe de projet dans la mise en œuvre des CECICS qui ont contribué à la mise en mouvement, et tenter d'identifier comment cela pourrait être relayé ensuite pour un déploiement plus large et robuste.

Il a fallu du temps pour que nous comprenions son inconfort. Il y avait un paradoxe chez l'intervenante. Face aux éléments de réussite elle était prise par la considération de n'avoir rien fait de particulier. Et face aux échecs de certaines CECICS (comme le long blocage de la CECICS [B]) elle pensait avoir dû manquer quelque chose dans son intervention.

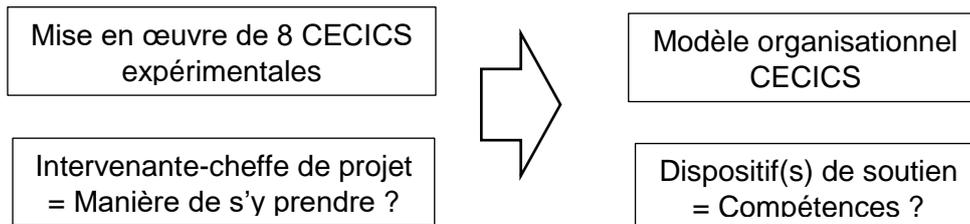
Alors la question s'est posée, pour analyser et comprendre les résultats des CECICS au regard de son activité, de produire une analyse du travail à huit reprises pour chacune des huit CECICS. Est-ce que cela devait être méthodologiquement plus recevable et donc obligatoire ? Mais après réflexion, par principe de réalité face au volume de données qu'il eut fallu traiter d'une part, et surtout aussi par souci méthodologique respectueuse du champ de la clinique de l'activité, nous avons opté de prendre la voie plus raisonnable qui consiste à « non pas ratisser large mais à creuser profond »⁵⁶. Nous allons donc tenter maintenant de vraiment *comprendre* ce qu'il se joue dans cette activité propre à la cheffe de projet, et de là pouvoir situer ce qu'il conviendrait de poursuivre pour le déploiement des CECICS.

5.2. ANALYSE DU TRAVAIL DE L'INTERVENANT-CHEFFE DE PROJET

La question centrale est de définir à quoi tient vraiment ce qu'il s'est passé ? Etait-ce une obligation que d'accompagner les personnes tandis que le cahier des charges ne situait qu'un accompagnement de dispositif et de structures ? Aurait-il été possible de comprendre derrière « structures » que des composantes matérielles par exemple ? Et dans ce cas dans quelle mesure le fait d'avoir conduit le projet sous cet angle d'intervention ne serait qu'une simple prise d'initiative personnelle dont il eut été possible de se passer pour produire les mêmes effets ? Car comme nous l'a appris Yves Schwartz : « Intervenir c'est se mêler de la vie des autres, il ne faut pas s'encombrer, ni ignorer l'impact non plus ». Autrement-dit que ce serait-il passé si la cheffe de projet n'avait pas pris cet angle d'approche de l'intervention ?

Nous comprenons en définitive qu'il nous faut maintenant situer ce qui tiendrait de *compétences* nécessaires, et à développer, pour soutenir (soit par des acteurs, soit par des dispositifs) les huit équipes nouvellement organisées, puis identifier ce qui pourrait soutenir leur pérennisation et la généralisation attendue.

⁵⁶ Notes prises en journée de formation avec Yves Schwartz. (2023, janvier-avril). CDC207- Introduction à l'ergologie. [Master CIDC_Cnam].



Il nous faudrait pouvoir discriminer peut-être les effets dus à la seule ingénierie de conduite de projet, et situer sur quoi a pu reposer cette « évidence » (pour elle) qu'il fallait agir comme elle l'a fait pour conduire ce projet. Et comme nous le disions en introduction, il s'agissait d'un tricot qui lui semblait alors bien in-dé-tricotable.

Aussi, cela pose le sujet de sa compétence, non comme un acquis mais comme un ensemble lui ayant permis d'agir et de répondre à ces demandes. Car selon notre définition de la compétence, elle « se développe en situation et résulte de traitement achevé et socialement accepté de cette situation » (Jonnaert et al, 2005, cité dans Roblot, 2018). De fait la résonance avec d'autres projets conduits en d'autres lieux, même hors hôpital, est une constante dans l'accompagnement d'équipes de cette cheffe de projet, précédemment cadre de santé (remémoration de son accompagnement de personnel en reconversion, postures de renforcement positif auprès de ses pairs en souffrance au travail, etc.). Un agir qui nous paraît alors s'exprimer avec une certaine forme sans doute de compétences incorporées (Leplat 1991 / 2023) et qui explique aussi cette difficulté pour elle de les attraper.

Un lien certain donc avec les expériences professionnelles passées. Compte aussi l'ouverture d'espaces permis par ses propres supérieurs qui lui permettent d'agir. Des espaces permis par les commanditaires, et des espaces créés sans doute aussi par sa manière de s'y prendre. Ainsi la démarche de la cheffe de projet pour accompagner est en premier lieu de recueillir et analyser les besoins exprimés et observés, puis de mettre en lumière des possibles, dans une posture ancrée sur le principe de la co-construction, de la complémentarité des acteurs et de la nécessité de prendre soin de l'enchevêtrement des projets par ailleurs existants (Cf. chapitre 3.3. Développer des connexions, organiser des rencontres). Un agir donc selon des ambitions visées pour chaque aspect du projet, plus ou moins intuitifs ou élaborés, exprimés ou partagés. Et parce qu'elle se sait « incapable d'agir autrement », nous repérons aussi certainement ici une affaire de valeurs, personnelles et professionnelles. Car nous savons que les valeurs sont aussi un ingrédient de la compétence (Schwartz, 1997).

Cherchant à entrer vraiment dans le réel de l'activité de la cheffe de projet, nous suivons en terme de méthodologie un processus d'analyse du travail, usuel en clinique du travail. Il nous faudra pour cela tenir compte de l'inexistence d'un regard extérieur (nous, étant la cheffe de projet). Le principe reposera donc sur une démarche de réflexivité auto-administrée. Et la méthode (à la place de l'enquêteur) sera vue comme un cadre soutenant la conduite d'enquête.

- **Etape 1 : identifier les horizons d'attentes**

Il s'agit de situer les raisonnements tenus par la cheffe de projet comme autant de compétences à développer pour une fonction de soutien à ce nouveau type d'organisation de soins. Et de pouvoir identifier ensuite ce qui pourrait prendre en charge ces modalités d'action auprès des CECICS, en terme de dispositifs ou de profil de poste.

- **Etape 2 : Identifier 3 à 5 situations significatives**

Comme cela pourrait être retenu à l'issue d'un premier entretien de cadrage pour un enquêteur extérieur, nous demandons à la cheffe de projet de lister spontanément des situations lui

paraissant comme les plus récurrentes ou caricaturales de son exercice, sans visée à ce stade ce qui serait plus de l'ordre de l'accompagnement des équipes ou de la mise en place opérationnelle du projet. (Cf. Annexe 9a : Situations significatives repérées par l'intervenante-chef de projet dans son exercice à l'issue de l'expérimentation, Février 2024).

En premier lieu lui viennent les visites sur site des équipes CECICS. En précisant, cela conduit à poser en situation significative la gestion des rencontres, puis la production de documents avec une image de machine à produire qui s'impose à elle (signe probable de ses préoccupations les plus fortes du moment). L'animation de réunion arrive en quatrième lieu.

Pour limiter des interprétations trop éloignées nous passons ensuite à l'étape d'explicitation de chacune de ces situations. Il s'agit de préciser ce que la cheffe de projet met derrière ces situations : à quoi elle les relie et en quoi elles paraissent symboliques de son exercice, de sorte à pouvoir en posture d'enquêteur en déterminer réellement les plus significatives. Aussi afin d'éviter une nouvelle dispersion, nous nous astreignons à tenir cette étape dans la même temporalité qu'un enquêteur le pourrait dans le temps contraint d'un entretien d'une durée raisonnable (soixante à quatre-vingt-dix minutes maximum).

De nouvelles situations sont alors apparues : devoir communiquer une actualité, répondre aux mails, aux appels et autres SMS, faire et reprendre des listes de tâches comme des points d'étape personnels pour ne rien oublier dans la densité de ses préoccupations. Trois situations paraissent finalement importantes à situer pour elle car elles sont à la fois les plus invisibles (écrit-elle) et en apparence insignifiantes mais finalement aussi pour elle les plus complexes à tenir : ce sont les réponses aux demandes inopinées. Elles concernent le champ opérationnel, voir technique, jusqu'à des positionnements stratégiques voir politiques. Or elles correspondent parfois à un besoin de réponse quasi immédiat jusqu'à l'élaboration d'analyse nécessitant un long temps de travail.

Après un travail de recoupement, puis de regroupement, voici les classes de situations qui ont pu être déterminées :

- **L'animation ou la co-animation de rencontres et de réunions de travail** : elles ont lieu lors des visites sur site, les comités projet et les comités de pilotage, les café-visio de la communauté de pratique, des congrès ou des repas partagés entre acteurs de territoires ou de réseaux. Elles débutent dès la phase de préparation dans le cas de première rencontres avec la cheffe de projet ou la mise en lien par elle entre deux autres personnes. Elles ont pour modalités le présentiel, la visio, le mail, ou le téléphone. Comme exposé précédemment leurs fréquences de survenues sont variables pour chacune (mensuel à semestriel), mais accumulées il s'agit d'une situation quotidienne. Les postures tenues en ces occasions sont variables : animateur, co-animateur ou observateur-conseil selon les besoins et les finalités.
- **La production de documents à visée informative ou formative** : la finalité poursuivie est celle de la transmission de connaissances ou d'actualités, ou la capitalisation en points d'étapes des avancés du projet à des fins de communication et de retour d'expérience : des comptes-rendus, des rapports, des fiches-guide, des notes de synthèse, des mails d'information, des présentations orales pour des rencontres en réseau, des congrès ou des webinaires, des cours d'enseignement.
- **La réponse aux demandes exprimées par mails, appels ou SMS** : il s'agit de définir comment répondre : la forme, la teneur, le degré de précision pour satisfaire une attente en tenant le double enjeu de l'efficacité et de la crédibilité. Cela implique d'arbitrer des priorités et des niveaux de réponse entre des degrés d'attentes très variables de l'ordre du pilotage, de l'expertise, du soutien aux équipes, ou du conseil (dans et hors de l'institution), et d'assurer cela selon les contraintes de temps, le niveau des besoins de précision et des

risques identifiés de confusion, d'insatisfaction, ou encore de méprise sur son propre rôle (risque de débordement).

- **L'organisation de sa propre activité** : par-là elle cherche, à actualiser les attentes, redéfinir des priorités en rassemblant à l'écrit des listes de tâches ou d'objectifs visés. Elle le fait en balayant son agenda et ses mails pour se remémorer, en rediscutant avec les partenaires et collaborateurs les besoins et en partageant son point de vue sur les caractères d'importance et de priorités entre le pilotage de l'expérimentation, la capitalisation de l'expérience, la formation, la communication et ses divers accompagnements.

- **Etape 3 : Cibler 2 situations réelles et les décortiquer (Cf. annexe 9b)**

Poursuivant la démarche, l'idée est d'éviter le piège d'un catalogue lourd mais superficiel et oser entrer dans la profondeur du travail réel. Nous nous astreignons autant que possible à la démarche d'une exploration de son travail comme cela aurait pu être fait par un tiers. Nous nous remémorons alors cette manière de s'y prendre pour l'analyse du travail d'une Ispic, réalisée quelques mois plus tôt, et nous nous imposons la spontanéité. Nous notons les deux situations qui lui viennent en tête immédiatement à la relecture de la liste des cinq classes de situations établies. Il s'agit de :

- La visite sur site de la CECICS [B] un lundi matin de février 2024
- La reprise récente d'une série de fiches pratiques en réponse aux besoins de cette même CECICS.

Il nous faut alors tenir compte des limites d'une auto-confrontation menées seule et sans observation extérieure. Pour cela nous inventons un autrui-enquêteur qui nous pousse à attraper le réel de ces activités, c'est-à-dire : les éléments pris en compte factuels et subjectifs, les actions menées visibles et invisibles et les buts visés. Il nous faut ensuite balayer les actions récurrentes en cherchant les plus petits détails.

Ces deux situations révèlent aussi deux formes de préoccupation. La première est l'inquiétude de la cheffe de projet dans cet exercice d'autoanalyse de passer à côté de l'analyse de ce qui était pour elle l'essentiel de son travail : l'accompagnement pas à pas des équipes. (Une forte préoccupation donc qui revient car rappelons-nous que la notion de « visite sur site » fût aussi la première des situations significatives qui lui était venue en tête). Ainsi nous pensons que cette dernière visite de la CECICS [B] lui est venue spontanément en tête parce que tout simplement c'est l'une des dernières, et aussi peut-être parce que la situation de cette équipe est une énigme tenace qui la travaille depuis de nombreux mois.

La deuxième forme de préoccupation est celle du moment, celle qui prends de la place, qui envahit l'esprit. De fait au moment de l'exercice elle doit produire plusieurs documents, à la fois conséquents en terme de volume et dans leur portée (enjeux forts pour la suite du projet). Rejoignant sans doute par association d'idée la première situation et les derniers documents produits dans la semaine qui venait de s'écouler, elle pense à ces fiches mémo, créés ou réactualisés des derniers jours à des fins de support pour l'équipe. Ces documents qu'elle a d'elle-même entrepris de produire visent en réalité en second plan toutes les équipes. Leur finalité est pour elle aussi une capitalisation de savoirs possiblement utile pour tous.

D'un point de vue pratique pour notre analyse, comme il s'agit de la même CECICS [B], ces deux situations présentent l'avantage dans l'écriture de simplifier le récit des éléments de contexte spécifique et la présentation des acteurs. Enfin la chronologie des deux nous donne quant à elle l'avantage que la première situation nous pose de façon factuelle le contexte de la deuxième.

- **Etape 4 : Analyser les liens et hiérarchiser les buts**

La retranscription de ces deux situations additionnées à une recherche plus rapide et grossière des buts visées pour la cheffe de projet dans les autres classes de situation nous permettent d'en identifier et hiérarchiser cinq principaux.

- Optimiser le temps de chacun
- Cultiver la confiance et la sécurité
- Maîtriser la survenue d'externalité négative pour les prendre en charge.
- Anticiper pour rester serein et stable
- Ne pas s'épuiser

Nous réalisons alors avec intérêt que ces buts visent conjointement, et ses propres actions, et ce qu'elle pense utile pour les acteurs accompagnés (ingrédients identifiés plus haut comme nécessaires pour leurs coopérations).

- **Etape 5 : Définir des schèmes d'actions**

Par cette analyse de l'activité de la cheffe de projet nous cherchons à pouvoir dégager des arguments probants de conviction, source d'enseignements, retrouver les ingrédients de compétences de ce qui dans cette intervention a permis de soutenir ce nouveau modèle d'organisation de soins et qui devrait pouvoir se poursuivre désormais sous une autre forme pour en soutenir la pérennité. Définir les schèmes d'action significatifs de cette pratique en soutien des équipes devraient nous permettre de former un terreau fertile pour établir une modélisation structurelle sous forme de dispositifs ou d'autres systèmes. En repartant des buts ci-dessus hiérarchisé, voici les enchainements significatifs des raisonnements tenus, qui se traduisent dans ses actions adressées aux autres (accompagnés), comme adressées à elle-même (accompagnant) :

- Optimiser le temps de chacun consiste pour la cheffe de projet de prendre le temps de Kairos pour prendre soin de Chronos. Une affaire de bienveillance dans un quadruple mouvement collectif et individuel : de soi envers soi, de soi envers les autres, des groupes envers soi, des groupes envers les groupes.

- Cultiver la confiance et la sécurité c'est pour elle soigner sa crédibilité pour pouvoir agir librement et efficacement. Cela nécessite d'abord une intention puis la recherche de la compréhension des situations. Cela implique ensuite de se montrer réactif, dynamique et positif, de répondre aux attentes des co-acteurs et des institutions, de développer et de maintenir les relations de confiance.

- Maîtriser au plus possible la survenue d'externalité négative permet de se rassurer quant aux effets délétères induit par les changements de pratique dans le dispositif et la modification du modèle d'organisation. Cela nécessite d'avoir conscience du possible de leur existence et d'une ignorance probable, donc de chercher à les identifier, puis de les considérer, et autant que possible de les prendre en charge.

- Anticiper pour rester serein et stable, ce qui à la fois nécessite et permet d'éviter les incompréhensions et les quiproquo en sachant prendre le temps (but n°1), poser et vérifier des hypothèses établies (but n°2) et repérer les possibles changements pour rester en ouverture (but n°3).

- Ne pas s'épuiser, pour la cheffe de projet est enfin la problématique centrale des professionnels de santé et donc pour elle un but visé. C'est pourrait-on dire la première de ses préoccupations mais pas le premier de ses buts pour des raisons de chronologie. Car avant

tout ne pas s'épuiser pour elle implique des ingrédients qu'il faut savoir récolter, sinon produire. Ensuite alors seulement il serait possible de développer des actions sources d'énergie qui vont pouvoir s'inter-alimenter (éclairage du concept d'accumulation des ressources dans la théorie de l'économie de la fonctionnalité, cité plus haut au chapitre 3.2.4).

Dans son exercice elle tient ainsi à :

- Observer les résultats, la concrétisation des effets recherchés par le projet pour les patients, les professionnels, les institutions pour pouvoir les valoriser.
- Observer le développement des externalités positives comme l'épanouissement des professionnels et s'émerveiller.
- Etre en position de soutenir l'esprit de co-construction pour chaque groupe et ainsi favoriser l'accumulation des ressources (en montrant les effets utiles).

5.3. PROPOSITION DE MODELISATION

« La modélisation est une opération par laquelle on établit le modèle d'un système complexe afin d'étudier plus commodément et de mesurer les effets sur ce système des variations de tel ou tel de ses éléments composants » (Giraud-Pamart, 1974).

Ici une des complexités tient de trois dimensions à intégrer conjointement : des expertises hospitalières (prise en charge d'insuffisances cardiaques complexes, graves, instables) exportées hors les murs, des délégation d'actes et des coopérations. Et c'est de cette combinaison que le modèle médico-soignant CECICS tient son caractère nouveau.

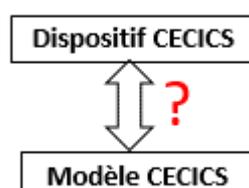
Un deuxième niveau de complexité est le maillage du développement des savoirs, savoir-faire et savoir-agir pour chaque acteur dans leurs fonctions respectives. Or le développement - complémentaire et parallèle - de la CECICS en tant que sujet résultante d'une coopération mature et intégrée, est aussi nécessaire pour qu'une CECICS puisse être disposée à tous les croisements jugés utiles en situation, c'est-à-dire pour être une CECICS compétente. Ainsi pour permettre à ce type d'équipe de rendre le *dispositif CECICS* pleinement opérant (concrètement), nous comprenons que les raisonnements à tenir passent par des chemins qui relèvent (conceptuellement) en parallèle d'un modèle d'animation et d'organisation particulier.

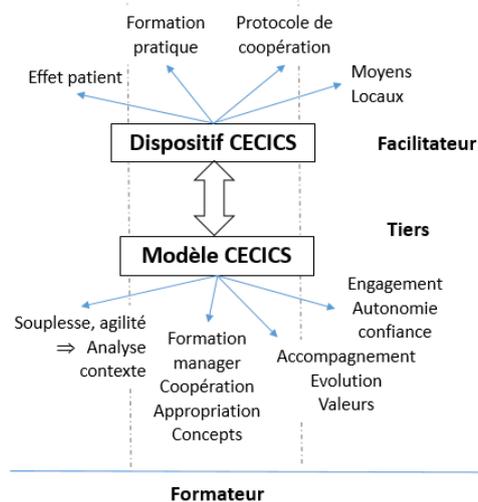
Afin de clarifier nos idées, nous tentons de poser sur une même page tous les éléments repérés comme *relevant de* et *utile* à la mise en place de ces cellules d'expertise et de coordination.

Nous posons en premier les mots : *dispositif* et *modèle*. Nous les relient d'une double flèche pour nous permettre de tout autant évoquer une opposition, une liaison, ou une relation en miroir. Puis nous écrivons spontanément les mots des éléments jugés essentiels,

- ou parce que constitutif d'une base sans laquelle rien n'est possible de construire (protocole, formation, analyse du contexte),
- ou parce que centraux d'un fonctionnement tel que décrit (appropriation de concepts, coopération, engagement), sinon impossible à tenir

Une modélisation est alors parue possible, et de surcroît, pleine de promesse.





Les enjeux de formation nous apparaissent en miroir et la figure de formateur s'invite immédiatement. Mais écrire *formateur* plusieurs fois comme s'il s'agissait d'enjeux de formation totalement différents ne semble pas correct. Sa place est bien des deux côtés (dispositif et modèle), et sans déconnexion (des savoirs à développer autant chez les infirmier, cardiologue et cadre, concernant les actes dérogatoires, la délégation d'acte et la coopération). Il faudrait pouvoir l'écrire sur un 3^e plan. Nous choisissons donc de l'écrire en bas, dans l'alignement des formations des infirmiers, des cardiologues et des managers.

C'est alors qu'à droite, en parallèle l'un de l'autre, ressortent des ressources immatérielles et des moyens matériels. Respectivement les figures de tiers et de facilitateur cherchent à s'écrire au regard. Mais comment ? De l'autre côté, les *effets patients* viennent interroger la *souplesse des organisations*. Et la capacité d'adaptation des acteurs est écrit juste en dessous. Facilitateur et tiers cherchent à nouveau leur place.

Ainsi en posant les éléments centraux - le dispositif et le modèle - et leurs effets liés aux pratiques et aux organisations, il s'est révélé pour chacun trois types de ressources contributives, intrants, bien distincts, qui sont de l'ordre de la structuration, de la formation, et du relationnel. Ainsi les trois postures identifiées se sont révélées trouver chacune leur place et de façon parfaitement lisible. Intuitivement dans l'idée d'une fonction de soutien des trois figures nous les écrivons en bas, au même niveau que *formateur*. Le *tiers* pour prendre en charge les aspects plus conceptuels et immatériels. Et le *facilitateur* se trouve alors bien positionné sous le terme des effets et de d'agilité.

Mais un élément jusque-là non posé apparaît : permettre de développer chez les acteurs des capacités de savoir, de vouloir et de pouvoir comprendre les situations par une approche *simple* et *authentique* des situations. Cette approche est centrale pour la cheffe de projet. Elle nécessite d'être facilité, au moins permise par des attitudes de non jugement et d'invitation d'ouvrir des espaces pour, de permettre l'expression simple des problèmes rencontrés.

Aussi, revenons au schéma. La double flèche questionne. Il y a bien une relation forte et inévitable entre ce qui tient du dispositif et ce qui tient du modèle, mais cela semble être ni seulement une opposition, ni un miroir, ni une résonance.

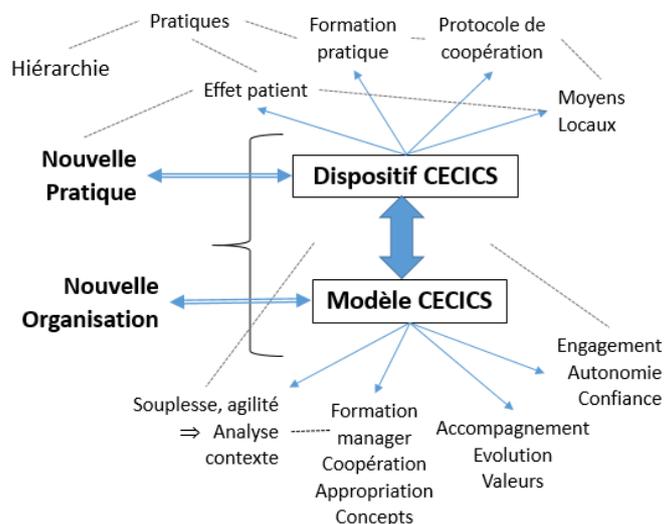
Il semblerait qu'en cherchant à découper sur le papier pour mieux distinguer leurs relations, les éléments touchant à l'opérationnalité du dispositif et ceux tenant à l'accompagnement des cellules d'expertise, nous provoquons un éclatement des schèmes d'action, c'est à dire des raisonnements tenus pour atteindre les résultats que nous avons exposés. Or, nous nous amusons de regarder le système (nouvelle organisation) en entier comme un individu lui aussi.

Alors nous voyons cet éclatement aussi vrai pour chaque acteur (raisonnement de l'infirmier délégué dans ses actes de délégation, il aura besoin par exemple de souplesse pour ajuster ses temps chronos et kairos selon la localisation du patient, les besoins du patients et les ressources disponibles), que pour le tout, système entier (raisonnement de l'équipe dans ses arbitrages collectifs par exemple tenant compte de leurs savoirs respectifs, leur confiance, leur vision des finalités).

Cela nous paraît désormais certain : c'est bien par le fonctionnement intégratif, conjoint du dispositif et du modèle, que peuvent se dérouler les schèmes d'actions qui permettront d'atteindre les effets visés par les CECICS, sur les patients, sur les professionnels et sur les institutions. Entre ce qui tient du dispositif et ce qui tient du modèle, il s'agit d'un système complet. Il intègre toutes les composantes, aussi bien fixes (par exemple le protocole de coopération) que variables (tel que le contexte de chaque CECICS). Composé d'éléments de nature (acteur, règles, territoire) et d'enjeux différents (savoir faire, savoir agir, pouvoir agir), chacun d'eux (qu'ils tiennent du dispositif ou du modèle, de la pratique ou de l'accompagnement) interagit avec tout ou partie des autres éléments du système (de chaque côté de la flèche et entre les deux côtés de la flèche). Et ce qui relève du dispositif CECICS (éléments factuels du cahier des charges, moyens matériels et immatériels, et résultats tangibles visés), et ce qui tient d'un modèle d'organisation et de soutien (ajustement au contexte local, accompagnement à la coopération, soutien des transformations) définitivement ne tiennent pas l'un sans l'autre. Il semble impossible de séparer les éléments sans rompre l'un ou l'autre des raisonnements tenus par chacun pour chacun et tous collectivement.

De plus, comme expliqué dès l'introduction, attraper par un procédé intégratif toutes ces dimensions dans un même agir explique aussi les raisonnements de la cheffe de projet au cours de son intervention. Rappelons-nous la difficulté originelle pour elle de raconter les manières de s'y prendre pour accompagner les équipes et sa crainte d'un morcellement dénué de sens par trop de simplification. Ainsi, nous comprenons maintenant combien la cheffe de projet a eu besoin d'appeler les trois figures - de facilitateur, de formateur et de tiers - dans les mêmes temps d'intervention, que ce soit pour des enjeux de formation, pour aider à l'analyse du contexte, ou en guidant étape par étape une équipe pour sa mise en place. Il est donc aussi indispensable d'intégrer les trois figures au système.

Nous relisons alors les notes prises pour les deux concepts de *dispositif* et de *modèle* et à nouveau nous laissons venir à l'esprit d'autres ingrédients identifiés. Nous relions ensuite certains mots dans une sorte de procédé détourné des cartes mentales.

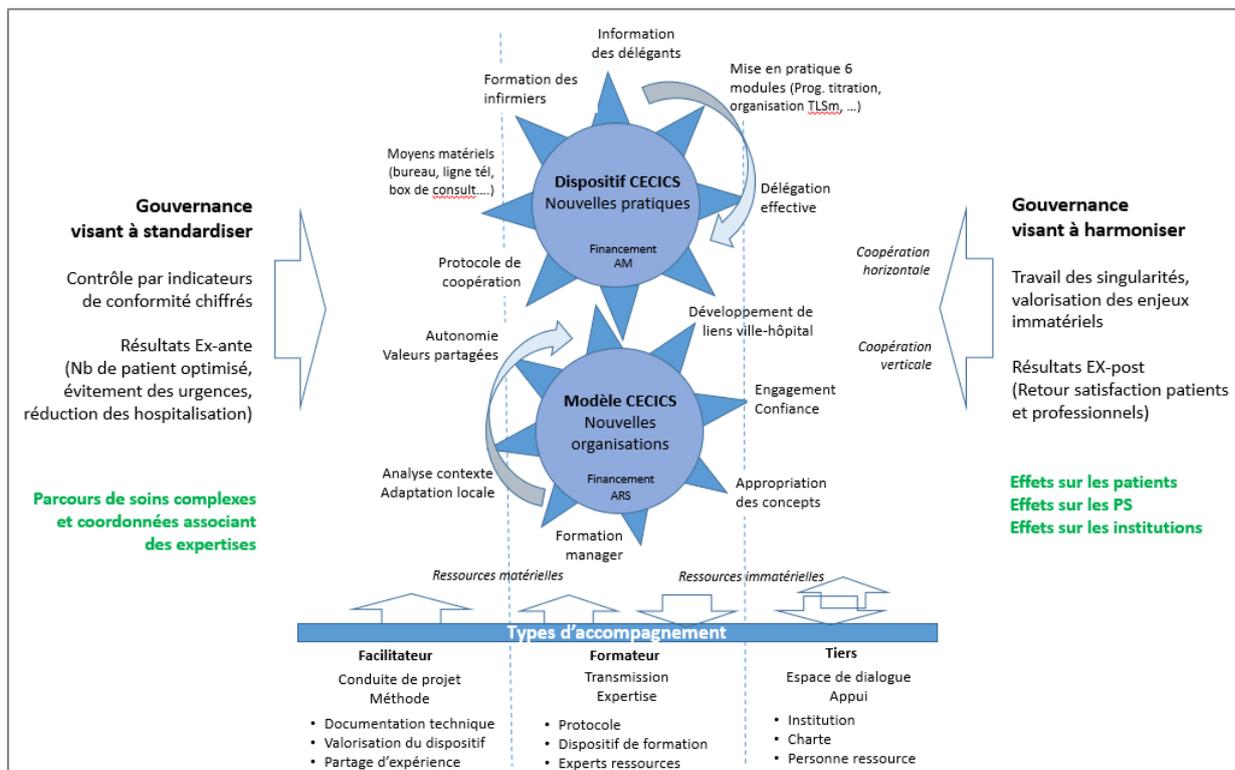


Par l'écriture des mots *pratique* et *organisation*, nous pensons aux notions de dynamique et de mouvement. Des *mouvements* s'opèrent pour et dans chacune de ces deux entités. Il nous manque l'animation. Cela doit pouvoir figurer dans la modélisation. C'est alors que la symbolique s'impose à nous de deux systèmes en mouvement parallèle s'entraînant ou se bloquant selon leur propre rythme et capacité de synchronisation. Et c'est ainsi que poursuivre l'exercice de modélisation nous permet de poser tour à tour toutes les composantes.

Les trois figures paraissent comme des transversales, fondatrices, puis des socles, et finalement des ressources elles aussi en mouvement. C'est comme l'eau qui apporte de l'énergie au moulin. L'analogie sembla coller parfaitement. Une énergie variable selon le volume des eaux apportées et la vitesse des courants. Une productivité qui sera aussi variable selon la puissance globale du mouvement, par l'addition de ces courants tout entier, de forces plus ou moins grande, positives comme négatives.

Pour vérifier la robustesse de la modélisation nous nous assurons enfin qu'elle prenne bien en compte les différentes composantes de l'activité CECICS repérée dans la problématique : les enjeux du cahier des charges (le protocole, les modules de prise en charges), les enjeux des acteurs (infirmiers, cardiologues et managers) et les enjeux des institutions (gouvernances, sur lesquels nous reviendrons dans la sixième partie). Il nous faut également pouvoir retrouver les composantes du travail d'intervention réalisé : les trois figures, les concepts clés, les connexions entre les acteurs et les dynamiques de régulation.

Alors pour être complet nous devons positionner les enjeux de régulation et de gouvernance : une gouvernance d'un modèle coopératif qui travaille les singularités locales par de l'appui et de l'écoute des enjeux. Une gouvernance d'un modèle visant à standardiser qui contrôle par des indicateurs chiffrés de conformité.



Dans le même temps, les trois figures ainsi posées nous permettent d'entrevoir - avec soulagement - une possibilité d'incarner d'une autre manière toutes ces approches jugées utiles à la réussite du projet. C'est-à-dire de commencer à identifier des solutions cohérentes pour répondre à la demande ultime qui est de situer en clair les conditions d'une généralisation et pérennité de ces CECICS, sans cheffe de projet spécifiquement dédié, pour d'autres CECICS, et possiblement pour d'autres dispositifs et modèles assimilables qui permettraient de prendre en charge d'autres pathologies chroniques, en produisant les mêmes effets utiles. Finalement, se posant comme une confirmation ultime de l'hypothèse, pour la cheffe de projet cette modélisation une fois terminée *sonne juste*.

5.4. DIALOGUE ENTRE LES TROIS FIGURES ET LES EFFETS PRODUITS

Continuer de travailler les trois figures nous a permis d'aller plus loin dans la description de l'intervention. Nous avons repéré qu'elles permettent de déplier le travail réalisé avec toutes les composantes, entre celles fixées par le cahier des charges (ressources principalement matérielles) et celles variables car singulières à chaque équipe (ressources principalement immatérielles) et le jeu de leurs combinaisons.

En l'absence de chefferie de projet, nous imaginons possible que ces rôles puissent être répartis pour être tenu conjointement par des personnes, structures ou dispositifs différents prenant alors en charge toutes les composantes utiles à la réalisation et la réussite du dispositif et du modèle. Il s'agira juste de les incarner sous une autre forme.

Mais avant de poursuivre vers la fin de cette analyse et de proposer des suites à donner, reposons un geste de métier d'intervenant en revenant une dernière fois vers l'objet d'intervention (la demande). Par la problématique posée (cf. chapitre 2.2. Attentes et enjeux des acteurs) induisant le choix de concepts à mobiliser, nous avons identifié l'enjeu fort de développer du pouvoir d'agir pour parvenir avec chaque équipe à une co-construction de leur propre CECICS. Soutenir le développement de ces compétences individuelles et collectives des professionnels est bien un moyen pour que le système CECICS fonctionne. De même situer les concepts clés nécessite de soutenir leur intégration.

Il nous semble alors nécessaire en poursuivant notre analyse de vérifier si la cheffe de projet est parvenue à soutenir ces développements. Et préciser comment cela a pu se jouer dans ses accompagnements et si cela est passé par ses trois figures ?

Cela devrait nous permettre de consolider les hypothèses de la modélisation, sinon de l'ajuster et dans le même temps, nous permettre peut-être d'envisager des manières de concrétiser ces autres formes de soutien, durables et cohérentes pour la généralisation attendue.

5.4.1. Liens entre les résultats et la figure de facilitateur

5.4.1.1. Organiser des rencontres et faciliter la mise au travail collectif

Pour mettre en place les éléments structurels de l'organisation de cette prise en charge de file de patients hors les murs de l'hôpital, suivre un principe de co-construction est nécessaire. Pour cela le premier geste est de permettre des rencontres, et donc de faciliter ces rencontres. Pour les premières, la cheffe de projet prend un soin particulier, visant la co-naissance, naissance d'un possible travail co-construit.

Faciliter, c'est aussi accepter de faire avec les moyens du bord. Au moment des premières rencontres, la France est dans la quatrième vague de la Covid. En dehors des soins directs au patient, il est demandé de fonctionner en télétravail autant que possible. Faisant donc avec les moyens du bord la phase de diagnostic, d'enquête et d'observation (de principe réalisée en amont dans une conduite de projet) débute concomitamment de l'organisation des premières visites sur site. Longue à organiser par le contexte spécifiquement contraint et n'ayant rien d'autre sous la main, la cheffe de projet intègre chaque signal comme des indicateurs, des signaux faibles⁵⁷, des indices pour construire de premières hypothèses. Cela s'avère être finalement une belle opportunité productrice de savoir : réactivité, attentisme, état d'entente entre certains collaborateurs, proposition, réponse individuelles ou collective, etc.

Elle a appris qu'en toute opportunité de dialogue il y a rencontre, et en toute rencontre il y a dialogue possible. Aussi il est utile, parfois nécessaire de le faciliter pour qu'il adienne. Ainsi la cheffe de projet cherche à repérer et à croiser ces signaux en chaque occasion (geste de métier) pour vérifier sinon situer de nouvelles hypothèses explicatives des situations rencontrées (comprendre) notamment de blocages (trouver des pistes de résolution) ou de réussite (valoriser et accumuler des ressources).

La cheffe de projet établit un ordre du jour, pour démarrer semblable à tous (Cf. Annexe 5_Mail du 12 octobre 2020_Objet : 1^{ière} Rencontre avec chef de projet Art51-CECICS). Cela aussi est une facilitation simple et efficace pour un début car elle est alors tout à fait neutre, puisque la co-naissance n'a pas encore eu lieu : « Prendre contact : se présenter réciproquement, découvrir vos environnements de travail et définir nos modalités de communication ; puis questions/réponses sur la base du projet selon vos besoins, vous montrer l'outil SI par exemple ou tout autre sujet ; puis état d'avancement de la CECICS / ajustement de la feuille de route à votre CECICS ; et pour finir : questions diverses ». Cet ordre du jour témoigne d'une intention, celle de poser un cadre sécurisant pour faciliter les échanges (pas de surprise sur ce qu'il va se passer), d'ouvrir sur l'expression de besoin et l'appropriation possible du groupe des consignes (« ou », « selon »), de réduire le blocage de la page blanche et d'aider à faire groupe en alimentant le premier des besoins pour un groupe naissant : celui de la production (Cf. les concepts de dynamique de groupe). Ici ce sera la feuille de route.

5.4.1.2. Rendre lisible l'activité et simplifier la communication

La cheffe de projet est à l'interface entre les équipes CECICS, les porteurs scientifiques, les directions fonctionnelles et hiérarchiques des sites et du siège, l'équipe nationale des articles 51, les référents de l'Agence Régionale de Santé (ARS) et de l'assurance maladie financeurs du projet. Elle capitalise quotidiennement tout ce qui peut l'être, qui pourrait faire ressource dans l'immédiat ou le futur pour accompagner d'autres équipes, pour identifier des conditions de généralisation de ce parcours sur le plan national. Elle facilite le retour d'expérience en se positionnant (et parce qu'elle est positionnée), en interface entre l'équipe et la gouvernance.

Une CECICS génère une activité de soins. Elle peut donc prendre la forme d'une structure administrative et affichable dans les organigrammes. La cheffe de projet situe cette possibilité comme un objectif à atteindre dès les premiers mois dans un enjeu de visibilité. Car elle sait que l'hôpital est piloté via un système de codification précis et à suivre pour permettre à quelconque demande que ce soit d'une commande de papier à la négociation des équivalents temps plein des professionnels, d'être au moins recevable avant même de pouvoir être

⁵⁷ Selon Igor Ansoff, 1975, un signal faible est une information précoce de faible intensité annonciatrice d'une tendance, d'une menace ou d'une opportunité. Si ces éléments sont détectés à temps et interprétés correctement, ils permettent d'anticiper des tendances ou des événements importants et d'y réagir. (Dicecca, V. & Guillou, P., 2022, p.162)

acceptée ou refusée. Simplifier le circuit des demandes que ce soit de matériel ou de formation commence par respecter autant que possible les circuits existants pour qu'ils ne freinent pas la construction du dispositif.

En outre, identifier, nommer et situer une entité de soins, exige par principe structurel de l'institution, d'attribuer cette entité à un cadre de santé, pour la superviser, et d'en assumer une part de responsabilité au moins organisationnelle (mission socle des cadres de santé responsables d'unité de soins). Cela implique dès lors de travailler l'authenticité, clé importante d'un travail en coopération. La complexité institutionnelle (Cf. chapitre 2.2.3. La hiérarchie) incorporée par la cheffe de projet par le vécu, la connaissance et l'expérience accumulées au sein de l'institution durant plusieurs années, lui permet ici probablement de ne pas alourdir certains échanges. En présupposant que tous pris dans le même système ils aient globalement la même vision des causes de cette complexité, les connaissances de la cheffe de projet sur ce point offre l'avantage de quelques gains de temps. Mais cela pose tout autant la question de biais possible par amputation des efforts nécessaire à une véritable compréhension de la situation et des points de vue des personnes accompagnées. Impossible pour nous à évaluer en l'état. En tout cas il est parfois utile de pouvoir se contenter d'un échange de regards accompagnés de quelques mots pour confirmer le partage d'une lecture commune sur une situation. Il est ainsi souvent exprimé pour situer l'absence d'un cadre de proximité sans risquer l'expression de jugement de valeur : « Nous ne serons que nous. Pour la cadre c'est, disons, compliqué ». Tout n'a pas besoin d'être raconté, expliqué ou argumenté, ni pour autant être caché et ignoré. Dans l'accompagnement, accepter les situations comme elles se présentent (tout en veillant au cadre pour ne pas se perdre) est facilitant pour les équipes. Ne pas se bloquer tant que cela ne nuit pas, ralentir si besoin seulement, car bloquer à l'inverse nuit presque toujours au projet et donc nuit aussi aux acteurs et à leur engagement.

5.4.1.3. Valoriser l'engagement de chaque acteurs et l'autodétermination des cadres

Malgré des efforts répétés, la cheffe de projet ne réussit pas à rencontrer tous les référents de GHU ou de site, et bien qu'elles soient pourtant des personnes de fonction centrale pour des équipes. Ainsi la cadre référente de la CECICS [C] ou [F] est déterminante pour libérer les infirmiers tour à tour sur le planning, le temps de leur compagnonnage. Mais la cheffe de projet ne croise quasi-jamais son équivalent, homologue, pour la CECICS [B] et [D]. De fait ces deux CECICS sont celles qui souffrent le plus encore aujourd'hui d'un défaut de temps dédié des infirmiers pour assurer cette activité hors les murs. Dans ces CECICS l'engagement de l'encadrement supérieur et de DMU ont été pour les uns, indiscutable au démarrage mais invisible pour les autres. En cela la cheffe de projet aurait-elle pu agir autrement ?

Nous retenons en tout cas que cela est un élément à penser dans la facilitation pour la mise en place d'une CECICS : aller chercher le positionnement hiérarchique et le stimuler est un levier de démarrage qu'il est utile de ne pas lâcher. Car en plus, la mise en œuvre du projet elle-même semble agir comme facilitateur. Des expressions de cadre en témoigne : « c'est sûr c'est en plus, mais ça nous sort la tête des plannings et des problèmes du quotidien, et puis ça fait du bien de voir enfin un truc qui avance ». La mise en œuvre du système CECICS apporte la satisfaction de pouvoir contribuer à un projet sans le porter entièrement et qui sort des fonctionnements habituels (vrai pour les cadres, comme pour les médecins et les infirmiers). Mais nous avons aussi vu cette hypothèse maintes fois renouvelée de la crainte d'un débordement de responsabilité, marqué par une quasi supplication de ne pas être exposée, de « ne pas avoir ça en plus à s'occuper », d'en être le plus possible déchargé. D'autres mots témoignent de cela avec en prime souvent un langage corporel significatif de

soulagement : « tu peux ? t'es sur ? c'est vrai ? oh merci ! ». La constance et la ténacité de la cheffe de projet rassure. Tandis que nous retenons un sentiment partagé du positionnement des cadres dans le projet. Il y a en particulier à travailler sûrement sur des leviers de développement de leur pouvoir d'agir.

5.4.1.4. Travailler la gouvernance pour la prise en charge des extériorités

La gouvernance, animé par les comités projet et comité de pilotage, a permis (facilité) le partage de retours d'expériences et la validation d'hypothèses faisant apprentissage et favorisant la prise de décision. Pour exemple type le troisième COPIL, janvier 2022. Emmerveillée par la richesse qu'elle repère au fil des visites terrains, la cheffe de projet remarque comment les idées des uns pourraient contribuer aux autres. Dans le mouvement inverse, elle comprend que toute comparaison serait vaine tant les contextes sont différents.

Elle a alors entrepris d'inviter chaque représentant de GHU à raconter une spécificité de son site qu'elle avait observée. Chaque GHU en présenta une préalablement discutée avec les équipes d'un côté, et la directrice de projet de l'autre : un atout pour la CECICS [E] : un plateau de consultation d'urgence en cardiologie ouvert sur le site quelques mois avant ; pour les CECICS [C] et [F] une externalité positive : l'opportunité de marquer une dynamique de pilotage de DMU inter-site (contexte de récente implantation des DMU); pour la CECICS [D] la pré-existence d'une équipe mobile, pour les CECICS [G] et [H] des parcours connexes avec des prises en soins par des IPA. C'est sans aucune anticipation sur la portée de pouvoir mettre ces différences en avant, ni sur la recherche particulière de ces différences, que cet apprentissage fut possible. C'est par l'expérimentation sur les huit sites par les équipes et l'observation macro en recul par la cheffe de projet, puis l'opportunité de la mise en dialogue et la mise en lumière des réalisés, que la démarche intégrative s'est révélée.

Pour capitaliser, faire expérience, il fallait un terme qui regroupe cette preuve de multiples maillages possibles entre le dispositif CECICS et les diverses organisations de travail (et peu importe si anciennes, récentes ou à venir). Et c'est ainsi que la notion de *modèle intégratif* a été posé, et qu'il est devenu même plus utilisé que le *dispositif* initialement d'usage pour qualifier les CECICS (premier COPIL). Ainsi en voulant simplement mettre un titre global pour cette séquence de partage du troisième COPIL, la cheffe de projet a facilité la lecture de cet apprentissage par le COPIL, et le COPIL en offrant cet espace de partage a facilité la prise de conscience de cet apprentissage.

Se raconter permet de situer les différences comme la preuve d'un système souple capable de s'ajuster au terrain sans rien perdre de sa pertinence (Cf. la conclusion des résultats).

Se raconter permet dans le même temps de tirer le fil des enrichissements mutuels possibles par complémentarité des projets. Cela demande d'abord de pouvoir observer, accepter de l'être, et ensuite de partager.

La gouvernance peut offrir un espace pour cela, pour faciliter cette expression. La gouvernance dans sa figure de facilitateur peut en effet par son écoute permettre de témoigner de la souplesse possible au regard du prescrit. Elle pourra aussi faciliter par son soutien, l'action d'une figure de tiers pour intervenir sous une forme ou une autre pour faire advenir ces constats : temps d'analyse des pratiques professionnels, opportunité de présentations croisées des mises en œuvre, ou autres ? (Cf. Chapitre 6. Pistes et vigilances).

5.4.2. Liens entre les résultats et la figure de formateur, expert

5.4.2.1. Former à la pratique par délégation et à l'exercice en coopération

La première action de la cheffe de projet dans ce rôle de formateur est de situer auprès de tous les acteurs (infirmiers, cardiologues, manager, direction) la place, les raisons d'être et les objectifs visés par la formation : les apports théoriques pour acquérir un socle robuste de connaissances sur la maladie insuffisance cardiaque pour les infirmiers (connaissances médicales et enjeux psycho-sociaux), ce qu'implique la délégation d'actes et l'exercice en coopération pour tous ; la mise en pratique par le compagnonnage pour développer les raisonnements, explorer les périmètre d'actions, exprimer ses manières d'agir, asseoir les positionnements de chacun, développer la relation de confiance. Car le temps de la formation est nécessaire et qu'il implique de nombreuse dimension, le message qu'elle porte est qu'il est l'affaire de tous et qu'il nécessite d'accepter d'y consacrer du temps pour en gagner après.

La deuxième action est de suivre et de contribuer à l'ingénierie et à l'animation de la formation théorico-pratique des infirmiers. Elle organise chaque année au moins une visio-conférence d'une heure trente à destination des responsables médicaux et paramédicaux. Elle développe des outils pédagogiques qui puissent être ressources pour les acteurs. Et elle leur répond aussi individuellement sur des questions techniques de réglementation ou d'organisation. Aujourd'hui, stimuler par ce travail de mémoire elle travaille sur le montage d'une solution de formation plus conséquente à l'intention des cadres de santé en situation d'accompagnement d'équipe exerçant dans de nouvelles organisations basées ainsi sur la coopération.

5.4.2.2. Stimuler et accompagner la démarche réflexive et le partage d'expérience

La pratique est particulièrement nouvelle pour les infirmiers auprès des patients. Elle est aussi relativement isolée à chaque équipe dans sa structure.

L'opportunité de pouvoir partager et dialoguer entre pair et confronter sa pratique, facilite la réflexivité qui fait apprentissage de l'expérience.

C'est ainsi par sa figure de formateur que la cheffe de projet impulse la constitution d'une communauté de pratique co-animée avec les infirmiers formés au protocole de coopération des CECICS et en région. Les particularités sont liées autant aux institutions, aux profils des patients, qu'aux organisations ou encore l'expérience même des professionnels et leur manière d'être. Ainsi l'idée centrale de cette communauté de pratique est que chacun trouve des solutions en piochant chez les autres des manières de s'y prendre pour les recomposer de façon originale au regard de la singularité de sa propre situation. Ouverte aussi aux cardiologues délégués et aux cadres référents, cette communauté de pratique offre alors un espace déjà existant pour le développement continue des compétences nécessaires à la mise en place et au soutien de ce nouveau modèle d'organisation. Si la communauté doit poursuivre son développement, elle nécessitera des aménagements pour faire face à l'augmentation du nombre de ses membres : modalités d'animation, alternance d'espace et de sous-groupe professionnels par exemple pour des questions de métiers, par type de structures pour des questions d'organisation, par petit groupe mixte pour travailler les enjeux de coopération, etc.

Les comités projet trimestriels jouent aussi un rôle de formateur. Ils visent à partager les expériences entre les CECICS, chacune avec ses particularités de territoire, de typologie et

de nombre de patient suivis, mais aussi de ressources disponibles tout en étant dans la même institution. Cela permet de se donner des idées d'amélioration, mais aussi de mieux qualifier les difficultés rencontrées et de les soutenir à l'échelle institutionnelle par la reconnaissance des particularismes et l'identification des points de convergence. Les comités de pilotage biannuel avec les tutelles et les partenaires financiers de la même façon portent aussi cette figure : pour répondre aux besoins de retour d'usage des moyens alloués, les effets utiles, la portabilité. C'est aussi lors de ces COPIL que se négocient des évolutions, se réaffirme, ou, se redéfinit l'engagement de chacun. Ces instances de gouvernance sont « l'occasion d'évaluer les actions déjà réalisées, de réfléchir aux applications des apprentissages générés, et de décider de la nature et de la planification des prochaines actions » (ACESO, 2020) ⁵⁸.

Le groupe des infirmiers des 8 CECICS, matérialisé par un groupe Whatsapp a pour fonction de soutenir aussi le développement des savoirs et d'objectiver des apprentissages. Mais la fréquence des échanges est très faible au regard des problématiques auxquelles ils continuent d'être tous autant exposés. Les croisements possibles sont pourtant multiples, vu que la cheffe de projet fait face aux mêmes questions notamment dans le champ de l'organisation et reprend un à un pour chaque équipe régulièrement les mêmes schémas de problématisation et procédé de résolution : par exemple pour le choix et l'arbitrage entre les outils et les informations à garder pour la traçabilité des actes, les modalités de supervision, l'organisation entre les temps d'inclusion, de consultation, la gestion de la télésurveillance. Or c'est précisément dans le partage des manières de faire des uns et des autres qu'elle puise ses réponses. Et elle le fait remarquer. Cela peut-être pour se convaincre elle-même et se rassurer du bien fondé de ses réponses ? Nous pensons plus probable qu'il s'agit d'un besoin de signifier que son discours est ancré dans l'observation d'activité réelle. Elle veut montrer à chacun qu'ils ont à eux tous le plus souvent les réponses. Il suffirait pour cela de discuter entre eux. Ce sont d'ailleurs les mêmes questions qui font régulièrement l'objet d'échange au sein de la communauté de pratique mais les infirmiers de ces huit CECICS en expérimentation n'y contribuent en fait que très peu (un constat qui reste mal expliqué). En figure de formateur, il nous faudra creuser quelques hypothèses pour la pérennité de ces équipes. Soutenir leur capacité réflexive et des professionnels, et développer leur compétence dans une démarche de compréhension – pour rechercher des solutions aux problèmes qu'ils se posent - est une nécessité pour préserver les effets décrits du modèle sur eux : développer leur pouvoir d'agir, soutenir leur engagement, entretenir la confiance, prendre en charge les externalités, etc.

5.4.2.3. *Cristalliser les déplacements et les apprentissages*

Qui dit nouvelle organisation médico-soignante, dit nouvelle manière d'agir ensemble, et donc déplacement de point de vu. Pour soutenir une pérennité et comprendre les conditions d'une généralisation il serait donc utile de pouvoir raconter ce qui se joue de ces mouvements. Comprendre sinon au moins en repérer la teneur. Car de fait la cheffe de projet pense avoir été témoin de bien des mouvements qui se sont opérés parfois en une réunion, parfois au fil des mois et des années. Ainsi une cardiologue dira des infirmières avec qui elle travaille en début d'expérimentation « elles n'ont pas besoin de tant de formation, cela fait déjà plusieurs années qu'on travaille ensemble, on peut avoir confiance, elles ont acquis déjà beaucoup de connaissances et maîtrisent ce qu'elles font ». Après deux années, réagissant à l'apparente banalisation des cadres selon elle du besoin de formation d'infirmières qu'il faudrait recruter :

⁵⁸ Retour d'expérience ACESO (Accompagnement Evolutif et Solidaire) : expérimentation nationale Financés sur 5 ans (2017-2021) rassemblant plusieurs structures d'Île de France, concernées par l'accompagnement des personnes malades chroniques et/ou en situation de précarité, qui ont comme intention commune d'analyser et d'améliorer leurs pratiques

« la délégation d'acte ça ne se fait pas comme ça. Ça demande du temps et de l'investissement. Ce qu'elles font avec le protocole de coopération ce n'est pas rien. En tant que cardiologues il faut les accompagner, se montrer présent au début. Après ça roule, mais au début faut les rassurer, faut être là ». Ce cardiologue ne semblait pas avoir conscience à quel point son discours avait changé.

Eclairer les déplacements et cristalliser les co-constructions est un geste de la figure de formateur. Mais comment s'assurer ou se rassurer de *cristallisations* pour de tels apprentissages ? Créer les espaces suffit-il ou faut-il provoquer l'expression et la verbalisation parce que c'est par *le langage* seulement comme l'affirme Hegel que la pensée peut se fixer ? Car « les mots ont pour fonction de servir de repères afin que nous puissions nous rappeler nos propres pensées. En effet, sans le langage qui permet de les fixer, nos pensées tomberaient sans cesse dans l'oubli au moment même où elles apparaissent. En ce sens, il serait impossible de leur donner une forme stable »⁵⁹. Pourtant en clinique de l'activité nous savons aussi qu'il y a des savoirs incorporés bien difficile à extirper. Ils n'en sont pas moins ni utile, ni important à considérer.

C'est en tout cas dans cette visée de vérification de déplacements et d'une possible opportunité de cristallisation que la cheffe de projet souhaite réaliser en présentiel le dernier comité projet officiel de l'expérimentation : La journée de rencontres des CECICS. L'idée est annoncée dès le mois de mars pour le mois de décembre afin de recueillir les avis ou signaux de possibles réticences, tant sur le principe du présentiel que celui du format d'une journée ou d'une demi-journée pour un vrai temps de pause et de partage, car cela exigerait à tous un effort de déplacement, de gestion du temps et des contraintes, et un engagement pour un temps de réflexivité individuelle et collective. Il s'agit alors aussi de montrer une plus-value possible de s'offrir un temps (qui fait toujours défaut), non pas un temps de réunion qui s'accumule comme une chaîne sans fin avec tant d'autres pour toute sorte de raison, mais un temps de pause, de réflexivité. L'avis spontané à l'annonce de cette journée est dubitatif : « à voir... ». Le contenu est dévoilé trois mois en amont. Ce ne sera finalement pas une journée d'étude comme proposée dans une idée d'apporter des éclairages nouveaux et inhabituels propices à la mise en perspective et la prise de hauteur - mais une demi-journée de partage avec un programme constitué de temps de restitution par les porteurs du projet d'atelier réflexif et d'expression imaginaire – dans le respect d'une volonté discutée de ne pas demander de travail d'élaboration préliminaires à la rencontre – et de dialogue avec la direction centrale. Une quarantaine de professionnels sont présents. Ils représentent les métiers de cardiologues, infirmiers et managers, les fonctions support et tous les niveaux de la hiérarchie. Les apprentissages retenus collectivement à l'occasion de cette journée, à l'issue de ces trois années d'expérimentation, sont synthétisés dans le rapport annuel rédigé quelques semaines plus tard (Cf. annexe 6b. Extrait du dernier rapport annuel).

5.4.3. Liens entre les résultats et la figure de tiers intervenant, clinicien

Discutons maintenant des actions menées et attitudes développées de la cheffe de projet ayant eu pour finalité l'accompagnement des équipes dans leur capacité à dialoguer, à nourrir une confiance nécessaire pour construire ensemble et travailler en coopération.

Dans le champ de l'intervention il est question de « temps forts d'échange ». Ce sont des moments de travail productif, plus intenses, chargé de réflexion, de partage et d'élaboration.

⁵⁹ Zarka, Y. (2012). Chapitre IV. Théorie du langage. Dans : Y. Zarka, *Hobbes et la pensée politique moderne* (pp. 65-85). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France.

A chaque instance ses modalités de fonctionnement et ses objectifs. Chaque groupe a quant à lui sa propre dynamique de fonctionnement et produit des contributions spécifiques aux objectifs. La cheffe de projet dans cette posture de clinicien observe, repère les contributions, vérifie les besoins et relais d'une équipe à une autre, lors de ses visites sur site, lors des comités de projet et de pilotage.

5.4.3.1. Tenir le cadre et donner des repères

Dans cette expérimentation la gouvernance établie est restée opérationnelle les trois années. Le calendrier a évolué entre ce qui était une base en début de projet et ce qu'il a fini par être. Important pour la confiance, ce qui a été prévu dans les principes a été tenu avec la vigilance et l'engagement de la cheffe de projet : formation des infirmiers, instances de pilotage, visite sur site, livrables. Il s'est ensuite étoffé en réponse aux besoins : le club CECICS par exemple. Nous situons que l'enjeu du calendrier est ainsi de tenir et soutenir la possibilité de soulever les sujets et d'éviter des conflits improductifs, qu'ils soient ouverts ou larvés.

La cheffe de projet organise, prépare et anime les comités projets et comités de pilotage. Ces instances ont un effet de tenu de rythme. Il joue sur la cinétique globale de développement du système organisé. Elle observe ainsi avec curiosité ce qu'il se joue autour de chacun de ces rendez-vous. Les échanges avant, pendant et après, et des réponses et des solutions attendues qui viennent tout à coup s'exprimer à cette occasion. Elle s'assure que ces instances visent comme prévu les objectifs d'informations ascendantes et descendantes car les présences et prises de parole sont tout à fait variables et mixent les métiers. Et pour elle c'est non un défaut mais une richesse qu'il faut cultiver. Ils sont l'occasion d'instruire certaines questions d'ordre stratégique pour les COPIL et plus opérationnelles pour les comités projet. Dans les deux cas ils sont le lieu de propositions, de partage d'inquiétude et d'enseignements.

Les revues de dossier ont été le plus difficile à mettre en place. Elles sont pourtant le seul élément de calendrier tout à fait précis et opposable pour les équipes au-delà du projet CECICS car elles sont imposées par le cadre du protocole au rythme d'une par mois pour discuter de dix pourcent des dossiers des patients au minimum. Elles ont pour objet de discuter les arbitrages réalisés. Les acteurs sont de fait amenés à cette occasion à partager les points de vue métier d'un côté des infirmiers et de l'autre des cardiologues, en terme de priorité à donner, d'objectif à atteindre, de remise en question mais aussi de valorisation de compétences individuelles (plus-value de chacun) et collectives (forces de l'équipe). Elles sont un lieu de dispute professionnelle et de possible conflits de valeurs. Elles sont donc un haut lieu d'apprentissage et de développement de la coopération.

Alors cette faiblesse de tenu de calendrier alimentent pour nous trois leçons : une obligation ne suffit pas pour que des professionnels se mettent autour de la table, le prescrit ne règle pas tout. Il ne va pas de soi de s'organiser pour une dispute professionnelle même si les acteurs peuvent avoir conscience qu'elle est nécessaire à la coopération et au système CECICS dans son ensemble. Un rôle de tiers nous semble essentiel à cet endroit, place que la cheffe de projet n'a volontairement par prise dans son accompagnement des CECICS (par erreur ou par défaut, elle a situé ces revues de dossiers comme un élément constitutif du dispositif, à porter par le cadre déjà institué, et non du modèle qu'elle s'estime porter surtout et pour lequel elle est attendue). La place du cadre référent nous semble ici tout indiqué. Il faudrait pour penser la suite creuser pourquoi cela n'a pas été, valider ou non cette hypothèse, et poser les conditions de cette animation.

5.4.3.2. Développer et soutenir les conditions du dialogue

Il lui semble essentiel d'élargir les tables à toutes les catégories professionnelles et elle tient cela. Bien que ce soit dans les instances de pilotage comme lors des visites sur site, assoir toutes les catégories professionnelles autour de la table est resté parfois longtemps théorique. Trois schéma différents d'échec possible ont été observés :

- Tous invités mais en dernière minutes pas présents : ce fut le cas de deux CECICS [F] et [H], avec toujours présents cadres et infirmiers mais trop rarement les cardiologues (une fois sur trois ou quatre). Le point commun est une grande simplicité de contact dans les deux cas pour la cheffe de projet avec la cadre référente (cadres expérimentées, valeurs managériales partagées autour de la sécurité des actes, des patients et des professionnels), et d'autre part une culture de travail en silo, au mieux coordonné entre les médecins et les infirmiers.
- Tous présents à chaque rencontre mais avec un dialogue de façade : cas des CECICS [B] et [D] dans deux styles très différents. C'est-à-dire que les rencontres et le travaillé ensemble reste alors longtemps symbolique. La cheffe de projet constate l'alternance systématique entre des périodes d'avancées (apparentes ?) puis de reculs inexplicables. (Cf. annexe 9b)
- Une incapacité caricaturale à trouver une date commune : le cas de la CECICS [H] des mois durant. La première visite sur site avec un temps commun de réunion cardiologue, infirmier et cadre aura lieu seulement fin 2021. Le premier sondage pour identifier une date (octobre 2020) aura été particulièrement significatif : deux des cardiologues sélectionnaient systématiquement la date incompatible pour l'autre. Il a fallu pour la cheffe de projet manœuvrer avec les porteurs scientifiques pour coïncider une réunion de trente minutes à huit heure du matin et pouvoir ainsi reprendre posément et surtout communément, dans un même temps, aux cadres (CS et CSS), cardiologues délégants et infirmiers concernés les tenants et aboutissants du dispositif. Il a fallu animer la réunion sous ce format à deux voix, médicale et paramédicale, porteur scientifique et cheffe de projet tous deux en position de tiers (cela aura été nécessaire pour les CECICS [F] et [H]). Une hypothèse est que la cheffe de projet était restée alors aux yeux de ces médecins une cadre de santé avec des connaissances et une lecture de situation du projet médical insuffisantes pour dialoguer avec eux. Il aura fallu rappeler l'absence de versement des fonds monétaires sans mise en mouvement effective du dispositif (délégation d'actes et activation rendu possible des six modules) et aussi tenir à deux reprises le schéma du huit heure pile et trente minutes sans débordement (comme un défi) pour poser la première pierre d'un dialogue possible avec chacun des acteurs. A partir de là, les professionnels de ce site ont réellement commencé à mettre en œuvre le dispositif CECICS. Les infirmiers ont pu avancer dans leur compagnonnage, exercer pleinement dans le cadre de la délégation d'acte, et tous en observer les bénéfices. L'émerveillement pour la cheffe de projet sera ensuite de constater que ce sont les résultats qui les feront poursuivre le déploiement pas à pas du dispositif. In fine elle aura été la CECICS la moins visitée. Et aujourd'hui, elle est celle qui exprime le plus clairement des demandes d'accompagnement au fil des nouvelles étapes qu'ils se voient franchir : gestion de la file active et orientation optimale des patients entre télésurveillance et titration, conduite des revues de dossier, coordination et optimisation en cas de suivis parallèle de patients dans d'autres circuits hyperspécialisés, etc.

Travailler les rapports au temps : rythme, intensité, synchronisation.

Dans cette conduite de projet les temps forts avec les acteurs des CECICS ont été aussi beaucoup en marge des visites sur site, à la fois pour ce qui concerne le mouvement des

équipes, et aussi concernant le mouvement des individus dans l'équipe et dans leurs nouvelles postures, vis-à-vis des pairs en dehors de l'équipe, vis-à-vis des patients, vis-à-vis de la hiérarchie. Il s'agit pour la cheffe de projet d'installer des rendez-vous au-delà de la méthode annoncée, par des repérages de signaux faibles et des « *rendez-vous* » non institués mais attendus : comme le fait de poursuivre systématiquement l'échange de façon informelle avec tel ou tel acteur en restant dans la salle pour l'un, dans le couloir pour l'autre, en passant au bureau du cadre pour redire au-revoir avant de quitter le site, etc. Comme des rituels en quelques sortes, rassurant par leur reproductibilité dans un contexte d'expérimentation qui bouscule en imposant des mouvements fréquents (six modules à mettre en place chacun s'ajoutant à l'autre à peine stabilisé), des mouvements continus (dans une démarche de coopération) et parfois des mouvements profonds (dans la posture professionnelle de chacun). Ces moments d'accompagnement individuels se glissent souvent en débriefing à chaud de sortie de réunion, sinon lors d'échanges téléphoniques parce que sollicitée pour une question, souvent très opérationnelle, mais occasionnant un dialogue sur le fond, souvent central, dans une manière d'agir au quotidien (par exemple la question des revues de dossier ou des arbitrages de planning à faire).

Les visites sur site et réunions d'équipe permettent de (re)discuter de l'engagement de chacun dans les projets que ce soit à visé de développement, de communication, de création, ou de révision des outils. La cheffe de projet, en position de tiers-intervenant, cherche alors à apprendre de leurs relations, les aide à apprendre entre eux à situer la nature de leurs sentiments individuels et collectifs au regard du projet (enthousiastes, craintifs, dubitatifs) par des interrogations ouvertes, des affirmations parfois, un sourire, un échange de regard. Elle cherche à identifier puis révéler de possibles a priori comme une vision d'un projet qui serait « du déjà vu » ou « infaisable », si cela lui paraît opportun. Elle en profite pour témoigner de sa position d'accompagnateur et transmettre les éléments clés du prescrit commun – le cahier des charges entre autre, le protocole aussi, et sa fiche de poste - pour poser, puis tenir, le cadre toujours et le périmètre d'un travail commun et engagé.

Les séances des COPIL et de comité projet se sont toujours tenues en visioconférence. Initialement du fait d'une interdiction de réunion lié à l'épidémie en cours de la Covid (qui aura duré les douze premiers mois). Et finalement ce fonctionnement a été maintenu. Et nous pensons que cela a influé sur la dynamique de ces instances. L'absence de barrières logistique tel que le nombre de places disponibles autour de la table (trouver une salle et de la bonne taille) a permis une ouverture maximale pour les invitations – accueillant tous les professionnels impliqués – ce qui n'était pas envisagé, et ne semblait pas envisageable initialement pour l'équipe des porteurs : « il faut réfléchir à qui on invite pour ne peut pas être trop nombreux pour les échanges » (format habituel considérant une vingtaine de personnes maximum pour un comité). Et c'est un des premiers gestes de tiers-intervenant sans doute de poser hypothèse qu'en invitant tout le monde cela permet de répondre à plusieurs enjeux de réussite : que chacun se sente toujours pleinement invité (sentiment d'appartenance et légitimité), soulager de ne pas avoir à faire porter plus à l'un ou à l'autre la charge de rediffuser ce type d'information (élimine de fait le problème des oublis, de retards d'information, de vexation de qui est au courant ou non, etc.). L'ambition s'est alors résumé à poser tout simplement des principes de présence représentative de chaque CECICS, direction, groupe et sous-groupe métier, rappelé lors des premières invitations et de fait suivi d'effets.

Au début les directeurs presque tous présent montraient leur soutien, les infirmiers étaient rares à se connecter. Puis cette tendance s'est inversée sur les derniers. Tout en étant des composantes fixes du système, ces comités semblent donc à regarder aussi comme des

composantes variables. L'effet stable est celui de parvenir à se tenir régulièrement comme prévu (à quelques semaines près), de partager des résultats micro (à l'échelle des équipes) et macro (à l'échelle du projet global et des savoirs extraits du partage), de cultiver un sentiment d'appartenance. L'effet variable se joue dans le point de vue des personnes présentes du fait en premier lieu de leur position géographique et au regard du projet, des sujets abordés et des prises de parole. Les directeurs s'exprimaient en début d'expérimentation. Désormais, ce sont plus les infirmiers, parce que déjà, chaque fois présents pour au moins deux ou trois d'entre eux ce qui n'étaient pas toujours le cas précédemment (cela a pris du temps). Il est difficile de conclure sur la raison. Il est possible qu'il y eut un impact d'une explication que la cheffe de projet a apporté en groupe Ispic sur la raison d'être de ces comités, pour partager l'expérience, leurs enjeux de poser les problématiques, et la centralisation des sujets sur ce qu'ils font eux-mêmes au quotidien, et donc l'importance qu'ils y participent. En tout cas ce changement de tendance nous semble indiquer le passage d'un état de projet à un état opérationnel du système. Il nous invite aussi à la prudence : il est nécessaire de prendre soin de l'équilibre entre des rapports de pouvoir et d'autorité que cela semble bousculer aujourd'hui positivement mais qui pourrait basculer négativement et éloignerait à nouveau chacun du modèle coopératif aujourd'hui vivant et productif (Cf. les résultats obtenus, les modalités et la teneur des échanges entre les acteurs).

Autre variable sur les conditions du dialogue : les comités projets de la première année ont été volontairement plus participatifs. Ceux de la dernière année visaient plus à optimiser le temps et à travailler une vision macro (en dézoom) des avancements du projet et à différents niveaux, pour partager une lecture globale. Il s'agissait de vérifier la justesse de restitution exprimée par l'équipe des porteurs des forces et des difficultés rencontrées par les équipes, et aussi rappeler l'importance de partager pour tirer des savoirs de l'expérience pour chacun et, pour la possible généralisation.

C'est aussi en marge des comités projets qu'il est fréquent d'observer des déblocages de situations d'attente qui durent depuis plusieurs semaines. Cela nous confirme s'il le fallait, le levier parfois majeur de ces points de rendez-vous fixés et qui jalonnent l'intervention sur les prises de décision. Un soulagement ainsi fréquent de l'obtention d'une réponse attendu de longue date, ou d'une reprise de contact après une période de silence (au moins une fois à chaque instance). Fréquent au point d'en avoir fait un savoir personnel sur un certain rythme dans la conduite de projet. Un rythme ainsi fait de temps lent puis de soudaine accélération. Intéressant d'observer que cela pouvait aussi venir de la part d'acteur pourtant absent à ces temps de rencontre mais qui à l'approche de la date, faisait un écho, déclenchant donc un certain mouvement. Cela signifie aussi que des acteurs trouvent là d'autres espaces d'expression. En prenant conscience de ce phénomène en position de tiers nous pouvons nous les approprier et prévoir de majorer nos disponibilités dans ces périodes. Et nous pensons que cela tient aussi de cette proposition de valeur faite dès le début de la toute première rencontre avec chacun : disponibilité, authenticité, fiabilité, discrétion, que ce soit en groupe restreint (visite sur site), en grand groupe (comité projet) et renouvelée dans un continuum à chaque moment d'échange et quelques soient les modalités (verbales et non verbales, en présence ou à distance, en visuel ou par téléphone, par écrit, formel ou informel).

5.4.3.3. Nourrir le sens du travail

A chaque visite, l'intention est aussi d'explorer – c'est-à-dire observer, écouter sans recherche de pertinence ou d'interférence particulière sur l'instant – mais pour situer au mieux et au plus

vite, ce qui peut exister comme autres projets d'équipe, de service ou d'établissement. Il s'agit de situer leur *externalités positives et négatives* - directes ou non, probables ou supposées, tout en étant assez conscient qu'il ne serait pas simple de les situer au vu de la complexité des systèmes et organisations dans laquelle les CECICS doivent se développer. La cheffe de projet pose, vérifie et ajuste aussi des hypothèses quant à leurs propres projets dans le projet : leurs finalités, leurs priorités, moteur, sinon possible frein, de leur engagement et de leur coopération.

Valoriser les réalisés pour nourrir le sens au travail et donner une place au sentiment de fierté. Que ce soit lors de revue de dossier ou de réunion d'équipe, nous constatons aujourd'hui une différence chez ces professionnels délégants et délégués dans leur manière de raconter les prises en charge dans les CECICS comparativement à ce qu'il est d'usage en unité d'hospitalisation. Lors de staff pluri-professionnel dans un service tel que communément observé à l'hôpital chacun raconte ce qu'il a vu et ce qu'il a fait. L'objet visé est principalement de s'informer des situations pour optimiser des enjeux de coordination entre soi et les autres pour le patient. Lors des visites CECICS nous observons dans les échanges en équipes délégant(s), délégué(s), et cadre quand il est présent, une volonté de compréhension avec un espace ouvert à la dispute professionnelle. Chacun cherche à situer sa position au regard des autres, la *défendre* tout en s'inquiétant de ne pas nuire à la celles des autres (culpabilité, crainte, colère ou soulagement tout à la fois). Le tout se fait dans une finalité commune pour le patient et l'ensemble des patients à suivre, soit plusieurs dizaines à centaines selon une taille de file active systématiquement remis en balance des décisions individuels. Ainsi malgré ces trois profils bien différents d'équipe - dans leur capacité et engagement à synchroniser leur présence - petit à petit chaque CECICS sera parvenue non plus seulement à collaborer, à se coordonner, à travailler « ensemble », mais aussi à *coopérer*, à travailler « avec », dans la prise de décision et l'action de prise en soins, à la fois dans le cadre de la délégation d'acte et du rôle propre de chacun dans son cœur de métier.

Cela reste cependant une dynamique en équilibre (Cf. étude détaillées de situations, trame résumée annexe 9b). Elle réclame une vigilance, de la disponibilité, de la constance et de la réactivité. Au vu de l'intensité des échanges nous pouvons confirmer que l'effort de coopération est à la fois constant et nécessaire (Cf. concept de coopération chapitre 3.2.4).

Et cet effort a besoin d'être soutenu. Avec ces équipes d'un genre nouveau, une personne avec une posture d'enquêteur nous paraît donc tout aussi nécessaire. Une personne en externalité pour pouvoir observer, analyser, vérifier des hypothèses et accompagner quelques déplacements individuels et de groupe, utile à l'adaptation de leur fonctionnement et de leur pratique en situation. Si ce mouvement existe, cette personne pourra en faire prendre conscience pour cristalliser l'acquis. Si cela n'est pas, il pourra en chercher les causes de blocage et les effets, poser des hypothèses à nouveau, identifier si cela fait ou non problème, et agir selon, en conséquence (respecter le blocage si salutaire au groupe et aux individus, ou explorer le sujet avec eux sous l'angle du travail pour permettre d'en développer de la compétence).

Il s'agit bien là d'un rôle de tiers-intervenant. Et nous pensons que cette posture est centrale dans le lien qui peut exister avec les résultats décrits. Central car ce soutien les traverse tous d'une manière ou d'une autre par la fluidité des échanges qui agit sur la confiance et l'authenticité, l'efficacité des prises de décisions pour les patients, le gain de temps, l'épanouissement de chacun, etc. Et la question devient tout aussi centrale (Cf. chapitre 6) : comment peut-on imaginer une autre manière de tenir ce rôle en l'absence de cheffe de projet ? Par les membres des CECICS eux-mêmes ou les référents hiérarchiques dans une coopération verticale ? Par des dispositifs de gouvernance ou un cabinet conseil (groupe ou personne tiers) qui interviendrait que pour cet objet d'accompagnement de la coopération ?

5.4.3.4. *Eclairer les questions*

Le tiers intervenant aide à faire évoluer les manières d'agir par une modification du regard sur les situations. A commencer par lui-même, pour lui-même et vis-à-vis du projet et des acteurs accompagnés.

En effet, nous avons appris par l'expérience dans cette expérimentation que dans cette figure de tiers la cheffe de projet doit travailler ses propres mouvements. Ainsi ses propres représentations sur ce qu'est une intervention se sont modifiées au cours du master. En renforçant son positionnement sur les trois figures par exemple cela lui a permis d'accompagner avec plus de justesse et d'intensité. Cela lui a permis de faire évoluer sa représentation de ce qui pouvait *faire intervention* et du jusqu'où il était possible d'aller. C'est ainsi par exemple qu'elle a osé ouvrir des possibles en proposant le format de la journée du 8 décembre et passer par le biais de l'imaginaire pour permettre du mouvement dans les groupes accompagnés. La manière d'organiser et d'animer cette journée de rencontre est un exemple type de ce mouvement du tiers : oser passer par le dessin pour dialoguer autrement, oser afficher ses hypothèses pour les valider collectivement.

Dans un autre domaine, le travail des concepts, la place de la réflexion sur ses valeurs, lui a permis de se recalcr dans un tiraillement et inconfort permanent face aux enjeux du temps : l'importance de la méthode pour exploiter au mieux le temps passé (Kairos) avec les professionnels engagés dans un projet à accompagner. L'intérêt du temps (Chronos) à y consacrer pour étudier la matière et comprendre en profondeur les raisonnements tenus. C'est aussi par ce mouvement l'invitant à explorer tout type d'angle d'approche qu'elle s'est permise d'analyser le projet par l'angle de l'économie de la fonctionnalité. Cela l'a poussé à étudier la proposition de valeur, la dynamique des ressources, des enjeux de gouvernance et à élaborer des hypothèses qu'elle a osées soumettre aux commanditaires pour un éclairage nouveau (parce que travaillées, approfondies et plus structurées).

Aussi c'est ainsi que la cheffe de projet se lance pleinement dans l'analyse du travail d'une Ispic exerçant dans une CECICS. Elle ne vise pas alors seulement son propre éclairage mais le potentiel d'apprentissage pour tous, y compris pour la formation des futurs Ispic. Elaborer le chronogramme d'une Ispic (Cf. annexe 8a) lui permet de visualiser le chevauchement des tâches, et les raisonnements tenus pour arbitrer des manières d'agir selon des niveaux de préoccupations. Cela la pousse aussi par exemple et lui permet de faire une analyse en miroir entre la manière de s'y prendre pour le cardiologue et l'infirmier face à l'enjeu d'une consultation programmée. Et cela a éclairé une partie jusque-là invisible de ce qu'il se joue et qui ne se joue pas dans ce transfert de compétence via le protocole de coopération (Cf. annexe 8b). Ce sont d'ailleurs autant d'éléments nouveaux de richesses et d'importance pour la suite, qu'il sera nécessaire d'exploiter plus avant pour accompagner le développement des savoirs de ces professionnels, de leurs compétences et de leur coopération. Et c'est aussi par cet exercice complet d'analyse du travail que la cheffe de projet situe aujourd'hui les enjeux structurels d'une clinique de l'activité et qu'elle peut par transposition mieux explorer sa propre activité dans l'expérimentation. Et c'est à l'issue de ce cheminement que nous pouvons entreprendre aujourd'hui des conditions d'une montée en généralité intégrant la structuration d'un ou de dispositifs en soutien à ce nouveau genre de modèle d'organisation CECICS.

Enfin il est paru particulièrement intéressant pour entretenir l'esprit d'ouverture et de découverte de jouer d'effet miroir entre des lectures et des situations, ou entre des situations entre elle, en apparence non liées mais pour lesquelles les concepts évoqués nous ouvrent une nouvelle clé. Un exemple est la réflexion menée par la cheffe de projet face à cette question de travail permanente des équipes du comment tenir l'équilibre entre le nombre de patient pris en charge dans leur fil active et la qualité de la prise en charge de chacun, encore

une fois souvent fragiles, particulièrement sévères et instables. Ainsi en cherchant en tant que tiers à soutenir les équipes par une manière de prendre en charge ce risque psycho-social majeur, la cheffe de projet se rappelle la lecture d'un article consacré à l'étude d'une AFEST auprès de liquidateurs/trices de retraite (Balas, 2021). L'article explique comment « l'activité [de ces professionnels], dans cette situation de travail, comme celle des autres [professionnels] enquêtés/es, trouve son sens dans la qualité qui résulte du rapport entre deux concepts organisateurs principaux : la « justesse » et le « rendement ». Cela résonne immédiatement avec cette préoccupation régulièrement exprimés des infirmiers : « jusqu'où devons-nous aller pour que cela soit rentable pour les directions ? ». Elle garde alors le schéma explicatif pour un possible usage dans la description de l'activité des infirmiers des CECICS.

Et plusieurs mois après, elle s'entends tenir un propos directement inspiré de ce même article. C'est une cardiologue qui lui demande de l'aide dans leur recherche de recrutement d'une nouvelle Ispic. Ils sont habitués d'une organisation de travail où les infirmières assument pour la plus grande partie de leur journée des tâches administratives de gestion de dossier et de programmation - ce qu'elle a compris en cherchant à comprendre la vision donnée du poste à pourvoir. Et voilà qu'un autre propos de l'article lui revient en mémoire. Et elle lui dit : « il me semble que la plupart des infirmiers en cherchant un poste dans une structure de soins veulent pouvoir soigner des patients et non soigner des dossiers ». Ainsi encourager par cette éclairage, elle ose suggérer de peut-être envisager de revisiter leur organisation sur l'unité de sorte à ce que chaque professionnel y trouve l'essentiel de son propre métier, ou en tout cas ce qu'il est venu y chercher.

6. PISTES ET VIGILANCES POUR STABILISER ET SOUTENIR UN SYSTEME CECICS

A l'issu de cette analyse, nous confirmons que les résultats des CECICS ne tiennent pas uniquement des soins produits auprès des patients. Comme il ne suffit pas non plus de travailler seulement dans le cadre du protocole de coopération et d'appliquer ses règles écrites pour les obtenir.

Les demandes (besoins) identifiées dans et autour des CECICS après problématisation des enjeux tiennent bien au-delà de l'expérimentation. Il s'agit pour obtenir les résultats visés de mettre en mouvement le système CECICS tout en entier dans une visée à long terme. Il est donc nécessaire de prendre en compte en continue ces besoins pour une durabilité possible des équipes et de leurs nouvelles activités.

La réponse a trouvé solution dans l'expérimentation dans la tenue de trois rôles alternatifs : facilitateur, formateur et tiers-intervenants. Ils ont pu être joués par différents acteurs impliqués tour à tour mais « tenus » en principal par la cheffe de projet. Seulement celle-ci n'étant pas voué à rester en tant que telle, il est aujourd'hui devenu nécessaire de poser les hypothèses de toute forme de relai possible pour assurer ces trois fonctions.

Aussi, nous identifions l'utilité de tirer ces généralités pour des systèmes en développement qui cherchent à répondre au même type de besoins que les CECICS pour l'insuffisance cardiaque : c'est-à-dire le suivi de maladies chroniques nécessitant une expertise hospitalière hors les murs, sur de courtes ou de plus longues périodes, pour des patients particulièrement

sévères ou instables et dont l'observance du traitement médicamenteux autant que l'accompagnement et la prévention des risques bio-psycho-sociaux doivent être tenus (diabète, insuffisance rénale chronique, maladie rhumatologique, neurologiques, etc.).

Pour toutes ces raisons, nous voulons tenter ici de poser en synthèse les conditions de stabilisation et de déploiement pour une généralisation de ce type d'organisation. C'est-à-dire de poser les conditions de soutien des acteurs, en tant qu'individus et en tant que collectif qui font vivre le système (dispositif et modèle), mais aussi les conditions de prise en charge des éléments ressources de possibles réussites, et les éléments de risque de possibles échecs. Car le système CECICS consiste à mettre en place de nouvelles pratique d'exercice. Il participe de lui-même à repenser le travail coopératif des médecins, cadres et infirmiers ensemble dans un même objectif. Voilà sa force. Pour autant un système ne peut être compétent en soi. Développer l'esprit de coopération interprofessionnelle entre médicaux et infirmiers et soutenir sa mise en œuvre dans le réel du travail au quotidien est, et restera, un besoin. Et c'est une affaire d'intervention, humaine. Cela nécessite des raisonnements particuliers et l'appel de certains savoirs que nous avons vu.

Ainsi pour resituer l'ensemble du raisonnement, rappelons que :

- Les finalités de la cheffe de projet se situent au regard de la demande : besoins des acteurs et du projet.
- Les finalités des CECICS sont le suivi de patients à distance, en sécurité, en maximisant la prévention. Elles sont tenues d'un côté par la mise en mouvement d'un dispositif CECICS (avec ses composantes variables et fixes), et de l'autre par la mise en mouvement d'un modèle CECICS (avec ses composantes variables et fixes).
- Le mouvement de chacun des deux est conditionné au mouvement de l'autre dans un système unique : c'est-à-dire qu'il peuvent s'entraîner comme ils peuvent se bloquer mutuellement.
- Pour mettre en mouvement le système complet il est nécessaire de permettre le développement de compétences particulières pour chaque acteur (par la formation, le pouvoir d'agir, l'ouverture à la coopération, etc.), y compris l'intervenant tiers avec ses trois figures.
- Le développement de compétence des trois figures implique d'être en capacité de mettre en action des raisonnements. Ces raisonnements prendront en compte d'un côté des indicateurs, éléments variables de situations que nous avons pour parti repérés, et de l'autre l'influence subjective des buts visés, que nous avons également en partie pu identifier : Optimiser le temps de chacun ; cultiver la confiance et la sécurité ; maîtriser la survenue d'externalité négative ; anticiper pour rester serein et stable ; ne pas s'épuiser.
- Les éléments pris en compte (contexte, engagement, savoirs, etc.) comme les buts bougeront de façon propre à chacun et selon les situations. Mais parce que nous sommes passés par cette analyse du travail nous savons qu'ils devraient pouvoir se tenir en socle et prendre vie par l'animation d'une figure ou d'une autres, ou d'une de leur combinaison.

En présentant ces éléments de façon synthétique, tels que des *ingrédients de compétences* nécessaires et à développer pour agir (Schwartz, 1997) et pour produire les effets CECICS, ils vont nous permettre de pouvoir projeter, après ce travail, des modalités d'une transmission désormais possible pour la généralisation. C'est-à-dire que ces ingrédients selon nous, ne devront pas manquer. Ils devront être en quelques sortes des premiers objets de vigilance et de régulation, tout en sachant rester à leur place, vivants et humbles, ouverts à la complémentarité d'autres ingrédients utiles en situation.

6.1. SITUER LES CHANGEMENTS DE PARADIGMES

Dans cette expérimentation la cheffe de projet a fait l'expérience de deux changements de paradigmes : la manière de penser l'organisation du travail à l'hôpital avec la coopération, la manière de penser l'accompagnement de maladies chroniques depuis l'hôpital.

Par l'analyse du travail de la cheffe de projet, nous situons que la place de l'épistémologie de l'intervention dans l'institution où a pu se tenir cette expérimentation n'est pas juste un enjeu de pratique. Un changement s'opère par ce type de prise en soins, dans la manière de penser un travail. Le travail en l'occurrence des pratiques soignantes dans une organisation nouvelle pourtant restée hospitalière mais pour des patients chroniques particulièrement sévères ou instables, et le travail des rapports de hiérarchie et de gouvernance.

Face à la maladie chronique, l'organisation traditionnelle tayloriste crée des surcoûts et ne marche plus. L'évolution des connaissances, de la médecine, des modalités de prises en soins permettent de situer de nombreuses hospitalisations et de passage aux urgences évitables. Aussi il est nécessaire, pour le maintien dans une vie sociale des malades chroniques graves et instables (désormais possible nous l'avons vu), d'allier le maintien d'un accès à l'expertise des spécialistes hospitaliers (expertise développée d'abord par les soins aigus et complexes) et le développement d'un accès de nouvelles expertises de soins dans le champ de la prévention. Ces expertises associent : les progrès en médecine curative, les nouvelles technologies numériques pour des soins à distance, des dispositifs organisationnels réglementés et, par des supports d'innovation, des incitations à se lancer dans des modalités d'exercice permettant le co-développement et des combinatoires de connaissances entre professionnels de santé. Ainsi, dans ce champ particulier de la prise en charge de la maladie chronique et grave, l'organisation hospitalière traditionnelle n'est plus pertinente.

Il existe un particularisme dans l'évolution des maladies chroniques. Le statut du malade change. Entre soignant et soigné ce n'est pas celui qui tient la relation qui tient l'essentiel de l'activité qui fait soin (c'est-à-dire ni le patient, ni le soignant plus que l'autre mais selon les situations). C'est un sujet actif, avec qui le soignant doit faire, et non pas alternativement mais concomitamment. Cette relation est donc aussi un sujet de coopération (transverse) entre l'activité du professionnel de santé et l'activité du malade (activité toujours au sens de la clinique du travail, l'action pourrait-on dire) qui en retour re-questionne l'exercice dans le système professionnel (Cf. double mouvement dans la régulation). Ainsi cette relation résiste au mode de la coordination, qui ne suffit plus. Et cette coopération appelle aussi le concept d'intégration tel que nous l'avons étudié (déplier pour comprendre, rassembler pour agir).

Car le modèle historique de l'organisation médico-soignante de l'hôpital n'était pas adapté pour un dispositif type CECICS. La pathologie chronique pour ses besoins est venue re-questionner l'hôpital dans ses modes de pensée, les règles et les modalités professionnels pour laisser advenir une *coopération* nécessaire pour agir, et cela à chaque niveau de relation : soignant-soigné, cardiologue-infirmier, équipe-encadrement, CECICS-institution. Et c'est ainsi que la mise en mouvement de l'ensemble des composantes du *système* CECICS, démontrée par l'expérience, fruit de l'expérimentation, se révèle in fine tout à fait nécessaire. Le modéliser nous a aidé à voir, et nous espérons pour d'autres à comprendre, comment et combien la question de la coopération rebat ainsi les cartes sur toutes les dimensions exposées (du dispositif et du modèle CECICS : cf. la modélisation proposée).

Pour chaque acteur impliqué, patient, soignants ou direction, la coopération fait travailler positivement les questions de légitimité et de posture. Elle donne quelque chose de beaucoup plus fluide entre les acteurs. Elle permet de tirer pleine partie des complémentarités (tel que le disait la cheffe de projet hier), c'est à dire des économies d'intégration (tel que nous le disons aujourd'hui), par maillage, fin, ajusté et ajustable, en gagnant toujours ainsi sur le rapport entre les ressources et les résultats.

Mais reprenons nos buts, et revenons sur le temps. Parce que tout cela semble bien. Mais a-t-on le temps à l'hôpital pour tout ça ? En fait, dans un paradigme de coopération l'enjeu de temps n'est pas l'heure au sens de Chronos mais la qualité du temps de Kairos. Et c'est alors que la coopération nourrit des ressources immatérielles (pouvoir d'agir) et produit de la création de valeurs (nouveaux savoirs, complémentarités, effets positifs à la fois sur les patients et les professionnels). Pour cela sans doute les soignants sont déjà convaincus. Comme appris en étude de soins infirmier : « cinq minute d'infirmière = dix-minutes de morphine ». Prendre le temps sans le perdre, c'est-à-dire juste suffisant parce qu'on sait que c'est à ce prix que nous en gagnons après est une monnaie courante dans le soin. Une infirmière de nuit sait ainsi très bien combien prendre quelques minutes pour discuter un peu plus avec un patient lors de son dernier tour du soir lui permettra, lui, de dormir, et elle pourra se consacrer et se concentrer sur d'autres enjeux de surveillance pour d'autres patients qui le nécessitent. Pour les gestionnaires possiblement cette question du temps se joue bien autrement. La rationalité est de mise et la pression du temps est une manière de mettre en mouvement, de faire avancer l'action. Cette question du temps est un débat de norme qu'il est utile de regarder, et si possible de partager, pour se comprendre et tenir ensemble les enjeux de coopération horizontale, verticale et transverse.

En pratique, dans un contexte de nouvelles modalités d'exercice avec des délégants, des délégués et des infirmiers en pratique avancée, la coordination des différentes équipes, le suivi et l'harmonisation des pratiques implique un changement des points de vue sur les qualifications, les rôles, les fonctions, les capacités et les compétences des uns envers les autres, des uns avec les autres. Au-delà de l'application d'un protocole dit « de coopération » régit par la loi et la réglementation, il est nécessaire pour tous les acteurs impliqués d'identifier ce qui construit la coopération et ce qu'implique d'accompagner les changements de postures en terme de processus de professionnalisation. Nous l'avons vu, cela ne va pas de soi. Cela s'accompagne, à commencer par l'accès à de la formation sur ce sujet en socle de savoir, de culture collective, puis par des espaces de dialogue et de réflexivité collective. *Apprendre à travailler ensemble est un travail en soi*. Cela nécessite selon nous un soutien, et à l'hôpital à l'échelle institutionnelle (un écho possible avec les 30 leviers pour l'AP-HP).

6.2. REPERER LES COMPOSANTES FIXES ET LES VARIABLES

Parmi les composantes de l'activité de soutien au dispositif et au modèle CECICS il est nécessaire d'identifier les éléments fixes et les variables car ils ne nécessitent pas les mêmes niveaux de prise en charge du fait de leur stabilité ou instabilité. Les éléments fixes pourront relever d'une base socle de savoirs, transmissibles par de la formation ou de l'information aux acteurs. Les éléments variables par contre relèveront de l'analyse de situation.

Il sera utile dans les deux cas d'avoir d'une part intégré les rouages du système et d'autre part intégré qu'il faudra savoir prendre le temps qu'il faudra pour en gagner ensuite.

Nous notons ainsi quelques principes à suivre et ce qui pourrait devenir pour nous quelques gimmicks à retenir (composantes fixes) :

Vérifier les connaissances des principes du système, et selon, les compléter.

Concernant les infirmiers, une formation de sept jours existe déjà. Puis la communauté de pratique offre un espace de ressources complémentaires pour renouveler ces savoirs acquis ou les approfondir. Sensibiliser les médecins à ce nouveau rôle de délégants est quant à lui un défi pas encore relevé, mais un besoin que nous situons. Il s'agirait d'identifier comment proposer et créer une formation courte ou session d'information (½ journée) afin de les inviter à saisir les enjeux de responsabilité et de positionnement dans la délégation d'actes (vers des infirmiers dans le cadre du PCIC et/ou de l'exercice de la pratique avancée). Projet pouvant être conduit à plusieurs niveaux selon les opportunités (à l'échelle local APHP et/ou à l'échelle nationale, notamment dans le cadre de congrès avec le portage de société savante). Pour les cadres que nous avons vu en position de responsable de l'organisation des soins dans les secteurs qui leur sont confiés, ils doivent pouvoir être garant à minima de la bonne mise en place du protocole et du système. Pour cela l'expérience nous montre qu'il ne suffit pas de lire le protocole de coopération. Nous avons aussi vu que leur place se situe beaucoup au niveau du modèle dans un rôle de facilitateur pour l'analyse des spécificités locales, mais aussi au niveau du dispositif pour l'attribution des moyens matériels. Dans une posture de tiers ils peuvent jouer aussi par leur position de leadership habituel dans les équipes un rôle pour soutenir le travail ensemble, la dispute professionnelle et la délibération. Il nous semble ainsi très important comme pour les cardiologues de prévoir un espace de formation, de sensibilisation et d'information. Et cet espace reste à inventer.

Construire les conditions de déploiement d'une CECICS impliquera ensuite de considérer des variables que nous pouvons présenter au travers d'enjeux :

Organiser le dialogue et toujours repartir des intérêts des acteurs est nécessaire. C'est le travail de l'engagement. Re-questionner leurs visions de leurs rôles et en quoi le projet nourrit une promesse pour eux ? Organiser le dialogue est une condition pour un exercice en coopération. Inventer les formats propices, et identifier les règles à instituer propre à chaque équipe au regard de leur situation : contraintes locales de temps, d'acteurs disponibles, de niveaux d'ambitions, de savoirs et d'autonomie. Il s'agit de mobiliser et maintenir l'engagement des professionnels dans les deux pans du système (le dispositif et le modèle). Pour cela il faut pouvoir repenser le travail coopératif des médecins, des cadres et des infirmiers ensemble, dans un même objectif. Il est nécessaire d'identifier les ressources et la dynamique de gestion de leurs accumulations (au sens économique du terme).

Ne pas trop présager de la forme que cela peut prendre. Il est utile d'oser expérimenter étape après étape sans viser le tout tout de suite. Cela implique d'ouvrir, et mieux encore d'installer des espaces de réflexivité, d'adapter les manières de s'y prendre individuellement et collectivement, d'observer ses propres courbes d'apprentissage, tout en visant une professionnalisation. C'est un processus, un chemin à suivre dont le paysage se dessine au fil des avancements. Il s'agit d'adapter le modèle d'exercice aux différentes organisations existantes, avec des questions de coordination entre les acteurs et d'amélioration qualité-sécurité des prises en charge des patients.

Gérer les incertitudes, c'est-à-dire apprendre à anticiper. Il y a entre autre aujourd'hui des enjeux financiers avec une question de généralisation nationale pour l'assurance maladie

(actes de droit commun) d'un paiement au parcours pour la prise en charge de patients chroniques (modèle aujourd'hui inexistant, volonté de sortie de la T2A). Autre enjeux de financement et d'incertitude, l'ARS est venu soutenir financièrement pour quatre ans l'équipe pilote pour le temps hors soins. C'est ce qui a facilité la production d'outils de travail lié à cette nouvelle organisation et à la formation des infirmiers en France. Cela soulève donc la question de la forme que pourrait prendre cette partie de ressource pour assurer une totale continuité des effets attendus. Quelques besoins de portage externe aux CECICS s'avèrent ainsi constants : formation initiale, soutien à l'animation des groupes de partage, actualisation des outils, etc. Identifier comment il est possible de les prendre en charge de façon durable est aujourd'hui nécessaire. Il est aussi nécessaire pour cela de prendre en compte l'impermanence des ressources humaines entre autre, ce qui doit inviter d'autant à bien poser ces cadres (le qui tient le cadre peut changer pourvu que le cadre est tenu ; qui tient le cadre peut l'ajuster, pourvu qu'il le tienne).

6.3. TRAVAILLER LES CONCEPTS SOUTENANT LES COMPETENCES A DEVELOPPER

Evaluer si ce qui se passe tient la route nécessite de penser au regard du cadre de ce système CECICS les enjeux de la compétence : pour les infirmiers délégués vers qui le transfert s'opère, mais aussi pour les cardiologues délégants dans une posture de supervision, et les cadres managers dans une nouvelle posture d'accompagnement (identifié au décours de l'intervention). Mais ce n'est pas suffisant.

Situons à nouveau que le ressort de motivation pour le développement des compétences utiles sera aussi dans le respect des finalités poursuivies, non de façon généraliste mais spécifiquement à chaque projet, à chaque structure pour ses propres finalités de filières de prise en charge, à chaque équipe pour ses finalités de prise en soins des patients concernés (Cf. la place centrale de la reconnaissance subjective).

Et une fois motivé, engagé, il s'agit de situer ce qu'il convient de développer : des compétences utiles à la mise en mouvement et à la production du système.

Aussi nous savons maintenant que la méthode suivie par la cheffe de projet a contribué aux résultats et aux externalités. Il ne s'agit donc pas que d'une affaire de compétence des seuls acteurs opérationnels des CECICS (infirmier, médecin, cadre). Et les concepts qu'elle a mobilisés (cf. chapitre 3 .2) sont des clés du développement de ses/ces compétences.

Alors pour faciliter leur repérage, nous avons entrepris de reprendre ce travail de la cheffe de projet pour le déploiement selon le schéma : Finalités - Résultats – Concepts identifiés qui nous a permis de les relier entre eux.

Les acteurs des actuels et futurs CECICS pourront se servir (auront à se servir) de ces concepts comme ressource pour éclairer la mise en place puis la mise en œuvre de leur CECICS. Il faut pour cela qu'ils puissent se les approprier. Un conseil donc pour la généralisation est, aussi et à nouveau de *prendre* quelques minutes, pour reprendre ces concepts clés et les re-questionner au regard des valeurs et des buts visés : des équipes, de leur hiérarchie et des institutions concernées. Mais, rassurons-nous, ce travail d'analyse ayant déjà permis d'identifier ceux mobilisés dans l'expérimentation, et donc les utiles, les nécessaires, les indispensables, cela doit permettre de pouvoir s'appuyer dessus pour *gagner du temps*.

Nous avons ici positionné chacune des sept compétences face au sept concepts clés dans lequel chacune trouve son principal ressort. Il est bien entendu que cette nécessaire distinction qui permet d'attraper ces composantes doit être lu dans l'esprit que leur mobilisation se fera dans une démarche intégrative (à mailler entre eux).

Compétences à développer ⇔ s'approprier des concepts

- Situer des finalités communes ⇔ Concept de projet
- Partager les points de vue ⇔ Concept de co-construction
- Travailler le changement paradigmatique ⇔ Concept de transformation
- Développer l'autonomie de chaque acteur en passant par la décentralisation et en respectant le besoin de contractualisation ⇔ Principe de subsidiarité
- Permettre une activité triadique et dialogique dans un dispositif à 3 pôles des savoirs, de la subjectivité et des valeurs ⇔ Concept de pouvoir d'agir
- Questionner les rythmes et la gestion du temps ⇔ concept de temporalité et de synchronisation
- Permettre l'engagement et la reconnaissance en tenant compte de règles de travail ⇔ concept de coopération.

La coopération tenant une place particulière car elle devient le mot qui porte le changement de paradigmes expliqués en premier point de ces pistes et des ces vigilances pour la suite.

Nous voyons qu'il est possible de prendre le sujet des compétences à développer par le chemin des concepts et des valeurs (exemple : gérer le temps), comme il est possible de prendre les concepts comme des résultats reliés dans l'autre sens aux actions menées (réussir à se synchroniser) dans des buts visés (gagner du temps, sécuriser le patient, etc.)

Nous devons préciser ici que le basculement professionnel lié aux changements de paradigme exposés demande une autre manière de repenser le changement. La difficulté première a été, et sera pour la généralisation certainement encore, d'ordre langagière. Et c'est l'une des causes de la difficulté qu'a eu la cheffe de projet à raconter ses manières de s'y prendre et les finalités poursuivies. Pour cela il nous a fallu partir d'un travail réflexif sur son rôle, sur ce que cela pouvait renseigner de cette dimension qui lui était si difficile à exprimer et donc au départ impossible à transmettre efficacement. Il s'agirait donc maintenant d'en tirer tous les bénéfices. Il est nécessaire de construire un espace conceptuel qui manque, qui fait défaut. L'objet du mémoire fut ainsi en grande partie de coller à ce champ sémantique de la coopération, pour voir dans quelle mesure elle était ou non un principe socle de ces types de fonctionnement de travail. Cela a dû passer par ce travail intellectuel et conceptuel qui pourrait permettre de la faire exister l'espérons-nous maintenant, du point de vu de l'institution, c'est-à-dire situer comment elle peut la penser pour ensuite la porter.

C'est une coopération à trois dimension : horizontale (entre délégrant et délégué), verticale (entre équipe et hiérarchie) et transversale (avec le patient). C'est un savoir et une modalité particulière de travailler à l'hôpital. Elle doit pour exister pouvoir être reconnue pour que ce type de prise en soins, cet accès à l'expertise hospitalière dans l'accompagnement de maladie chronique grave, puisse réellement fonctionner. En outre elle nécessite des ingrédients et une attention particulières, spécifique.

Ainsi nous pensons que poser le concept de la coopération doit être un premier objet de préoccupation pour le soutien d'un système type CECICS. Car à l'hôpital quand il ne s'agit pas du soin direct, il manque le mot pour qualifier ce qui n'est pas administratif, financier ou hiérarchique. Et nous l'avons aussi vu, ce qui ne se dit pas par le langage, demeure dans l'invisible et s'expose à l'oubli. Il y a donc un enjeu fort de qualifier ce qui tient ici de la coopération pour garder son impact sur l'efficacité du système développé, c'est-à-dire obtenir les résultats positifs des CECICS attendus.

Sandro De Gasparo (2021) éclaire notre pensée en reliant ainsi la coopération à ses différents enjeux :

La coopération – la prise en compte de l'activité de l'autre dans son propre travail – est également centrale dans la dynamique de productivité, alors que la seule coordination fondée sur les procédures peut conduire à des blocages majeurs, notamment dus à l'impossibilité pour les personnes de s'accorder sur les intentions de leurs actions. ... la question de la reconnaissance du travail réel – ce qui se joue concrètement dans l'activité – vise à augmenter la valeur des ressources productives et du service rendu. ... Le pilotage stratégique des organisations a donc besoin de se réappropriier le rapport au travail réel, par des dimensions non mesurables relevant de la délibération » (De Gasparo, S., 2021, pp.239-242).

6.4. FAIRE RESSOURCES DES RENCONTRES ET DES EXPERIENCES

Le concept de « rencontre des rencontre » développé par Y. Schwartz nous a éclairé sur ce point. Nous rencontrons en toute situation des éléments qui ne sont jamais identiques à eux-mêmes depuis la précédente fois que nous les avons rencontrés. Tout change tout le temps, par contact. C'est pour nous une infinie richesse si nous en prenons conscience. Mais nous comprenons aussi que cette impermanence des choses peut tout autant être une source d'angoisse. Alors comment les professionnels peuvent-ils gérer cela ?

Rencontrer les situations, s'y confronter, est bien toujours une source d'apprentissage. Mais pour utiliser cette ressource, en faire quelque chose d'utile cela nécessite de s'attarder quelques instants (encore) pour y réfléchir. Nous le faisons dans nos quotidiens de travail, sans vraiment y penser. C'est ce qui nourrit notre expérience. Mais pour notre affaire de coopération, pour faire tourner le système CECICS, comme tourne un moulin posément et sûrement, il est nécessaire de partager cette réflexion. Il s'agit donc ici de comprendre l'importance de tenir la figure de formateur au-delà des premiers temps de formation formelle et académique. Car en effet encourager et soutenir des espaces et des temps de réflexivité et de retour d'expérience est dès lors autrement puissant. Ces espaces de réflexivité sont et doivent pouvoir continuer d'être dans notre affaire CECICS à la fois source de nouveaux savoirs et soutien de coopération.

Alors en terme de dispositif pour la suite, nous avons quelques bases structurelles déjà qu'il faudra peut-être maintenir ou faire évoluer sans doute. Pour le maintien des CECICS nous avons les comités de pilotage déjà institués et le club utilisateur. Il suffirait peut-être de redéfinir qui pourrait poursuivre leur animation sans la cheffe de projet et leurs fréquences. Pour la généralisation nous pouvons déjà de ce côté compter sur l'existence de la communauté de pratique. De la même façon il serait bon de reposer un cadre plus structuré pour rendre

possible sa longévité en tenant compte de son grossissement probable chaque année pour encore quelques années (+20 nouveaux infirmiers chaque année, et autant de cardiologues délégués et cadre engagés potentiellement intéressés pour s'y connecter). Nous pourrions par exemple dans ce cadre imaginer un dispositif d'analyse de pratique entre pairs (à envisager par visioconférence), adossées à de l'expertise en éclairage et renforcement des connaissances, qui aiderait le collectif à travailler ses retours d'expérience et à cristalliser les nouveaux savoirs identifiés. L'enjeu serait de renforcer l'auto-détermination et de soutenir à la fois la co-construction, la coopération et la capitalisation des expériences avec un potentiel professionnalisant. Ce serait un projet accessible techniquement et structurellement à condition de relever le défi préalable d'identifier les enjeux de l'usage du numérique dans l'analyse de pratique (innovation existante et/ou possible ?). Il existe en tout cas déjà l'animation de *café-visio* tenus chaque six semaines depuis fin 2021 (« Les cafés I speak »).

6.5. PRENDRE SOINS DES RESSOURCES

Les effets produits sont à mettre au regard des effets utiles attendus et des acteurs. Les patients verbalisent une réassurance et leur satisfaction de cette prise en soins. Des passages aux urgences et des hospitalisations sont chaque jour évités. Les infirmiers restent en poste et demandent d'être plus nombreux pour pouvoir faire plus encore au vu de la demande. Les médecins témoignent du soulagement de pouvoir compter sur ces infirmiers pour le suivi des patients les plus fragiles, et de la fierté de contribuer à cette innovation, de surcroît très regardée.

Une source d'énergie essentiel est le sens au travail. Valoriser les résultats autant chiffrés que non chiffrés et rendre visible l'offre de service, nourrissent le sentiment d'appartenance au collectif et alimente la fierté du travail réalisé. Ce sera ici certainement le rôle à jouer des cadres mais aussi à penser du côté de la gouvernance.

Dans une reconnaissance des enjeux du travail, cela comptera que ces deux niveaux poursuivent l'effort continue d'impliquer tous les acteurs autour des mêmes tables, sans jugement des absents, sans stratification hiérarchique.

L'autre pendant est de clarifier les attendus. Le système CECICS globalement proposé par l'institution est variable au regard de la singularité des territoires et des équipes : variables structurelles, historiques et économiques. Il est nécessaire de prendre en compte ces différences pour adapter et préciser les attendus au regard des moyens aussi alloués, et de ne pas comparer, mais de toujours partager pour apprendre.

L'évaluation finale de l'expérimentation a été réalisée comme prévue afin de mesurer les effets utiles d'un point de vue médico-économique, en terme de dépenses de santé évitées par les ré-hospitalisation et les passages aux urgences, et en terme de valeurs qualitatives ajoutées pour les différents acteurs. Mais la cible en terme de nombre de patients inclus n'a pas pu être atteinte dans les délais impartis. Cela doit nous inviter à re-questionner les ressources allouées : ressources possibles versus ressources réelle, le temps des professionnels dédiés à ces activités et du dimensionnement de ces activités. Or cela rejoint l'objet de très fortes préoccupations dans les équipes CECICS : quelle limite de volume et sur quels critères ? La définition des volumes est un point non abordé tout à fait jusque-là mais qu'il sera essentiel à prendre en compte en résonance de ce cinquième et premier but visé par la cheffe de projet : « ne pas s'épuiser ». Le modèle doit pouvoir prendre soin autant de l'attendu chiffré et qualitatif pour les patients, que de la souffrance au travail que nous devons savoir en continue explorer

(Souffrance au travail dans le sens utile au travail versus pathologique, tel que la psychodynamique du travail et C. Dejours (2022) nous l'explique). Se joue autrement dit ici une autre complexité, qui est la place chez ces soignants de l'investissement subjectif dans une dynamique de reconnaissance⁶⁰ du travail.

Ainsi nous avons vu également pour que le système CECICS tienne, il est nécessaire de comprendre et d'alimenter les dynamiques en mouvement et de soutenir la coopération. Mais peut-on imaginer que les acteurs des CECICS puissent tenir eux-mêmes ces deux enjeux, d'une part, et, cela en continue, d'autre part ?

Rappelons que la coopération n'est pas une chose figée qu'il suffirait d'organiser et de penser structurellement pour qu'elle fonctionne. De plus à l'hôpital c'est encore bien nouveau d'envisager la coopération autrement que transverse avec le patient, mais tout autant horizontale et verticale. Et, même une fois cela acquis, il ne suffit pas pour que cela perdure de vouloir travailler en coopération et comprendre ses enjeux pour que cela fonctionne. C'est un effort nous l'avons dit. Et donc un épuisement possible qu'il faut aussi penser à prendre en charge.

Une hypothèse pourrait-être de pratiquer comme cela se fait dans certain cercle de co-développement ou de conseiller-intervenant. Parce que chaque membre du groupe maîtrise les rouages de ce type d'accompagnement, chacun peut jouer le rôle de tiers-intervenant tour à tour pour le groupe. Il se positionne alors en extériorité. Cela implique de se former à cela, d'en faire l'expérience et d'en avoir envie. Cela demande aussi surtout que le collectif arrive à un certain niveau de maturité pour positionner ce tiers à tour de rôle sans provoquer de déséquilibre, et qu'ils soient collectivement capable de tenir le cadre.

Dans les hôpitaux parisiens où le turn-over est déjà un véritable souci, cette hypothèse semble bien peu probable, mais ailleurs peut-être. Nous proposons alors une autre hypothèse : que ce cadre soit tenu par un dispositif de gouvernance (Cf. point suivant de la régulation).

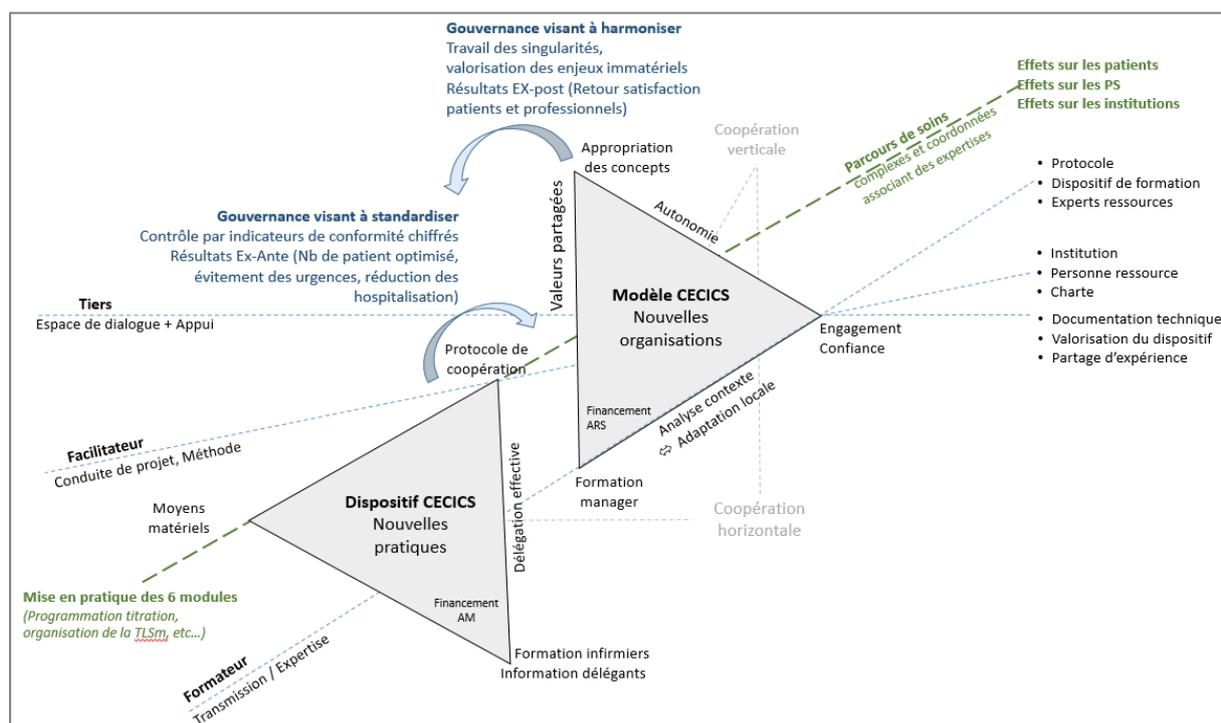
6.6. SITUER DES MODES DE REGULATION

Réguler est le fait de régler le fonctionnement d'un dispositif ou le mode de fonctionnement pour l'adapter aux conditions extérieures ou au résultat à obtenir. On parle de *système de régulation* (Chanteau, J. (2023). Alors pour correctement réguler, il est utile d'oser regarder les choses telle qu'elles sont, tenir compte des écarts entre le prescrit et le réel. Le premier écart est qu'on ne peut pas tout prévoir, tout calculer à l'avance ; le deuxième c'est qu'entre le prescrit et le réel il y a l'affectif, la subjectivité, l'engagement, ce qui fait sens pour la personne. De plus dans notre situation l'activité de soins vient s'ajouter, donc avec une dimension *servicielle*. C'est-à-dire que dans le soin, comme dans toute relation de service, il y a un doublement de cette subjectivité qui vient s'ajouter à tout ce qui pourra constituer par ailleurs la part imprévisible du réel d'une situation. Nous devons donc pouvoir considérer la subjectivité du professionnel et celle du bénéficiaire, la patient insuffisant cardiaque ou les aidants. Cela nous renvoi à la notion d'altérité et cela interroge la possibilité qu'il soit possible d'imaginer des outils de régulation pertinent pour maîtriser toutes ces variables.

⁶⁰ Notes prises en journée de formation avec Ulmann A.L. (2022, 14 octobre). Schéma de la théorie du travail CDC208-Compétence et mobilisation subjective au travail. [Master CIDC_Cnam].

Pour avancer, en tentant l'analyse d'une CECICS sous l'angle de vue d'une économie de la fonctionnalité (ATEMIS, 2005), nous avons questionné les externalités au regard de la gouvernance. Il est alors paru intéressant de regarder les dynamiques observées.

Le système CECICS impose dans l'activité de soin une articulation procédant d'un double mouvement, c'est-à-dire un phénomène qui consiste à ce que d'une part *le cadre* (dispositif, règles, etc.) vient fixer le travail des CECICS et dans le même temps ce travail vient réinterroger ce cadre. En effet le cadre institutionnel fixe le travail par le protocole, le cahier des charges, les filières de patient, etc. Dans le même temps la pratique réelle dans des relations quotidiennes de coopération horizontale, verticale et transverse vient réinterroger régulièrement ce cadre. Les retours d'expérience aujourd'hui se font au travers des réunions d'équipes et des comités qui jouent un rôle de régulateur. Pour la suite, il nous semble donc nécessaire de pouvoir situer une instance durable en reconnaissance de cette dimension réflexive dans le système CECICS pour prendre en compte le travail réel, tirer des enseignements de l'expérience au fil de l'eau et ainsi pouvoir faire évoluer en cohérence le cadre institué. Dans notre modélisation c'est ainsi que nous avons choisi de nommer deux types de gouvernance : l'une visant à réguler sur des principes de standardisation (statistiques d'activité, étude d'impact, etc.), l'autre visant à garder un système CECICS dans un fonctionnement fluide et harmonieux (pertinence du dimensionnement de la cellule selon la situation des soignants versus l'état des besoins des patients du territoire, la visibilité de l'offre, les externalités, etc.).



En alliant ces besoins de régulation et les contraintes de temps, nous pourrions proposer pour combiner ces deux gouvernance un genre de comité CECICS, mixte de l'actuel COPIL (sans les partenaires extérieurs) et du comité de projet (ouvert à tous les acteurs des CECICS).

En parallèle pour réguler les relations de coopération et toujours tenir compte des contraintes de temps nous proposons que soit mixés les réunions d'équipes (actuellement animée par la cheffe de projet) et les revues de dossier (réglementaire du protocole). Elles pourraient

s'appeler réunions d'équipe CECICS, conviant possiblement tous les acteurs locaux de la cellule, et seraient animé par le cadre référent. Cela permettrait de traiter l'externalité négative identifiée au sujet des cadres de santé, et de relier les enjeux de coopération horizontale (délégrant et délégué autour de la table), verticale (opérateurs et responsables hiérarchiques), et transverse (par la revue de dossier visant la discussion des prises en charge des patients).

Mais nous avons situé que ces professionnels, Ispic et cardiologues, débordent régulièrement leurs temps payés pour prendre le temps d'échanger entre eux. Ce signe indique que la dimension réflexive aujourd'hui n'est pas complètement intégrée dans le modèle économique engagé. Aussi, dans la perspective d'une transposition du système CECICS à d'autres pathologie il serait par ailleurs utile de pouvoir situer dans quelle mesure cette double dynamique est assumée par l'institution et pourrait en faire son modèle. La fidélisation rappelons-le est une proposition de valeur de l'institution. Aujourd'hui cette expérience semble pouvoir inviter l'institution à entrevoir en effet ce *nouveau visage possible des équipes hospitalières*. Et elle aurait pour cela un rôle de gouvernance d'un nouveau genre à jouer (comité hybride, soutien au temps dédié pour les réunions d'équipes avec les cadres).

Entre gouvernance visant la standardisation et celle visant l'harmonisation le cadre de santé référent d'une CECICS dans tous les cas paraît dès lors bien central. Or rappelons-nous que ces professionnels portent l'externalité négative la plus forte et aussi la moins comprise. Ainsi en résumé de la situation des cadres de santé nous retenons : une attente de soutien dans une posture que nous qualifierons de « référent-discrètement exposé » et un besoin – plus qu'une demande car trop envahissante - d'une appropriation des mécanismes de la délégation d'acte et de la coopération. Ce sont des symptômes de situation complexe avec lesquels la cheffe de projet a composé pour intervenir et ne pas bloquer tous ce qui pouvait ne pas l'être (Cas extrême de la CECICS [D]). Nous retiendrons donc par conséquent que : dans un rôle de facilitateur l'institution devra prendre soin de la nécessité pour les managers référents d'une obligation d'être tenue informée ; dans un rôle de formateur, il faudra leur permettre de comprendre les principes de fonctionnement de ces CECICS (ingénierie d'un enseignement spécifique à inventer pour animer ce type d'équipe, qui pourrait être porté par le Centre de Formation et de Développement des Compétences) ; enfin dans un rôle de tiers (comité CECICS ?) il faudra prendre soin de la crainte inavouée ou inavouable de mise en péril de leur position de supérieur hiérarchique et fonctionnelle vis-à-vis d'une équipe dont les modalités d'exercice nouvelles viennent se heurter à un sentiment de non maîtrise et à cette « fonction contrôle » qui leur est exigée.

Deux autres dynamiques économiques se croisent qu'il nous semble intéressant ici de resituer (ATEMIS, 2005) car elles peuvent compléter la vision d'un ensemble de points possiblement structurants pour l'institution et le système CECICS pourrait aussi le mettre en mouvement.

Dans le système CECICS comme dans toutes organisation, il existe :

- Une dynamique de type industrielle. Elle est portée par l'hôpital avec un effort fourni d'anticipation (cahier des charges, activité définie par des algorithmes décisionnels et des tâches ciblées au travers de modules). La valeur de l'activité vise à être stabilisée à la fois monétairement par des forfaits fixés au nombre de patient et quantitativement par le nombre de situations traitées ou d'hospitalisation évitée. Le processus reconnu est anticipé par un protocole de soin validé par arrêté et des déclarations réglementaires d'activité imposent des obligations de conformité. Il s'agit pour l'institution ensuite de promouvoir cela pour chaque site et d'ajuster partiellement le dispositif selon des spécificités de territoire, ouvrant alors sous cet angle, une possible créativité locale.

- Une dynamique servicielle, déjà citée, portée par les professionnels de la CECICS et ses usagers (patients, aidant et acteurs autour) pour lesquels la relation de coopération est effective. L'activité de chacun démarre par une demande impliquant de facto un travail relationnel. La prise en compte de la singularité va déterminer les effets utiles pertinents à cibler, au regard des besoins exprimés ou observés, au regard des faisabilités techniques, matériels. Les finalités de chaque action sont, d'une manière ou d'une autre, discutées et donc co-construites. Le suivi du parcours sur plusieurs mois convoque de fait un processus continu d'actualisation. Les variables sont nombreuses et la subjectivité consubstantielle de l'activité.

Ces deux logiques coexistent bien dans l'expérimentation mais leur articulation au-delà de la cheffe de projet n'a pas été pensée. La cheffe de projet a en quelque sorte tenu ces deux bouts (Cf. positionnement en interface des équipes et de la gouvernance). Ainsi dans une institution historiquement basée et ancrée dans une hiérarchie très verticale, peu habituée à la coopération, nous pensons qu'il pourrait être nécessaire pour que de tel système CECICS puisse être pérenne, d'instituer la reconnaissance de cette double dynamique (existante et utile) industrielle et servicielle, ainsi que ce double mouvement (permis par l'expérimentation) d'interrogation entre le cadre structurel et le travail réel pour qu'ils aient tous leur place d'expression et qu'ils puissent jouer leur fonction.

In fine l'activité des CECICS provoque à la fois un travail en coopération mais aussi une certaine stabilité d'équipe. Et l'ajustement progressif soutenu par un dispositif de gouvernance peut venir jouer une fonction de tiers. Dans l'expérimentation c'est le contexte d'innovation qui est venu soutenir la dynamique de cette gouvernance (Cf. schéma d'intervention et pilotage). Aussi, dès lors, stabiliser le fonctionnement de ces CECICS semble bien nécessiter le soutien institutionnel, mais cela l'interroge dans le même temps hors contexte d'innovation.

CONCLUSION

« Ecrire, ce n'est pas seulement « traduire » une pensée, mais la faire avancer »⁶¹.

L'expérimentation CECICS fut chargée de bien des ambitions. Elle a permis de développer une nouvelle organisation soignante basée sur de la délégation d'actes et une relation de travail de type coopération, de bousculer les schémas habituels de postures métiers, de créer du mouvement dans la place des acteurs concernés par ces patients insuffisants cardiaques, de permettre de déporter des accès aux soins hospitaliers sans abîmer mais plutôt en transcendant les savoirs faire de chacun, médecins et paramédicaux, généralistes et spécialistes, opérateurs et manager, de valoriser les complémentarités, d'oser tenir que l'émancipation ne s'oppose pas à la norme ni à la sécurité.

Cet écrit tient la promesse d'un travail de réflexivité. Il interroge l'identification de plusieurs rôles tenus depuis une position unique, de cheffe d'un projet, pour courir des objectifs de différentes natures. L'interrogation porte sur l'impact que cela peut avoir de combiner plusieurs postures en intervention, avantages ou inconvénients, risques ou ressources. Cela nous questionne alors sur le caractère inévitable d'un phénomène intégratif et constitutif d'un projet impliquant une co-construction. Enfin nous savons aujourd'hui que cette cadre de santé n'aurait pas pu être identifiée cheffe de projet sans posture d'intervention et inversement « *intervenir* » comme elle l'a fait sans être positionnée en cheffe de projet.

C'est en partant de l'activité globale, et, en posant ce que la cheffe de projet parvenait à exprimer comme étant les grandes finalités dans sa position d'intervenante en zoomant légèrement, que trois enjeux sont apparus et en miroir trois modalités d'accompagnement se sont distinguées. En dé-zoomant ensuite pour vérifier, depuis ces trois postures pour revenir vers son activité globale, elle a pu retrouver la possibilité des maillages multiples qu'elle réalise au quotidien et cela s'est confirmé par l'exercice de modélisation. C'est ainsi que prendre ces trois figures pour fil conducteur depuis le cadre jusqu'aux recommandations élaborées nous a paru aussi sonner juste. Cela a permis en outre de clarifier cette dimension intégrative à laquelle elle tenait.

Donner du sens à son travail. Ce système proposé pour la prise en soins de patients insuffisance cardiaque particulièrement sévères et instables depuis le début de sa mise en place fait ressource pour les acteurs institutionnels comme pour les autres professionnels de la santé qui réclament des retours d'expérience (témoignage demandés au travers de visites sur site, réunions bilan, congrès, articles de presse et scientifiques). Il a permis un croisement de niveau de responsabilités individuelles et collectives poussant chaque acteur (infirmiers, médecins, cadres) à une recherche de compréhension des raisonnements spécifiques des collaborateurs au fil des situations à arbitrer. Il a nourri d'autre aspect pratiques tel que le développement conceptuel d'un système d'information prometteur de facilitation pour la pratique de professionnels agissant dans des fonctions de suivi de patients fragiles et chroniques. In fine le bilan de l'expérimentation débouche mars 2024 sur un avis favorable pour une généralisation nationale.

⁶¹ Note de mail, BALAS, S. Accompagnement du projet d'écriture (2022, Novembre). [Master CIDC, Cnam]

Or pour une généralisation pérenne, les critères de reproductibilité (Ministère de la santé et de la prévention, 2024, p111 à 116) indiquent que le fonctionnement établi pour l'expérimentation nécessite d'identifier un portage capable de soutenir les mêmes effets durables mais sans chef de projet. C'est alors que ce travail de mémoire se positionne en complémentarité de l'évaluation externe. Car il permet de discuter des résultats au regard des composantes du dispositif opérationnel d'une part et du modèle d'organisation d'autre part. Il décrit en quoi les actions menées par la cheffe de projet ont pu répondre aux attentes de l'expérimentation et pourquoi ces actions seraient à maintenir. Il a permis d'identifier en amont de l'action des CECICS sept compétences à travailler sur la base de concepts clés, et de repérer cinq buts poursuivis en aval, stimulateurs de mouvements.

Ainsi nous avons cherché, et nous avons appris. Nous situons ce qui a pu se jouer entre ce qui a été pensé pour intervenir (Chapitre 3) et le réel, tant du côté de l'activité de l'intervenante-cheffe de projet que des CECICS accompagnées. Nous sommes passés par l'exposition des résultats et l'analyse du travail de la cheffe de projet pour comprendre les liens entre les résultats produits et la part liés à son travail (Chapitre 4 et 5). Nous avons situé les éléments qui relient ce qui a été produit par le jeu des trois figures et leurs effets utiles pour accompagner ce type d'organisation médico-soignantes. L'intervenante a pris compte des dimensions de la dynamique servicielle, les valeurs attribuées et recherchées par les acteurs et les institutions, leur capacité de co-construction, les ressources engagées ainsi que les enjeux de contractualisation et de gouvernance. Après avoir décortiqué ces composantes fixes et variables et leurs articulations, nous sommes parvenus à en proposer une modélisation et cela nous a permis de tirer des enseignements plus généraux de ce retour d'expérience. C'est alors que nous sommes parvenus à définir ce que nous avons choisi d'appeler un *système CECICS* composé d'un *dispositif* et d'un *modèle* singuliers.

Nous savons qu'intervenir c'est mailler plusieurs fils à la fois : ce ne peut être qu'une seule approche ou un seul angle, ni toutes les approches et tous les angles à la fois. C'est savoir zoomer et dézoomer sur les situations. Décortiquer et intégrer. Voilà ce que nous retenons et que nous souhaitons être parvenu à mailler dans cet écrit.

Aussi nous confirmons que ce qui a été produit pour soutenir l'expérimentation CECICS sont des fonctions qui ne peuvent pas s'arrêter à ce mode projet car elles sont nécessaires pour soutenir le système. Et pour aller au bout de la finalité de cette analyse réflexive qui n'est pas seulement de continuer soi-même de façon plus éclairée, mais de pouvoir transmettre cette fois les enseignements retenus, nous avons pour cela tenté dans un dernier chapitre d'élaborer des recommandations. Nous espérons qu'elles soient suffisamment précises et ajustées pour que les institutions puissent s'en saisir, et pour qu'une poursuite et un déploiement durable de ce système soit possible, c'est-à-dire permettant à la fois d'atteindre les résultats visés, d'identifier les risques et de mieux gérer les extériorités.

Notre conclusion est qu'il a été possible de construire dans une institution hospitalière très hiérarchisée les conditions d'une mise en musique d'un projet pilote par un dispositif non pas plaqué par le dessus mais par le bas, prenant en charge le travail réel dans toutes ses dimensions et ses variabilités. Dans le même temps, dans une actualité institutionnelle bloquée par des problématiques d'effectifs, ce travail situe comment un tel projet pouvait aussi actionner nombre des leviers identifiés par l'institution pour agir ensemble et « *mieux recruter et fidéliser nos professionnels* ». Enfin, il a permis d'identifier les potentiels nécessaires à la coopération, les possibles écarts entre les valeurs attribuées et les valeurs recherchées, et

soulever la question économique du dispositif pour augmenter la valeur du soin. Il nous montre donc bien in fine qu'il est possible de soutenir les ressources professionnelles des personnes exerçant à l'hôpital dans une visée émancipatrice.

« La plupart du temps, ce que gestionnaires et formateurs prennent en compte, « c'est l'emploi, le poste ou la tâche, jamais le travail » (Jobert, 1993)⁶². Aussi, notre objet de préoccupation d'intervenant est de soutenir une certaine forme d'efficacité sans se perdre. Ainsi, il nous faut repartir du besoin, toujours. Aujourd'hui le besoin auquel réponds les CECICS est de pouvoir combler des trous dans les parcours de ces patients insuffisants cardiaques tant que ces trous existent (une invitation à prendre soin de le vérifier régulièrement, par chacun, à chaque endroit) ; maintenir et développer l'expertise de ces prises en soins : médicale et paramédicale, liée à l'évolution de la science, aux situations matérielles dont les « ressources » humaines et aux outils utilisés ; entretenir la coopération malgré le temps, les crises et les turn-over. Le besoin pour nous est aujourd'hui le développement d'une culture commune de la *coopération* comme modalité de travail. Culture dans le sens de poser collectivement et institutionnellement les concepts et les valeurs, les normes et hiérarchie de buts, car chacun d'eux sont à distinguer, à poser et à reconnaître ensemble pour œuvrer en coopération. Ainsi dans cette idée d'un patrimoine (conceptuellement dans sa signification première d'un bien commun à entretenir), nous y voyons le rassemblement utile de piliers (chapitre 6) qui constituent un terreau. Ce sont aussi les piliers d'une intervention au sens de la clinique de l'activité, et nous pensons possible pour l'institution de se les approprier. Un terreau composé de ce qui est nécessaire au développement des compétences identifiées, nécessaire pour une probable ingénierie des formations à construire (cardiologues et cadres) ou à modifier (infirmier) et nécessaire pour construire une gouvernance, que nous pensons pouvoir être émancipatrice.

⁶² Guy Jobert, *Éducation permanente*, no 116, 1993-3, p. 14) cité par SCHWARTZ, Y. (1997, p. 173)

GLOSSAIRE

ANAP : Agence Nationale

ARS : Agence Régionale de Santé

ARS-IDF : Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France

CECICS : Cellule d'Expertise et de coordination pour l'Insuffisance Cardiaque Sévère

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

Cnam : Conservatoire des arts et métiers

CPTS : Communauté professionnelle de territoire de santé

CSIS : Conseil Stratégique de l'Innovation en Santé

CSP : Code de la Santé Publique

CSS : Code de la Sécurité Social

CTIS : Comité Technique de l'Innovation en Santé

DAC : Dispositifs d'appui à la coordination (créés par la loi sur l'organisation et la transformation du système de santé (OTSS) du 14 juillet 2019. Ils intègrent l'ensemble des dispositifs de coordination existants, tels que la plupart des réseaux de soins)

DAF : Directeur Administratif et Financier

DG : Directeur Générale (de site)

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

DMU : Département Médicaux Universitaire

DRH : Directeur des Ressources Humaines

DURQ : Direction des Usagers, des Risques et de la Qualité

HAS : Haute Autorité de Santé

ICC : Insuffisance Cardiaque Chronique

IDEH : Infirmier Diplômé d'Etat Hospitalier

IPC : Infirmier de protocole de coopération

ISPIC : Infirmier au Sein d'un Protocole de coopération Insuffisance Cardiaque

LFSS : Loi de Finance de la Sécurité Sociale

MPS :Maison pluri-professionnelles de santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PCN-IC : Protocole de coopération National Insuffisance cardiaque

PU-PH : Professeurs Universitaires- Praticiens Hospitalier

BIBLIOGRAPHIE

- Alix, N.** (2014). Compte rendu de [Ensemble : pour une éthique de la coopération », Richard Sennett. Albin Michel, 2014, 384 pages]. *Revue internationale de l'économie sociale*, (334), 120–122. <https://doi.org/10.7202/1027282ar>
- Aymard, A.** (2002). Dynamique des groupes. Dans : Jacqueline Barus-Michel éd., *Vocabulaire de psychosociologie* (pp. 329-342). Toulouse: Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.barus.2002.01.0329>
- Balas, S., Ciavaldini-Cartaut, S. Métral, JF.** (2021) Stéphane Balas, Solange Ciavaldini-Cartaut et Jean-François Métral, « Usage de l'instruction au sosie pour la conception d'actions de formation en situation de travail (AFEST) : une illustration avec des liquidateurs/trices de retraite », *Éducation et socialisation* [En ligne], 62 | 2021, mis en ligne le 21 novembre 2021, consulté le 12 juin 2024. URL : <http://journals.openedition.org/edso/17204> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/edso.17204>
- Barus-Michel, J.** (2002). Clinique et sens. Dans : Jacqueline Barus-Michel éd., *Vocabulaire de psychosociologie* (pp. 313-323). Toulouse: Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.barus.2002.01.0313>
- Barus-Michel, J. & Enriquez, E.** (2016). Pouvoir. Dans : Jacqueline Barus-Michel éd., *Vocabulaire de psychosociologie: Références et positions* (pp. 221-230). Toulouse: Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.barus.2016.01.0221>
- Boutinet, J.** (2002). Projet. Dans : Jacqueline Barus-Michel éd., *Vocabulaire de psychosociologie* (pp. 222-230). Toulouse: Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.barus.2002.01.0222>
- Chanteau, J.** (2023). Chapitre 8. Qu'est-ce que la régulation ?. Dans : Robert Boyer éd., *Théorie de la régulation, un nouvel état des savoirs* (pp. 73-85). Paris: Dunod.
- Clot, Y.** (2008) Travail et pouvoir d'agir. Presses universitaires de France, 296 p.)
- Clot, Y.** (2008). *Revue Education Permanente* n°177, 2008/4. La recherche fondamentale de terrain : une troisième voie. Propos recueillis par Guy Jobert et mis en forme par Madeleine Maillebois-Chatteur.
- Clot, Y. & Simonet, P.** (2015). Pouvoirs d'agir et marges de manœuvre. *Le travail humain*, 78, 31-52. <https://doi.org/10.3917/th.781.0031>
- Cœugnet, S., Charron, C., Ribert-Van De Weerd, C., Anceaux, F. & Naveteur, J.** (2011). La pression temporelle : un phénomène complexe qu'il est urgent d'étudier. *Le travail humain*, 74, 157-181. <https://doi.org/10.3917/th.742.0157>
- Cristol, D.** (2023). Peut-on créer des communautés d'apprentissage ?. *Éducation Permanente*, 236, 59-67. <https://doi.org/10.3917/edpe.236.0059>
- De Gasparo, S.** (2021). Repenser le lien entre travail et santé : pour un nouveau modèle économique de la performance. Dans : Sophie Le Garrec éd., *Les servitudes du bien-être au travail: Impacts sur la santé* (pp. 223-246). Toulouse: Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.legar.2021.01.0223>
- Devin, G. & Smouts, M.** (2011). Présentation. Dans : , G. Devin & M. Smouts (Dir), *Les organisations internationales* (pp. 117-120). Paris: Armand Colin. <https://doi-org.proxybib-pcnam.fr/10.3917/arco.smout.2011.01.0117>
- Dicecca, V. & Guillou, P.** (2022). Outil 51. Le radar à signaux faibles. Dans : V. Dicecca & P. Guillou (Dir), *La boîte à outils du management* (pp. 162-165). Paris: Dunod.

- Dubost, J. & Lévy, A.** (2002). Recherche-action et intervention. Dans : Jacqueline Barus-Michel éd., *Vocabulaire de psychosociologie* (pp. 391-416). Toulouse: Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.barus.2002.01.0391>
- Duhamel, F.** Dupuis France, Reidy Mary. (2011). « Les représentations sociales liées à l'insuffisance cardiaque chez les couples dont un membre est atteint de la maladie », *Recherche en soins infirmiers*, 2011/3 (N° 106), p. 59-70. DOI : 10.3917/rsi.106.0059. URL : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2011-3-page-59.htm>
- du Tertre, C.** (2005) : Christian du Tertre, « Services immatériels et relationnels : intensité du travail et santé », *Activités* [En ligne], 2-1 | avril 2005, mis en ligne le 02 avril 2005, consulté le 13 juin 2024. URL : <http://journals.openedition.org/activites/1567> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/activites.1567>
- du Tertre, C.** (2023). VI. Économie de la fonctionnalité, développement durable et innovations institutionnelles. Dans : Sylvain Allemand éd., *Du développement durable aux transitions* (pp. 103-124). Paris: Hermann. <https://doi.org/10.3917/herm.allem.2023.01.0103>
- ENGESTRÖM, Y. et SANNINO, A.** (2021). Des actions de travail aux coalitions hétérogènes : quatre générations d'études théoriques de l'activité de travail, dans M.-A. Dujarier, A. Gilet et P. Penel (Dir.). *L'activité en théories. Regards croisés sur le travail, Tome II* (p. 241-279)
- Fabre, M.** (2005). Deux sources de l'épistémologie des problèmes : Dewey et Bachelard. *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*, 38, 53-67. <https://doi.org/10.3917/lse.383.0053>
- Foudriat, M.** (2014). La co-construction: Une option managériale pour les chefs de service. Dans : Maxime Delaloy éd., *Le management des chefs de service dans le secteur social et médico-social* (pp. 229-250). Paris: Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.delal.2014.01.0229>
- Giust-Desprairies, F.** (2002). Représentation et imaginaire. Dans : Jacqueline Barus-Michel éd., *Vocabulaire de psychosociologie* (pp. 231-250). Toulouse: Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.barus.2002.01.0231>
- Hortonéda, P.** (2005). Temporalité et construction de soi. *Empan*, 58, 120-128. <https://doi.org/10.3917/empa.058.0120>
- Lacoste, O.** (2016) « Le nombre contre le droit », *L'Économie politique*, 2016/2 (N° 70), p. 78-90. DOI : 10.3917/leco.070.0078. URL : <https://www.cairn.info/revue-l-economie-politique-2016-2-page-78.htm>
- Leplat, J.** (2023). À propos des compétences incorporées. *Éducation Permanente*, 234-235, 217-229. <https://doi-org.proxybib-pp.cnam.fr/10.3917/edpe.234.0217>
- Lévy, A.** (2002). Analyse des pratiques. Dans : Jacqueline Barus-Michel éd., *Vocabulaire de psychosociologie* (pp. 302-312). Toulouse: Érès. <https://doi-org.proxybib-pp.cnam.fr/10.3917/eres.barus.2002.01.0302>
- Lhuillier, D.** (2002). Travail. Dans : Jacqueline Barus-Michel éd., *Vocabulaire de psychosociologie* (pp. 275-286). Toulouse: Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.barus.2002.01.0275>
- Masciotra, D., Medzo, F.** (2009). Chapitre 1. Le défi d'un changement de paradigme, dans « Développer un agir compétent. Vers un curriculum pour la vie », sous la direction de MASCOTRA Domenico, MEDZO Fidèle. Louvain-la-Neuve, De Boeck Supérieur, « Perspectives en éducation et formation », 2009, p. 13-28. URL : <https://www.cairn.info/developper-un-agir-competent--9782804101978-page-13.htm>

Mbengue, A., Vandangeon-Derumez, I. & Garreau, L. (2014). Chapitre 11. Construire un modèle. Dans : Raymond-Alain Thiétart éd., *Méthodes de recherche en management* (pp. 334-387). Paris: Dunod. <https://doi-org.proxybib-pp.cnam.fr/10.3917/dunod.thiet.2014.01.0334>

Ménégoz, L. (2015). Ergologia, n° 13, Mai 2015, ENTRE ÉPISTEMOLOGIE ET ERGOLOGIE, En réaction au texte de Tlemcen - Laurent Ménégoz <https://teste.ergologia.org/wp-content/uploads/2022/08/6-13-f11. art. 4.pdf>

Michelot, C. (2002). Demande. Dans : Jacqueline Barus-Michel éd., *Vocabulaire de psychosociologie* (pp. 324-328). Toulouse: Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.barus.2002.01.0324>

Ollivier, B. (2002). Autonomie. Dans : Jacqueline Barus-Michel éd., *Vocabulaire de psychosociologie* (pp. 50-60). Toulouse: Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.barus.2002.01.0050>

Peljak, D. (2002). La subsidiarité : le défi de l'hôpital du xxie siècle. *Gestion*, 27, 134-141. <https://doi.org/10.3917/riges.273.0134>

Pineau, G. & Le Grand, J. (2019). Chapitre VI. De nouvelles frontières biocognitives. Dans : Gaston Pineau éd., *Les histoires de vie* (pp. 90-102). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France.

Policard, F. (2014). Apprendre ensemble à travailler ensemble : l'interprofessionnalité en formation par la simulation au service du développement des compétences collaboratives. *Recherche en soins infirmiers*, 117, 33-49. <https://doi.org/10.3917/rsi.117.0033>

Rey, A. (2019). Dictionnaire historique de la langue française - Coffret compact 3 volumes – Collection le dictionnaire historique, Ed. Le Robert. Nouvelle édition augmentée

Roblot, E. & Semedo, L. (2018). Former les adultes aux compétences-clés en milieu de travail. *Education permanente*, 216, 71-84.

Schwartz, Y. (1997). Les ingrédients de la compétence : un exercice nécessaire pour une question insoluble. *Education permanente*. 133, 9-34.

WEBOGRAPHIE

ACESO. (2020). AcesoUneAventureCollective_fichierPDF_def-ebook-aceso-uneaventurecollective.pdf : https://www.etp-grandest.org/wp-content/uploads/2021/01/AcesoUneAventureCollective_fichierPDF_def-ebook-aceso-uneaventurecollective.pdf

Agence nationale d'appui à la performance (ANAP). (2017). Synchroniser les temps médicaux et non médicaux auprès du patient hospitalisé Démarche méthodologique - version 2; <file:///C:/Users/3231170/Downloads/guide-ANAP.pdf>

Agence Régionale de Santé Ile-de-France (ARS-IDF). (2019). ARRÊTÉ DIRNOV-2019/13 relatif au projet d'expérimentation PARCOURS DES PATIENTS INSUFFISANTS CARDIAQUES SEVERES, Cahier des charges, publié au JO le 30 décembre 2019, https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/CECICS_idf_arrete.pdf

Agence Régionale de Santé Ile-de-France (ARS-IDF). (2024). ARRETE DIRNOV-2024/09 relatif à l'ouverture d'une période transitoire de l'innovation "parcours des patients insuffisants cardiaques sévères" en Ile-de-France. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/CECICS-arrete_et_cdc_pour_le_sas-raa_du_29.03_24.pdf

Assurance maladie. (2022), ameli.fr, 21 septembre 2022, <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/insuffisance-cardiaque/definition-causes>

Assurance maladie. (2022), ameli.fr, 13 juillet 2022, <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2022-07-13-CP-rapport-charges-et-produits-pour-2023.pdf>

Assurance maladie. (2022), ameli.fr, 14 novembre 2022, <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/presse/2022-11-14-cp-article-51>

Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP). (2022). Communiqué de presse du 13/12/2022 : <https://www.aphp.fr/contenu/30-leviers-pour-agir-ensemble-lap-hp-devoile-son-plan-dactions>

Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP). (2023). *Les 30 leviers pour agir ensemble à l'AP-HP* <https://www.aphp.fr/actualite/30-leviers-pour-agir-ensemble-le-plan-dactions-de-lap-hp-pour-les-mois-venir> ;

ATEMIS, Du Tertre. (2005). Performance, du modèle industriel néo-taylorien au modèle serviciel : <https://atemis-lir.fr/wp-content/uploads/2016/03/2modelesdeperformance.pdf>

Cardio-online. (2023) Société Française de Cardiologie, lundi 11 décembre 2023, *LIFE-HF : prédire l'espérance de vie et le bénéfice du traitement de l'insuffisance cardiaque à l'échelle individuelle* : <https://www.cardio-online.fr/Actualites/A-la-une/ESC-2022/LIFE-HF-predire-esperance-de-vie-et-benefice-traitement-insuffisance-cardiaque-echelle-individuelle>

Cardio-online. (2023) Société Française de Cardiologie, mardi 12 septembre 2023, <https://www.cardio-online.fr/Videos/Les-Entretiens/2023/ESC-2023/Nouvelles-recommandations-patients-insuffisants-cardiaques>

Code de la santé publique, partie législative, quatrième partie, livre préliminaire, titre premier : coopération entre professionnels de santé, chapitre Ier : protocole de coopération, https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006155053/, consulté le 15/06/2024

Comité Technique de l'Innovation en Santé (CTIS). (2019). Avis du Comité technique de l'innovation en santé sur le projet d'expérimentation « Parcours des patients insuffisants cardiaques sévères » Séance du 27 décembre 2019, consulté le 15/06/2024 https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/CECICS_idf_avis_comite_technique.pdf

Dejours, C. (2012, 14 mars). *Souffrance au travail, une question d'organisation*. [Conférence]. Invité par Daniel Gautheret, Cercle Condorcet de Bourg-en-Bresse, à Péronnas. <https://www.youtube.com/watch?v=IbMoqjHPmNg>

ERES. (2010). Blog « Entretien avec », Dominique LHUILIER et Yves CLOT, le 1 janv. 2010, <https://www.editions-eres.com/motauteur/29/dominique-lhuillier-et-yves-clot>

Géronto News. (2023). apm international, *Le dispositif "article 51" arrive "à quasi-saturation" de ses capacités*, article du 27/10/2023 de Marion-Jeanne Lefebvre, consulté le 15/06/2024, https://www.gerontonews.com/le-dispositif-article-51-arrive-a-quasi-saturation-de-ses-capacites-NS_CZ2S355Z5.html

Groupe Insuffisance Cardiaque et Cardiomyopathie (GICC). (2021). Livre blanc « Plaidoyer pour une prise en charge de l'insuffisance cardiaque et des cardiomyopathies », <https://www.scardio.fr/publication/livre-blanc-plaidoyer-pour-une-prise-en-charge-de-linsuffisance-cardiaque-et-des-cardiomyopathies>

HAS. (2018). Haute Autorité de Santé, présentation générale, Santé globale, bien-être et promotion de la santé : les définitions retenues https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/presentation_generale_rbp_sante_mineurs_jeunes_majeurs.pdf

HAS. (2024). Haute Autorité de Santé, position paper du 13 mars 2024 https://www.has-sante.fr/jcms/p_3500091/fr/accellerer-les-cooperations-et-les-partages-de-taches-entre-professionnels-de-sante

INVS. (2014) Bulletin épidémiologique hebdomadaire, N° 21-22 - 8 juillet 2014, Santé Publique France, https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2014/21-22/2014_21-22_3.html

IRDES. (2021). Morize Noémie, Bourgeois Isabelle, Fournier Cécile, Question d'économie de la santé, n° 261 - Septembre 2021, Renouveler l'action publique en santé : un article (51) pour expérimenter avec les organisations de santé <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/261-renouveler-l-action-publique-en-sante-un-article-51-pour-experimenter-avec-les-organisations-de-sante.pdf>

Lafont, S. (2021). 22 mars 2021. Consulté le 15/06/2024. <https://www.agence-deklic.com/blog/articles/de-l-importance-de-distinguer-changement-et-transition>

Légifrance (2009). LOI HPST n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. NOR : SASX0822640L, JORF n°0167 du 22 juillet 2009,
• Article 51 : https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/SASX0822640L/jo/article_51
• Article 78 : https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/JORFARTI000020879771/

Légifrance (2017). Article 55, II, LOI n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, version du 31/12/2017 <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000036339090/>

Légifrance (2017). LOI n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 (1), NOR : CPAX1725580L, JORF n°0305 du 31 décembre 2017, article 51, https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000036339172

Légifrance (2018). Arrêté du 30 janvier 2018 fixant les priorités nationales en matière de protocoles de coopération, NOR : SSAS1802687A. JORF n°0028 du 3 février 2018. ELI : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2018/1/30/SSAS1802687A/jo/texte>.

Légifrance (2019). Arrêté du 27 décembre 2019 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée, avec ou sans télémedecine, des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un infirmier » NOR : SSAH1936424A. JORF n°0303 du 31 décembre 2019. ELI : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2019/12/27/SSAH1936424A/jo/texte>

Ministère des solidarités et de la santé. (2018). Rapport au conseil stratégique de l'innovation en santé (CTIS), introduction, p5, https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_conseil_strategique_article51_081018.pdf

Ministère des solidarités et de la santé. (2021). Rapport au parlement du gouvernement pour les articles 51: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_parlement_article_51_2021.pdf

Ministère de la santé et de la prévention (2023). Rapport au parlement 2023 sur les expérimentations innovantes en santé, https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_au_parlement_article_51_2023.pdf

Ministère de la santé et de la prévention (2024). Rapport final - CECICS – 2024, Expérimentation Art51 CECICS, V3.0 22 janvier 2024, réalisé par la société Cemka, sous le pilotage de la cellule d'évaluation Article 51, https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_final_evaluation_CECICS_iexp_ic.pdf

UODC. (2020). Martin Richer, directeur de management et RSE : concept de coopération sur la boucle confiance-autonomie-implication ; Vidéo complète n°257. Amphi débat du 23/06/2020. Date d'édition : 04/09/2020. Durée : 1:05:34. Programmation et animation : Jean Besançon, directeur de l'Uodc. <https://www.uodc.fr/travail/contenu-video/confiance-autonomie-implication-au-travail>

UODC. (2022). Norbert Alter, sociologue des organisations : concepts de coopération sur la boucle de Mauss donner-recevoir-rendre ; Vidéo complète n°282. Amphi débat du 19/04/2022. Date d'édition : 07/06/2022. Durée : 1:10:27. Programmation et animation : Jean Besançon, directeur de l'Uodc. <https://www.uodc.fr/collectifs/video/cooperer-donner-recevoir-et-rendre>

UODC (2023). Claude Champagne le co-développement ; Vidéo complète n°295. Amphi débat du 21/03/2023. Date d'édition : 01/06/2023. Durée : 1:00:19. Programmation et animation : Jean Besançon, directeur de l'Uodc. <https://www.uodc.fr/conseil/contenu-video/ce-que-le-codeveloppement-peut-apporter-dans-une-organisation?>

UODC (2024). Dominique Desjeux, socio-anthropologue, professeur émérite à la Sorbonne (Université de Paris), Comment faire travailler ensemble des personnes dans une organisation ? Amphi débat du 28/03/2024. Date d'édition : non publié à date.

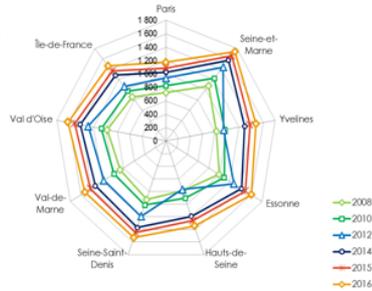
ANNEXES

Annexe 1_Infographies des données épidémiologiques et protocole de coopération	1
Annexe 2_Réglementation article 51	2
Annexe 3_Cartographies	4
Annexe 4_Extrait de la fiche de poste chef de projet art51-CECICS	5
Annexe 5_Premier mail de contact	8
Annexe 6a_Extrait du premier rapport annuel (Mars 2021)	9
Annexe 6b_Extrait du dernier rapport annuel (Février 2024)	10
Annexe 7_Recette pour une CECICS	12
Annexe 8a_Chronogramme d'activité d'une matinée d'Ispic	13
Annexe 8b_Extrait d'analyse du travail d'une Ispic, entretien avec un cardiologue	14
Annexe 9a_Situations significatives de la cheffe de projet	16
Annexe 9b_Cas concrets détaillés de deux situations significatives	17

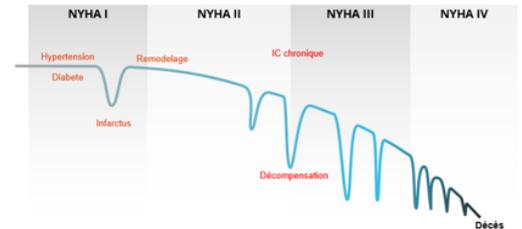
L'Insuffisance Cardiaque Chronique - Epidémiologie

Tuppin et al. Arch Cardiovasc Dis 2014

**+ 25%
en 4 ans**

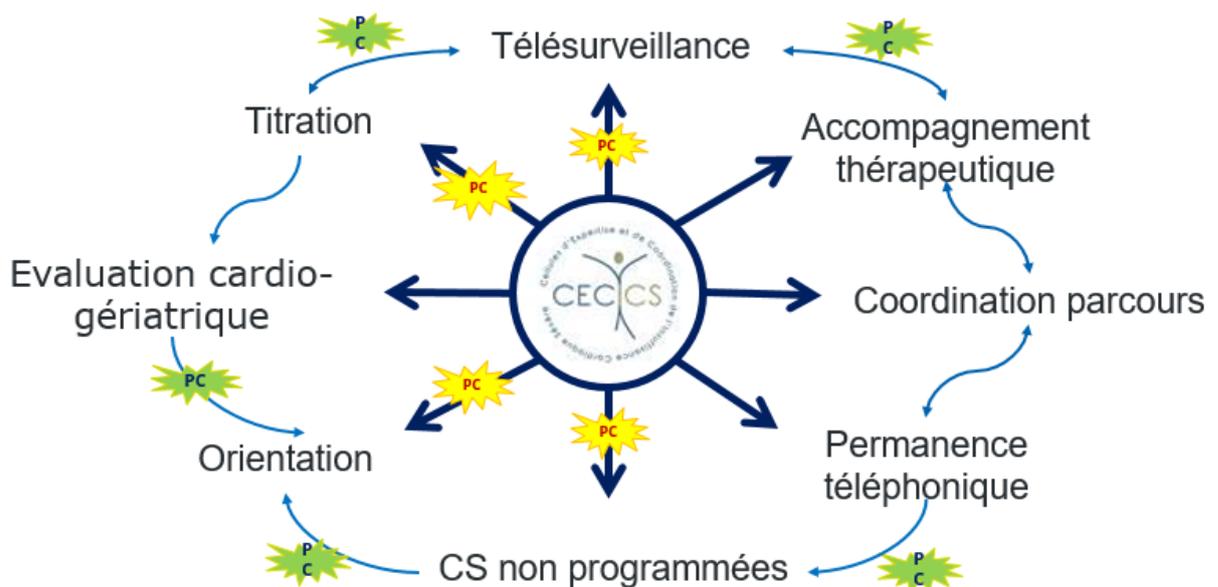


☐ **2,3% de la population adulte française souffre d'IC soit 1,5 millions de personnes**



Coût annuel d'un patient IC Chronique : 2060 euros
Coût annuel d'un patient IC aiguë : 8050 euros
Source CPAM 2019

- ☐ Maladie chronique = aggravation progressive faite d'une succession de décompensations et stabilisations
- ☐ **10% sévères non stabilisés** => 25% réhospitalisation à 3 mois, 45% à 1 an et 29% de décès
- ☐ **165 000 hospitalisations** chaque année => 1 750 000 journées d'hospitalisations pour IC



ANNEXE 2_REGLEMENTATION ARTICLE 51

Article 51 (LFSS 2017 pour 2018)

LOI n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 (1) -
NOR : CPAX1725580L

ELI : https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2017/12/30/CPAX1725580L/jo/article_51

Alias : https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2017/12/30/2017-1836/jo/article_51

JORF n°0305 du 31 décembre 2017

QUATRIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2018
(Articles 36 à 78)

Titre IV : DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE MALADIE (Articles 49 à 75)

Chapitre II : Promouvoir l'innovation en santé (Articles 51 à 56)

Article 51 - =>Article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale (CSS) :

« Des expérimentations dérogatoires à au moins une des dispositions mentionnées au II peuvent être mises en œuvre, pour une durée qui ne peut excéder cinq ans. **Ces expérimentations ont l'un ou l'autre des buts suivants :**

« 1° **Permettre l'émergence d'organisations innovantes dans les secteurs sanitaire et médico-social** concourant à l'amélioration de la prise en charge et du parcours des patients, de l'efficacité du système de santé et de l'accès aux soins, en visant à :

« a) Optimiser par une meilleure coordination le parcours de santé ainsi que la pertinence et la qualité de la prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale ;

« b) Organiser pour une séquence de soins la prise en charge des patients ;

« c) Développer les modes d'exercice coordonné en participant à la structuration des soins ambulatoires ;

« d) Favoriser la présence de professionnels de santé dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins ;

« 2° **Améliorer la pertinence de la prise en charge par l'assurance maladie des médicaments** ou des produits (...) et la qualité des prescriptions, en modifiant : a) Les conditions de prise en charge des médicaments et des produits et prestations associées onéreux (...), à la motivation et à l'impact de la prescription et de l'utilisation de ces médicaments, produits et prestations associées ; b) Les modalités de rémunération, les dispositions prévoyant des mesures incitatives ou de modulation concernant les professionnels de santé ou les établissements de santé, ainsi que des mesures d'organisation dans l'objectif de promouvoir un recours pertinent aux médicaments et aux produits et prestations associées ;

« II.-(...) **il peut être dérogé** en tant que de besoin :

« 1° Aux dispositions suivantes : a) Les règles de facturation, de tarification et de remboursement (...); b) paiement direct des honoraires par le malade ; c) frais couverts par l'assurance maladie ; d) participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations ; e) prise en charge par l'assurance maladie ;

« 2° (...) lorsque cette dérogation est indispensable à la mise en œuvre de l'expérimentation et sous réserve, de l'avis de la HAS : a) les règles relatives au partage d'honoraires entre professionnels de santé ; b) limite les missions des établissements de santé, afin de leur permettre de proposer à leurs patients une prestation d'hébergement temporaire non médicalisé, en amont ou en aval de leur hospitalisation, le cas échéant en déléguant cette prestation ; c) permettre que soit accordée une autorisation d'activité de soins et d'équipements matériels lourds à des groupements constitués soit d'établissements de santé, soit de professionnels de santé, soit de ces deux ensembles ; d) permettre l'intervention des prestataires de service et distributeurs de matériels pour dispenser à domicile des dialysats, sous la responsabilité d'un pharmacien;

« 3° Aux règles de tarification applicables aux établissements :

« III.-**Les expérimentations à dimension nationale sont autorisées après avis de la HAS**, par arrêté ministériel ; Les expérimentations à dimension régionale sont autorisées après avis conforme de la HAS, par arrêté des directeurs généraux des ARS.

« **Un conseil stratégique**, institué au niveau national, est chargé de formuler des propositions sur les innovations dans le système de santé. Il est associé au suivi des expérimentations et formule un avis en vue de leur éventuelle généralisation.

« **Un comité technique** composé de représentants de l'assurance maladie, des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé et des agences régionales de santé émet un avis sur ces expérimentations, leur mode de financement ainsi que leurs modalités d'évaluation et détermine leur champ d'application territorial.

« Le comité technique saisit pour avis la HAS des projets d'expérimentation comportant des dérogations à des dispositions du code de la santé publique relatives à l'organisation ou la dispensation des soins. Un décret en Conseil d'Etat précise la liste des dispositions auxquelles il ne peut être dérogé qu'après avis de la HAS et le délai dans lequel son avis est rendu. (...)

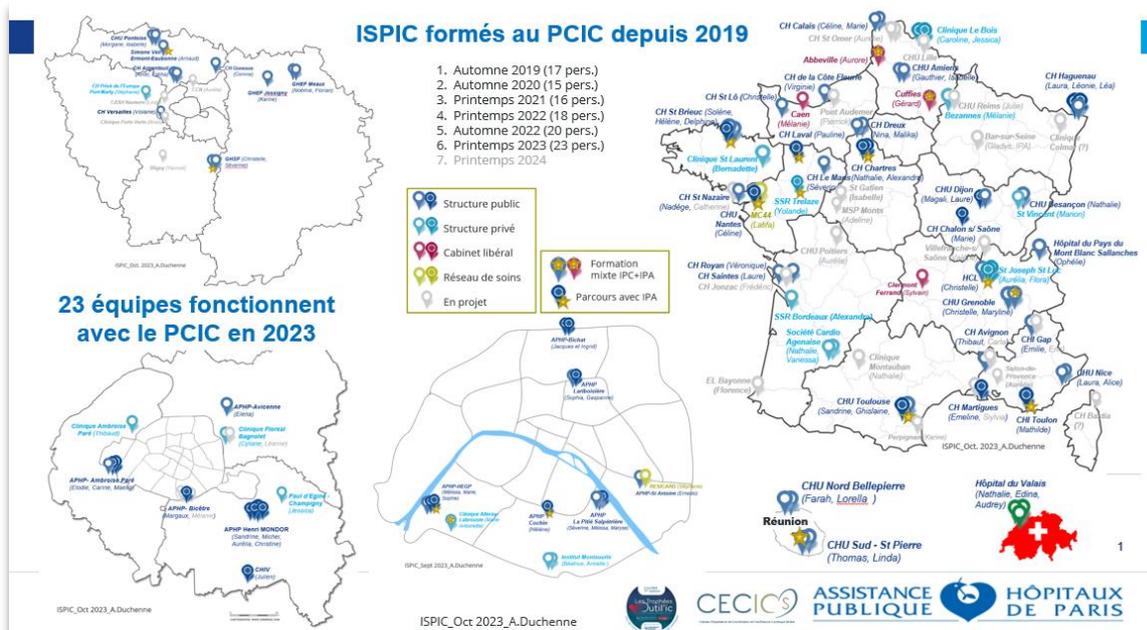
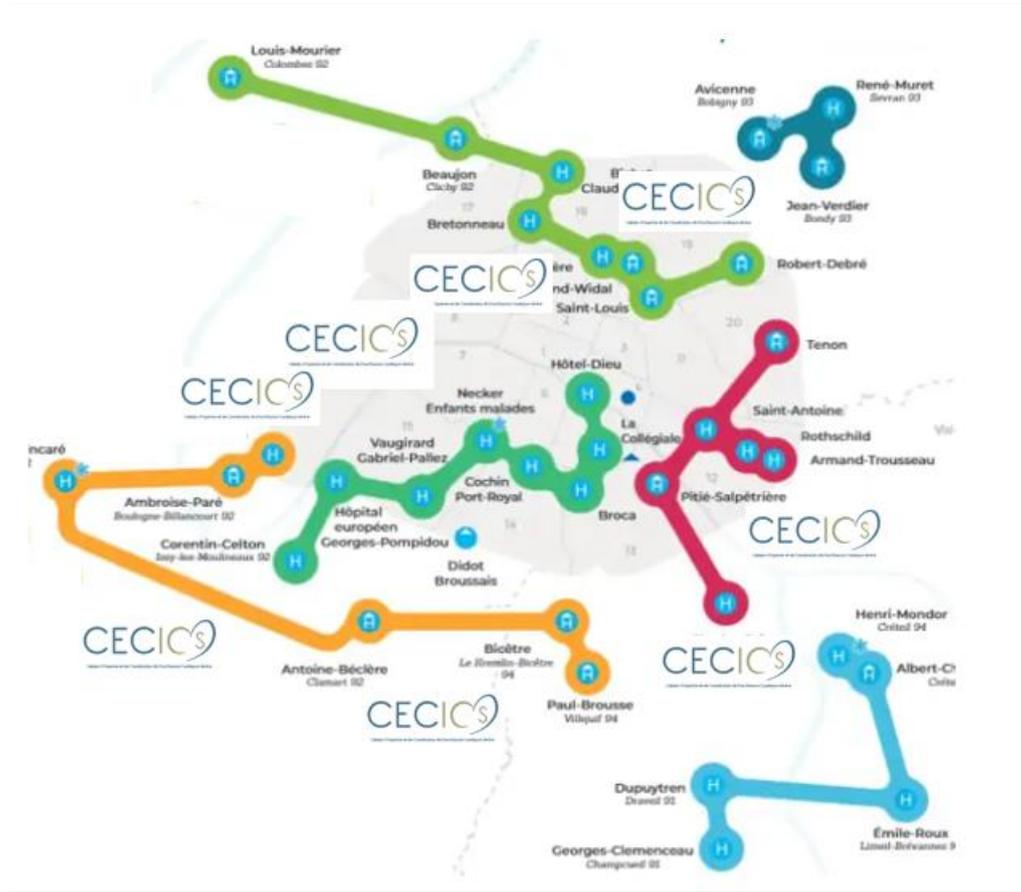
« IV.-**Les professionnels intervenant dans le cadre d'une expérimentation art51 sont réputés appartenir à des équipes de soins**, au sens de l'article L. 1110-12 du code de la santé publique.

« Les personnes chargées de l'évaluation des expérimentations ont accès aux données individuelles non nominatives (...) dans le respect des conditions (...), sous réserve d'adaptations établies en Conseil d'Etat.

« V.-Sans préjudice des règles de financement prévues au titre VI du livre Ier du présent code ou des missions du fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique, le financement de tout ou partie des expérimentations peut être assuré par un **fonds pour l'innovation du système de santé, géré par la Caisse nationale d'assurance maladie**. ; (...) **Les ressources du fonds** sont constituées par une dotation de la branche maladie, maternité, invalidité et décès du régime général, dont le montant est fixé chaque année (...). **L'évaluation** des expérimentations régies par le présent article est financée par le fonds pour l'innovation du système de santé.

« VI.-Le Gouvernement présente chaque année au Parlement un état des lieux des expérimentations en cours et lui remet, au plus tard un an après la fin de chaque expérimentation, le rapport d'évaluation la concernant. »

ANNEXE 3_CARTOGRAPHIES



ANNEXE 4_EXTRAIT DE LA FICHE DE POSTE CHEF DE PROJET ART51-CECICS

PRESENTATION DU PROJET « Article 51 : Parcours des insuffisants cardiaques sévères »

L'objectif du projet est d'améliorer la survie et de diminuer les hospitalisations de patients insuffisants cardiaques sévères par l'optimisation de leur suivi et de leur traitement. Il s'agit de mettre en place, pour les malades les plus graves, une nouvelle organisation comportant :

- la structuration d'une cellule d'expertise et de coordination pour l'insuffisance cardiaque sévère (CECICS), dispositif coopératif, pluri professionnel (cardiologues et infirmiers spécialisés dans l'insuffisance cardiaque) assurant la coordination, la télésurveillance et l'optimisation thérapeutique par transfert de compétence (protocole de coopération autorisé par arrêté national du 27 décembre 2019 par le ministère des solidarités et de la santé).

- la mise en œuvre de différents modules de prise en charge visant à lever les principales difficultés actuelles de prise en charge, en fonction des besoins de chaque patient, en appui du suivi réalisé par les médecins de ville (traitants et cardiologues) s'ils le jugent nécessaire.

- Module 1 : Télésurveillance avec accompagnement thérapeutique proposée par la CECICS.
- Module 2 : Optimisation du traitement de fond des patients le nécessitant avec des consultations rapprochées de titration des médicaments incluant un temps d'éducation thérapeutique à chaque consultation.
- Module 3 : Réalisation, en cas de besoin, de consultations non programmées pour éviter le passage SAU par la CECICS.
- Module 4 : Identification de la fragilité gériatrique par la CECICS, puis orientation et prise en charge spécialisée
- Module 5 : Hospitalisation au domicile en substitution à l'hospitalisation classique si possible pour les patients nécessitant des traitements diurétiques intraveineux à forte dose.
- Module 6 : Télé suivi des prothèses rythmiques implantées selon le cahier des charges ETAPES

- le développement du maillage territorial avec les acteurs hospitaliers, selon les territoires GHT/ESPIC/HIA/FINC 94...

- le développement de la coopération avec la médecine de ville au fur et à mesure de la structuration territoriale notamment via les CPTS et les dispositifs d'appui à la coordination (DAC).

DELAI de REALISATION : 4 ans

SITES CONCERNES : Le projet est mis en œuvre par 9 hôpitaux de 5 des 6 GHU de l'AP-HP:

- AP-HP Centre – Université de Paris, dans le DMU CARTE impliquant les sites de l'HEGP, et de l'hôpital Cochin
- AP-HP Nord – Université de Paris, impliquant l'hôpital Lariboisière et l'hôpital Bichat
- APHP. Hôpitaux Universitaire Henri-Mondor, dans le DMU Médecine, sur le site de l'hôpital Henri Mondor
- AP-HP. Sorbonne Université, dans le DMU ARCHIMEDE, impliquant les sites de la Pitié-Salpêtrière et de Saint-Antoine
- AP-HP. Université Paris Saclay, dans le DMU CORREVE, impliquant les sites de Bicêtre et d'Ambroise-Paré

LIAISONS

Liaison administrative de proximité : Direction en charge des Usagers, de la gestion des Risques et de la Qualité du GHU APHP. Hôpitaux Universitaires Henri-Mondor

Liaison hiérarchique : le coordinateur du projet à la Direction de la Stratégie et de la transformation (DST) de l'AP-HP et les 3 porteurs scientifiques

LIAISONS FONCTIONNELLES et PERSONNES RESSOURCES :

COPIL du projet,
Autres directions du siège,

Equipes de terrain des 9 hôpitaux pour la conduite de projet, la mise en œuvre, les audits et le bilan d'activité : Médecins délégués, Infirmiers délégués, Cadres référents, et direction
Partenaires de santé extra hospitaliers pour la continuité des prestations (DAC...)
Fournisseurs externes de matériels pour la veille technique et le choix des moyens

MISSIONS

La mission principale du chef de projet est de coordonner la mise en œuvre, dans les 9 sites de l'AP-HP impliqués, du cahier des charges du projet.

Le chef de projet :

- o Assure la gestion de ce projet multi sites : les missions sont exercées tel que mentionné dans le cahier des charges
- o Etablit la feuille de route du déploiement du projet
- o Aide au montage des CECICS de chaque GHU avec adaptation aux situations locales
- o Coordonne les différentes équipes IDEC, suivi des IDEC, harmonisation des pratiques,
- o S'implique dans la coordination avec les partenaires de la ville
- o Organise les COPIL et autres comités de la gouvernance du projet
- o Il assure l'encadrement d'un puis de deux chargés de missions qui auront pour activité de :
 - o Suivre l'avancement opérationnel du projet,
 - o Accompagner le déploiement de l'outil de suivi des patients
 - o Assurer le contrôle qualité longitudinal et transversal des données
 - o Réaliser le secrétariat de la gestion de projet : planification des réunions, convocation, comptes rendus...
 - o Structurer le reportage pour les tutelles, pour le financement...

Le 2^{ème} poste pour les années 3 et 4, permettra particulièrement d'organiser et structurer les liens avec la ville pour la prise en charge de la troisième catégorie de patients en situation d'aggravation rapide et n'ayant pas été encore hospitalisés.

ACTIVITES

Le chef de projet sera amené à se déplacer dans les différents sites participants au projet, en fonction des besoins identifiés. Par souci d'efficacité il saura aussi exercer ses missions à distance en utilisant les différents canaux de communication accessibles et appropriés aux situations.

Activités d'information :

- Assurer l'information des équipes aux différentes étapes du projet
- Aider les équipes locales à la mise en place d'actions de sensibilisation au projet
- Établir et maintenir une documentation liée au projet
- Définir le calendrier prévisionnel de déploiement, planifier le déploiement et la mise en œuvre avec les 3 porteurs scientifiques et le coordinateur DST
- Veiller au respect du cahier des charges,
- Préparer les COPIL en lien avec le coordinateur DST et les porteurs scientifiques

Activités liées à la qualité de prise en charge du parcours patient :

- Accompagner les équipes de chaque GHU dans la mise en place des CECIS : aider et veiller à la mise en place des parcours de soin/organisation, du protocole de coopération selon les critères définis
- Proposer un accompagnement des équipes, pour la gestion des réclamations des personnes impliquées et/ou impactées par le projet;
- Informer le COPIL des difficultés constatées, proposer des mesures à prendre pour y remédier

Activités de reporting/ suivi de données et traçabilité :

- Assurer avec l'assistance d'un chargé de mission, le recueil et le traitement des données nécessaires pour le suivi du projet (files actives, modules engagés, alertes, traçabilité des actions), la facturation sur la plateforme assurance maladie (données médico-administratives et critères de gravité)
- Faire toute recommandation au COPIL et présenter des demandes d'arbitrage
- Coordonner l'élaboration du bilan annuel des activités

COMPETENCES REQUISES

SAVOIR FAIRE REQUIS

- ✓ Concevoir, piloter et évaluer un projet / un processus
- ✓ Concevoir, formaliser et adapter des procédures / protocoles / modes opératoires / consignes
- ✓ Analyser / évaluer une situation - Formaliser un diagnostic de situation
- ✓ Synthétiser des informations ; Rédiger et mettre en forme des notes, documents et /ou rapports
- ✓ Conseiller des équipes opérationnelles dans le cadre d'un projet
- ✓ Travailler en équipe pluridisciplinaire / en réseau
- ✓ Analyser des données, piloter des tableaux de bord- Réaliser un bilan annuel d'activité

CONNAISSANCES ASSOCIEES

- ✓ Maitrise du projet Art 51 : objectifs du projet, cahier des charges, et modalité
- ✓ Organiser et coordonner des interventions soignantes
- ✓ Piloter, animer / communiquer, motiver une ou plusieurs équipes
- ✓ Animer une réunion
- ✓ Utiliser les outils bureautiques (Word, Excel, PowerPoint) et les logiciels métiers : ORBIS; GILDA ; Trajectoire...

PRE-REQUIS

Diplôme : cadre de santé e/o master en management, gestion de projet

Expérience : en management, gestion de projet, gestion d'équipe

Savoir-être, Qualités personnelles / Aptitudes professionnelles / Qualités professionnelles indispensables :

- ✓ Esprit d'équipe et de collaboration
- ✓ Rigueur et sens de l'organisation
- ✓ Capacité d'anticipation, d'initiative et de décision
- ✓ Capacité à identifier les alertes et à les remonter

ANNEXE 5_PREMIER MAIL DE CONTACT

De : DUCHENNE Armelle **Envoyé :** lundi 12 octobre 2020 16:42

À : PUPH, infirmiers en cours de formation (que je connaissais tous parce que animant la formation) et cardiologue délégués connus – Aucun cadre en premier appel car aucun nom ne m'avait été transmis

Objet : 1^{ère} Rencontre avec chef de projet Art51-CECICS

Bonjour équipe CECICS de Sorbonne Université,

Comme convenu suite au COPIL de ce lundi 5 octobre, je commence dès cette semaine à rencontrer chacun des acteurs impliqués dans le projet Art51- Parcours des patients IC sévères, autrement dit chacune des « équipes CECICS ».

Pour certains nous nous sommes aperçus lors des visio-conférences de présentation de début d'été, d'autres, en d'autres occasions.

Nous restons dans un contexte complexe avec la COVID mais tenant compte que nous ne devrions pas être trop nombreux et que de mon côté je serais seule je pense pouvoir me permettre de venir vers vous pour vous rencontrer au lieu de votre choix.

Par ailleurs, je suis en cours de constitution d'un « Annuaire CECICS ».

Je repars des données croisées entre les 1^{ères} fiches remplies et les informations transmises en juin-juillet lors des visio-conférences de présentation.

Pouvez-vous transférer ce mail aux autres personnes impliquées dans votre équipe en me mettant en copie s'il vous plaît ?

Médecin et cadre supérieur et/ou cadre(s) de santé référents, futurs médecin(s) délégué(s), futur(s) IDE délégué(s)...

Je pourrais ainsi récupérer les coordonnées de chacun et réajuster au plus vite pour les futures correspondances.

Objectifs de cette première rencontre :

- Prendre contact : se présenter réciproquement, découvrir vos environnements de travail et définir nos modalités de communication
- Questions/réponses sur la base du projet selon vos besoins, vous montrer l'outil SI par exemple ou tout autre sujet...
- Etat d'avancement de la CECICS / ajustement de la feuille de route à votre CECICS
- Questions diverses

Propositions de dates : [11 dates proposées entre mi-octobre et mi-novembre]

Durée à prévoir : je m'adapterais à votre temporalité, dans une fourchette raisonnable de 45min à 2h.

Je vous souhaite une excellente fin de semaine à tous,

Bien cordialement »

Annexe 1_Animation d'équipes

- ✓ 67 rencontres ont été réalisés entre cheffe de projet et équipe opérationnelle CECICS en présentiel ou visio-conférence, et un calendrier a été mis en place au cours de l'été 2021, tel que :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
1er du mois		HMN (14h30-16h30)	DST (9h-10h)	CCH (11h-12h30)	Point éq./3sem 8h30
2e du mois		LRB (12h30-14h)	DST (9h-10h)		PSL /3sem (14h-15h30)
3e du mois		HMN (14h30-16h30)	DST (9h-10h)	APR (13h-14h30)	
4e du mois	BCH (15h-16h30)	HEGP (14h30-16h)	DST (9h-10h)	Saclay (1 fois/trim)	

1- Nombre de professionnels par centres participants à l'expérimentation et nombre d'infirmiers formés

Situation Année 2	Nb cardiologues (délégués ou futurs délégués)	Nb IDE identifiés (délégués ou futurs délégués)	Formation théorique PCIC (au plus tard juin 2020)	Obtention du DIU IC (au plus tard juin 2020)	Formation pratique >50%	Nb d'ETP infirmier dédié CECICS	Adhésion au Protocole de coopération IC
	7	4	3	3	3	3	1 CECICS
	8	4	4	3	3	2	2 CECICS
	8	3	3	2	1	0,5	1 CECICS
	3	4	4	3	1	0	démarche en cours
	12	4	3	1	0	0	juin-22
Total Année N	38	19	17	12	8	5,5	4 ->5

ANNEXE 6B_EXTRAIT DU DERNIER RAPPORT ANNUEL (FEVRIER 2024)

« Faits Marquants » - 4-Les CECICS une organisation médico-soignante installées, p20

A l'issu de cette dernière année d'expérimentation, plusieurs composantes de l'ordre de l'expérience ont été mises en lumière. Elles ont pu être partagées lors d'une journée permettant de réunir le 8 décembre 2023, l'ensemble des équipes impliquées, les référents institutionnels (coopération, ville-hôpital, télémedecine) et les directions du siège, y compris le Directeur Général, pour la première fois en présentiel.

A. Les exigences du modèle CECICS dues au cahier des charges (critères, modules) n'empêche pas une adaptation aux organisations locales et autres projets connexes ni de l'établissement, ni de l'équipe, ni du territoire. Ils se potentialisent par complémentarité.

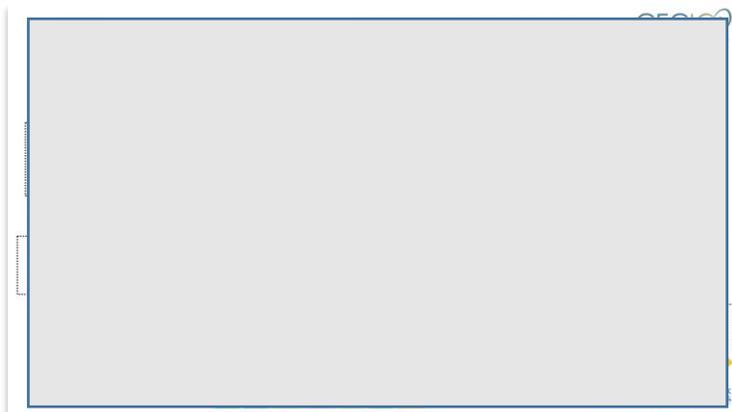


Figure 4: Infographie des caractéristiques organisationnelles existantes autour des CECICS

B. La fluidité de la mécanique du protocole de coopération entre délégant et délégué s'acquiert avec le temps : ce n'est « ni long, pénible et fastidieux ; ni rapide, facile et sans effort », et cela est facilité par le soutien et l'éclairage managérial.

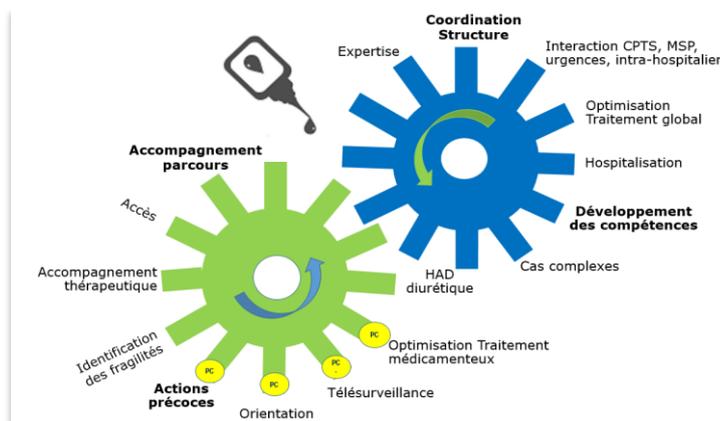


Figure 5: Schéma de la mécanique engagée entre cardio délégant et infirmier délégué dans une CECICS

C. Cette pratique engendre le développement de nouvelles compétences et savoir-faire intégrés dans de nouvelles manières de prendre soins. Cela, à la fois individuellement avec professionnalisation / nouveau métier et collectivement avec un relai dans les prises de décision et un co-développement d'une prise en charge médico-soignante prenant acte des distances et des temporalité (temps long mais limité).

Attendu 2 : Améliorer la satisfaction et la qualité de vie des patients

Propos d'un patient au cardiologue en fin de suivi par une CECICS APHP

« Dr... puis-je continuer d'être suivi par la CECICS ?
C'est la première fois que j'ai l'impression d'être soigné à l'hôpital »

Attendu 3 : Améliorer la coordination ville-hôpital

Dr. Dr XXXX (cardiologue traitant)
E-mail : xxx@hopital-xxx.fr
A. XXXX (GIE de la CECIC)
Objet : Rq. Suivi en téléconsultation de la décompensation cardiaque de M. XXXX

Mais quelle réactivité et quelle organisation ! heureusement que vous faites désormais le pont entre les médecins de ville et ces médecins spécialistes "intouchables"...

Mais avec quel talent...
Merci de votre diligence,
Cordialement
Dr G.

Ville-hôpital
⇒ 241 IDEL correspondantes
⇒ Circuit DAC pour 9 patients

Bonjour [infirmier],
Merci beaucoup pour votre CR de consultation concernant Mr xxx. Je comprends que l'adaptation de ses traitements n'est pas encore parfaite, je repousse donc son examen. Je vais toutefois contacter les gastro-entérologues pour connaître la véritable urgence de ce geste (et le risque, éventuellement carcinologique) que nous prenons à attendre. Si j'ai bien compris, sa prochaine ETT ne sera qu'en Mars avec vous ? Y aurait il une possibilité de réaliser cet examen avant Mars, si la coloscopie relevait d'un caractère urgent ?
Merci d'avance pour votre aide,
Dr xxx
Anesthésiste d'un autre hôpital

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

Figure 6: Témoignages des relations patient-ville-hôpital, suite à une prise en charge CECICS

D. Un mouvement positif observé dans le positionnement de chacun au regard de la gestion de projet, avec une évolution du taux de participation des paramédicaux infirmier et cadres lors des comités projets et des plus jeunes docteurs



Devises des infirmiers : « se réunir est un début, rester ensemble est un progrès, et travailler ensemble est une réussite »

Synthèse des ateliers



Figure 7 : Ateliers retour d'expérience métier dans l'expérimentation article51-CECICS

E. Un principe de fonctionnement par catégorie de soins permet de s'adapter à la réalité des besoins de chaque patient au fil de son propre parcours, à la fois en terme de temps – besoin d'accompagnement, intégration de la maladie, prévention des risques de rupture de soins, ...) et en terme d'intensité (grande sévérité, insuffisance cardiaque réfractaire, etc.).

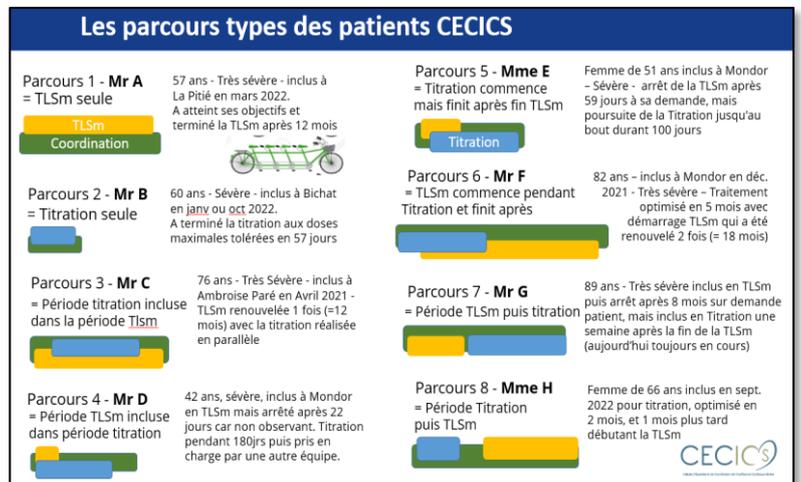


Figure 8 : Infographie des parcours type des CECICS (Nov.2023)

F. Développement des points de vigilance pour une gestion optimale de file active qui ne s'acquiert qu'avec l'expérience vécue : orienter les bons patients c'est-à-dire au regard de ce que le dispositif permet (limite clinique, d'exercice, de temps) ; s'attendre à, et anticiper, les pics de décompensations en période estivale et hivernale, programmer les consultations de titration dès l'inclusion sur la totalité du schéma prévisionnel, etc.

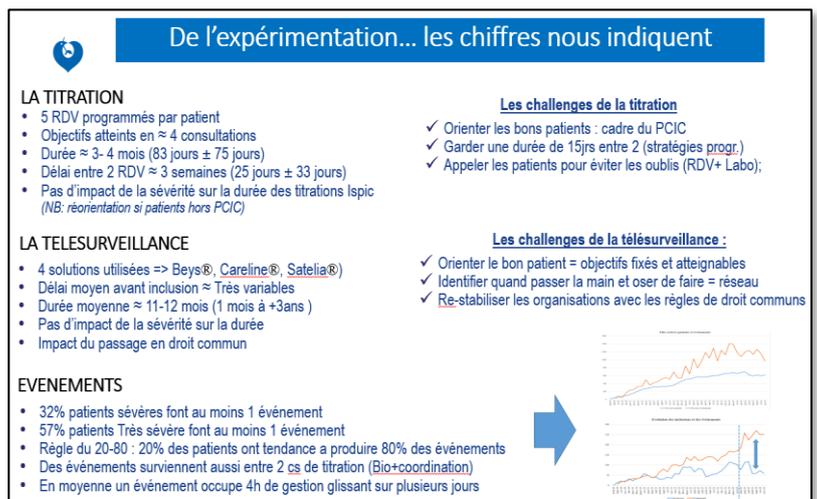


Figure 9 : Caractéristiques des 3 principaux modules CECICS_Déc.2023

Recette pour une CECIC(s)

Des ingrédients :

- 1 équipe médicale motivée
- 2 infirmières formées (Ispic)
- 1 tiers référent engagé
- 1 direction soutenant
- 1 bureau dédié et équipé : prévoir 1 moule à la taille du gâteau,
 - o Téléphone : ligne directe et ouverte sur 06, répondeur et casque
 - o PC double écran avec Son et webcam pour téléconsultation
 - o Imprimante-Scanner-Fax (fax paramétré numérisation automatique pour import facilité et économie de papier)
- 1 créneau de consultation identifié et box réservé dans les espaces habituels de consultation (½ jour/sem./ispic)
- Des accès informatiques spécifiques :
 - o DPI ouvert aux Ispic pour les documents médicaux (courrier + compte-rendu + ordonnance standard et bizone + prescription de transport)
 - o Accès ouvert aux plateforme web (TlSm++) et moteur de recherche (recherche de contact, adresses, etc.)
 - o Agenda dédié, accès autonome pour la programmation et convocation mentionnant les spécificités
 - o Création de 2 boites mail bien nommée au nom de l'équipe : 1 générique professionnel + 1 MS-santé
 - o Accès à une plateforme de téléconsultation
- Un circuit de facturation formalisé
- Un espace de réunion réservé au moins 1 fois/mois
- Une reconnaissance du travail invisible de la coordination

Les étapes :

Préparer son plan de travail :

- 1- S'asseoir 30 minutes pour une lecture conjointe du protocole de coopération (repérer les bornes des responsabilités de chacun et activités possibles)
- 2- Dimensionner l'activité selon les activités choisies (Titration + TlSm + CNP) : Si la totalité, suivre la proportion de 100 patients par infirmiers à temps complet (+/- 20 selon niveau d'instabilité)
- 3- Installer le(s) poste de travail, caler l'agenda de consultation et finaliser le compagnonnage (juxtaposable avec le parcours de formation théorique)
- 4- Choisir le prestataire de TlSm et se former
- 5- Réaliser les 2 déclarations auprès de l'ARS via la plateforme démarche simplifiée : Adhésion au protocole de coopération + Activité de TlSm
- 6- Identifier le parcours type le plus probable, communiquer avec les professionnels concernés et présenter les modalités pour faire une demande de Titration et/ou de TlSm.

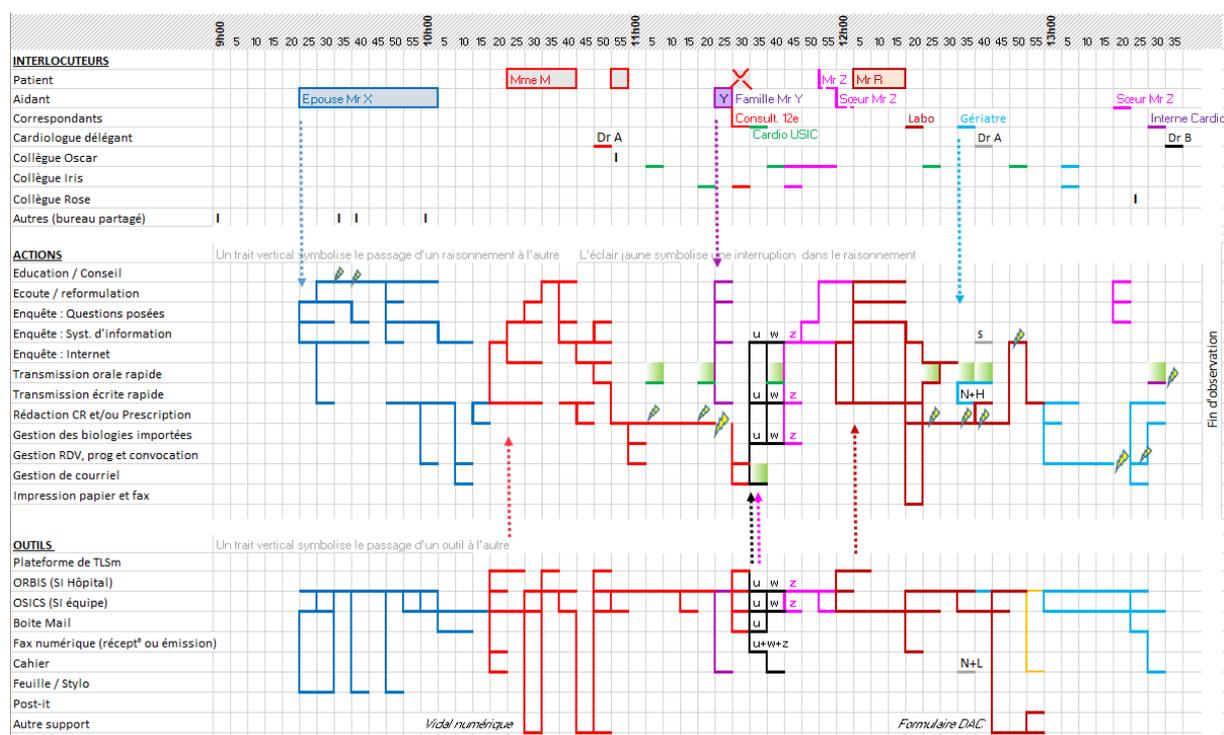
Débuter l'activité... selon le planning prévisionnel,

- 1- Repérer les patients (staff, etc.) et traiter les demandes (étude dossier, entretiens patient, etc.)
- 2- Inclure le patient dans le suivi : recueil du consentement, compte-rendu anamnèse/courrier, programmation et convocation si titration, inclusion administrative et atelier de prise en main de la solution si TlSm
- 3- Titration : ½ journée de consultation + ½ journée de préparation,
- 4- Traiter les événements : alertes de TlSm (gestion et suivis), appels reçus, biologies perturbées, action de suivi de coordination (appel de contrôle, visite au lit/suivi prescription de sortie d'hospitalisation, etc.)
- 5- Assurer le quick staff : point hebdo rapide déléguant/délégué (5 à 20min selon taille de la file active) : demande reçue/acceptée/refusée + prise en charge terminées/suite données

Pulser le rythme en équipe et déguster en coopération...

- ⇒ Revue mensuelle 1h avec le tiers référent : prolonger un quick staff hebdo avec temps de concertation de traitement de sujets de fond : débat et arbitrage d'équipe, rappel du cadre d'exercice, relance logistique ou administrative, plan de communication des circuits patients en interne et en externe, création/validation d'outil (texte type, formulaire...), etc.

ANNEXE 8A_ CHRONOGRAMME D'ACTIVITE D'UNE MATINEE D'ISPIC



9 buts ont été identifiés par l'analyse des situations explorées, observées et filmées. Des buts retrouvés dans toutes les activités de l'infirmière spécialisée en insuffisance cardiaque.

En regardant la fréquence de leur mobilisation comme moteur d'action, d'arbitrage ou de contrôle, l'hypothèse s'est affirmée d'une hiérarchie stable pour les 4 plus fréquents et mobilisés à l'identiques pour toutes les situations :

- A- Garder le contrôle de la situation, anticiper les difficultés
- B- Connaître le patient, comprendre les situations et apporter des réponses ajustées
- C- Sécuriser sa démarche : raisonnement et prise de décision
- D- Cultiver ses valeurs

Viennent les suivants dans une hiérarchie plus mobile au regard de la singularité des situations

- E- Travailler en coopération avec les autres acteurs autour du patient et potentialiser les efforts
- F- Assumer ses propres responsabilités
- G- Faciliter le processus de vérification a posteriori
- H- Préserver et développer son autonomie
- I- Comprendre et apprendre

Des invariants ont été repérables dans les catégories situés dans le chronogramme : les outils de travail utilisés, les catégories d'acteurs possiblement engagés et une combinaison d'actions quasi systématique dans les 4 champs : Dialogue (écoute/conseil) – Enquête – Transmission – Gestion.

ANNEXE 8B_ EXTRAIT D'ANALYSE DU TRAVAIL D'UNE ISPIC, ENTRETIEN AVEC UN CARDIOLOGUE

Des savoirs incorporés à différents degrés

Dans l'exercice d'explicitation, Fleur parvient à expliquer la plupart du temps la raison de ses choix et les manières de s'y prendre, surtout pour tout ce qui relève des actes liés directement à la délégation. Le besoin de contrôle est assez net. L'entretien semble aussi révéler l'opportunité pour elle de vérifier, par le canal réflexif de l'investigateur, la pertinence et la justesse de ses propos.

A noter que concernant les dimensions psycho-sociales du patient il est apparu qu'il était plus difficile d'atteindre l'entièreté des mécanismes de son raisonnement et de ses buts.

Le cardiologue quant à lui, explique très clairement sa méthode, les étapes qu'il suit pour préparer sa consultation, et ses buts sont verbalisés avec évidence et conviction. Il a plus de difficulté à raconter la manière de s'y prendre pour conduire ses raisonnements : « c'est comme ça » dit-il à plusieurs reprises. Et dans le même temps il apparaît dans le discours comme un doute non exprimable, une interrogation personnelle bien présente : « je sais que les autres ne font pas forcément pareil », « je ne sais pas comment font les autres ».

De la méthode et des techniques de travail

Pour les deux il apparaît avec certitude la nécessité d'une vision globale du patient, une phrase introductive extrêmement synthétique, comme une image nette de ce patient, autant que la recherche d'un élément particulier en souvenir propre à chacun d'eux qui permettra ensuite à tout moment de se rappeler de tous les autres souvenirs utiles au moment voulu. Tous comme des clés nécessaires et suffisantes pour être en mesure de raisonner, de faire les liens, permettront de décider de conduites à tenir au plus juste et à tout moment de sa prise en charge.

A chacun son identité professionnelle

Le cardiologue est confiant dans ses capacités de concentration, de mémoire et de décision. Il cherche à être efficace, juste à l'endroit où il est attendu, et rapide pour répondre à toutes les sollicitations.

L'Ispic cherche les sources de confusion possibles, elle cultive le doute dans une démarche d'enquête et remet en question chaque élément pour mieux les assurer. Elle cherche à comprendre la situation vécue par le patient dans toutes ses dimensions dans cette vision globale d'un état de santé « de complet bien-être physique, mental et social »⁶³.

Lui sait qu'il reprendra son raisonnement devant le patient comme devant son dossier à l'écran. Il se sait capable de décider dans l'immédiateté. Elle sait l'utilité d'écrire ses options et ses doutes pour ne pas oublier le fruit de ses enquêtes. Elle sait qu'elle ne pourra pas tout décider.

Des fonctions instituées qui marquent des postures

Avant une première consultation, le plus souvent, l'Ispic commence par un temps de rencontre avec le patient (à son chevet avant son retour à domicile ou au téléphone). Le cardiologue, lui, ne verra pas le patient. Le rendez-vous lui-même a été fixé par autrui. Il commence donc par une revue de dossier.

⁶³ Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, 1946

Il est amené à poser ou affiner un diagnostic. Elle est amenée à comprendre ce diagnostic. Le cardiologue fait des choix. L'Ispic fait des compromis.

Ainsi très volontairement le cardiologue débute sa préparation en ne cherchant surtout pas à comprendre l'objet de la consultation, mais à situer précisément chaque problème médical, et avec plus grande finesse encore bien sûr, tous ceux qui couvrent la fonction cardiaque. L'Ispic en revanche va commencer par situer le motif et le contexte de sa consultation. Cela sera sa porte d'entrée.

Entre chronos et kairos, le rapport au temps

Au-delà d'une réalité très matérielle du temps, au sens du chronos (le médecin verra 8 à 9 patients, l'Ispic en verra 5), une distinction assez nette apparaît au sens du kairos.

Le médecin verra des patients pour des raisons qui seront toutes ou presque bien différentes, il s'agira d'aller assez vite et droit au but. L'Ispic verra tous ses patients pour l'optimisation de leur traitement et leur accompagnement dans la maladie chronique. Elle se doit d'aller en profondeur des particularités de chaque patient, dans son propre rapport à sa maladie. Le médecin reverra le patient le plus souvent dans plusieurs mois, l'infirmière dans quelques semaines.

Le cardiologue se prépare à la rencontre. La consultation sera l'aboutissement d'une démarche. L'Ispic se prépare à la suite de l'enquête. La consultation sera une étape dans un parcours.

ANNEXE 9A_ SITUATIONS SIGNIFICATIVES DE LA CHEFFE DE PROJET

Situations	Explication du contenu	Éléments de contexte influents et finalités exprimées
Visite sur site = Point d'étape avec une équipe	<ul style="list-style-type: none"> • Préparer ce qui pourrait être des questions à l'ordre du jour : pour « être » et aussi « se montrer » efficace, se rafraîchir soi-même les idées, les spécificités de la situation propre à l'équipe • Rédiger un compte-rendu : préparé avant au mieux pour tenir un cadre pendant, être rapide après avec un rendu dans la semaine, pour trace pour soi-même. Pas toujours fait, ni rendu. Sans doute peu lu. Utilité non maximale mais fait ressource. • Relancer/vérifier les acteurs possiblement présents pour optimiser : qu'elle ne soit pas annulée, qu'un minimum d'acteur soient présents. • Ne pas compter son temps mais arriver à temps 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ En présentiel mais possible en visioconférence pour pallier à des contraintes de temps ou de déplacement et éviter une annulation et parvenir à « réunir » les différents acteurs de l'équipe, éviter des risques de morcellement. ⇒ Fréquence variable selon les équipes : capacité d'organisation pour libérer ces temps de rencontre, besoins ressentis, besoins identifiés, confiance en l'institution, en l'accompagnement, vision du projet, souhait d'indépendance, ... ⇒ Des repères : présence minimale d'un représentant de chaque fonction cardio déléguant, infirmier délégué et manager
Préparer une rencontre	<ul style="list-style-type: none"> • Trouver une date : être patient et persévérant ; tester plusieurs moyens d'y parvenir, user de stratégie • Situer s'il s'agit d'un objet co-construit, soumis ou peu défini selon si cela vise une productivité immédiate attendue ou un premier degré de co-naissance. • Formuler (si oral), voir formaliser (si mail, rappel agenda) l'objet de la rencontre • Définir un ou des objectifs selon mon niveau d'engagement dans cette rencontre et position d'animateur, de facilitateur et/ou d'organisateur • Repérer les acteurs pertinents à solliciter par rapport à l'objet 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Repérer des enjeux de personnalité et de dynamique de groupe et d'équipe. ⇒ Comprendre le fonctionnement d'une équipe ⇒ Comprendre l'environnement de travail ⇒ Permettre à chacun de se situer, être à l'aise, détendu, climat de confiance ⇒ Que le moment de rencontre soit agréable ⇒ Comprendre de que le format implique ou renvoie comme symbolique. ⇒ Ouvrir large au départ pour laisser advenir une implication de tous. Considérer que seul chacun pourra savoir ce qu'il peut apporter après connaissance des éléments en jeu ⇒ Démarrer avec une hypothèse sans a priori fermé. ⇒ Accepter le flou.
Produire un document de synthèse (Compte-rendu – Rapport d'activité – Fiches...)	<ul style="list-style-type: none"> • Situer l'objectif et à qui s'est destiné, à qui cela est adressé • Commencer à rédiger ce qui vient en tête puis organiser les idées, hiérarchiser, ordonnancer • Chercher les compléments, puis ajuster les contenus et mettre en ordre dans un esprit de synthèse pédagogique • Faire relire ou pas selon la portée, mon propre niveau d'assurance, et l'implication d'autres engagés le cas échéant 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Visée rassurante - Logique de raisonnement ⇒ Visée pédagogique : source d'apprentissage, et source d'autonomisation ⇒ Visée pratique : aussi court que possible mais exhaustif ⇒ Opportunité de capitalisation de savoir, d'alimentation d'une boîte à outil ⇒ Diffuser et partager ⇒ Classer pour retrouver
Animer une réunion	<ul style="list-style-type: none"> • Poser un cadre décomplexé • Assumer ce qui a été préparé ou l'impréparation • Afficher une ouverture • Se montrer dynamique • Exprimer ses préoccupations • Faire tourner la parole • Repérer des indicateurs et signaux faibles • Choisir de faire remarque ou de taire ses observations et ses intuitions • Débriefing en interne, en externe, à chaud ou plus tard 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Authenticité ⇒ Relation de confiance comme à la fois une visée et un baromètre de l'état de la situation et possible terrain de construction : degré de confiance entre les acteurs, entre soi-même et les participants, confiance en sa capacité personnelle à les accompagner. ⇒ Capitaliser des informations ⇒ Repérer des signes d'appropriation du modèle, de développement de ce qui semble faire modèle, des signes de professionnalisation
Communiquer une actualité (mail, réseau, congrès...)	<ul style="list-style-type: none"> • Se tenir informer • Repérer ce qui nécessite ou ce qui peut être utile de transmettre : intuition de l'information utile, anticipation des besoins, écoute des besoins • Situer pour qui, comment et quand • Rassembler ses souvenirs, rassembler ses idées, rechercher des sources de documentation, 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Visée de pertinence ⇔ efficacité et confiance ⇒ Répondre présent aux sollicitations versus savoir-pouvoir- devoir dire non ⇒ Anticipation des possibles impacts positifs ou négatifs selon si demandeur, facilitateur, ressource, ou cible d'information ; selon si niveau de communication opérationnelle, stratégique ou politique
Répondre aux sollicitations	<ul style="list-style-type: none"> • Sollicitations quotidiennes : mails, appels, SMS • Gérer l'accumulation des « to do list » tâches à réalisées pour répondre aux sollicitations, aux missions confiées, aux besoins identifiés 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Situer l'urgence et l'importance ⇒ Situer la faisabilité d'une réponse rapide ou longue ⇒ Situer les risques d'une hyper ou d'une sous-réactivité, de l'oubli versus de l'engrenage possible

ANNEXE 9B_CAS CONCRETS DETAILLES DE DEUX SITUATIONS SIGNIFICATIVES

Méthodologiquement l'exercice a été réalisé d'une description complète, tout à fait détaillée des propos tenus, des mails, etc. éléments factuels de l'année précédentes d'abord qu'il a fallu préciser pour pouvoir comprendre le contexte singulier dans lequel venait s'insérer ces deux situations, puis des situations elles-mêmes. L'exercice d'écriture, à la façon d'un entretien d'explicitation a alors été traversé de multiples apartés, venant éclairer les raisonnements tenus entre les actions.

Bien qu'anonyme, afin de prévenir tout risque de reconnaissance possible des personnes impliquées, nous avons choisi de ne transmettre ces cas concrets détaillés aux seuls membres du jury.

Dans ce document, quatre grandes parties :

----- Description des acteurs impliqués -----

- Deux infirmières : [Ispic1], ancienne.et [Ispic2] nouvelle
- Trois cardiologues : [Cardio C] : cardiologue chef de l'unité ; [Cardio R] : cardiologue référent de la CECICS ; [Cardio D] ; cardiologue déléguant, en temps partiel
- Deux cadres : [CS], cadre de santé référent pour la CECICS et [CSS], cadre supérieur de santé du secteur de cardiologie.

----- Contexte des mois précédents -----

Le contexte est celui d'une période de transition complexe entre le départ de la première Ispic [Ispic1] qui assurait le fonctionnement de routine de la CECICS et le départ quasi simultané et non prévu, d'une autre infirmière sur une unité connexe. Ces départs ont fragilisé les deux activités ; de la CECICS et de l'unité connexe dans lesquelles les trois cardiologues déléguants sont impliqués. (...)

----- 1^{ière} situation -----

A- Visite sur site de la CECICS B, un lundi matin de début Février

----- 2^{ème} situation-----

B- Série de mises à jour de documentation ressources, une semaine plus tard

TITRE DU MEMOIRE**LA TANGENTE**

Intervention auprès d'équipes impliquées dans un projet d'innovation en santé en milieu hospitalier

RESUME

Dans cet écrit nous décortiquons l'intervention d'une cheffe de projet auprès de huit cellules d'expertise et de coordination pour des patients insuffisants cardiaques sévères dans un projet d'innovation en santé (CECICS). Cette innovation repose sur l'idée d'une combinaison qui permet aux patients les plus instables de pouvoir bénéficier d'une prise en charge hospitalière sans y être, évitant les passages aux urgences et des hospitalisations. Elle repose sur le principe de la délégation par la mise en œuvre d'un protocole de coopération associé à des modules complémentaires de prévention et une approche intégrative. La finalité ici est de situer des liens possibles entre le travail de l'intervenante et les résultats obtenus par les expérimentateurs, de pouvoir en décrire les composantes fixes et variables, et de proposer une manière de les prendre en charge dans le cadre d'une généralisation. La méthode suivie est une analyse du travail auto-administrée. A l'issue est proposée une modélisation d'un « système CECICS », accompagnée par trois figures. Il est éclairé de conditions jugées utiles pour sa soutenabilité, avec des enjeux de formations, de facilitation et de régulation. Il pourrait faire ressource pour intégrer de nouvelles manières de penser le travail à l'hôpital et être transposable à d'autres pathologies chroniques.

ABSTRACT

In this paper we dissect the intervention of a project manager in eight expertise and coordination cells for severe heart failure patients (CECICS in french) as part of a health innovation project. The innovation is based on the idea of a combination that would allow the most unstable patients to benefit from hospital care, without being there, avoiding visits to the emergency room and hospitalizations. It's based on the principle of delegation through the implementation of a cooperation protocol associated with additional prevention modules and an integrative approach. The aim here is to establish whether there are links between the work of the intervening advisor and the results obtained by the experimenters in order to be able to describe the fixed and variable components and propose a way of handling them for generalization purposes. The method followed is a self-administered work analysis. Its outcome is the proposal for a modeling of a CECICS system accompanied by three functions, illuminated by conditions deemed useful for its sustainability over time, with training, facilitation and regulation issues. It could be a resource to integrate new ways of thinking about work in hospitals and it could be transposable to other chronic pathologies.

Mots-clés : analyse de l'activité, approche intégrative, cadre de santé, cheffe de projet, clinique de l'activité, coopération, dispositif, infirmier, innovation en santé, intervention, fonction tiers, médecin, modèle, protocole de coopération

Keywords : advisory-intervention, clinical activity, cooperation, delegation of acts, doctor, health innovation, integrative approach, model, nurse, project manager, system, third party function, work analysis